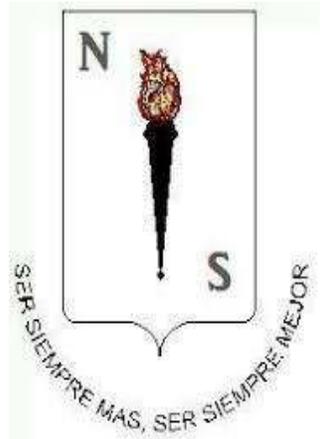


ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD  
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE: 8722



TESIS

CUIDADOS DE ENFERMERÍA APLICADOS A PACIENTES OBSTÉTRICAS  
DURANTE EL PUERPERIO QUIRÚRGICO BASADO EN EL MODELO DE  
VIRGINIA HENDERSON.

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

IRMA CECILIA SANTACLARA NINIZ

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. Y OBST. LETICIA MEZA ZAVALA

MORELIA, MICHOACÁN, 2022.



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.

## **RESUMEN:**

Entendemos como cuidados de enfermería a toda la atención especializada que pueda recibir una persona, bien sea de manera preventiva o cuando se encuentra enferma, bien sea que esté recluida en una institución de salud o en su casa.

Para prestar esa atención, que es gran parte de la responsabilidad del personal de enfermería, debe encargarse de monitorear la salud del paciente para poder ayudarlo o asistirlo en el momento que este lo requiera. Las atenciones que se le brinden dependen de las características que su estado de salud presente en un momento específico.

Se puede señalar que la finalidad de los cuidados de enfermería está en cubrir y satisfacer las necesidades primarias o básicas del paciente, para lo cual es necesario que se cuiden los detalles en la atención que se ofrece, para que se perciba que es de calidad y con alto sentido de ética profesional.

Dentro de estos cuidados estas los cuidados post operatorios en el puerperio quirurgico.Los cuidados de Enfermería a la mujer puérpera comprenden desde el momento del parto hasta la total recuperación de todas las modificaciones que le han sucedido a la mujer ocurridas durante el embarazo

Objetivos detección y tratamiento precoz de potenciales riesgos, recuperación física y psíquica de la puérpera, favorecer la adaptación de la puérpera a su nueva situación.

**ABSTRACT:**

We understand nursing care to be all the specialized care that a person can receive, either preventively or when they are sick, whether they are confined to a health institution or at home.

To provide this care, which is a large part of the responsibility of the nursing staff, they must be in charge of monitoring the patient's health in order to be able to help or assist them when they require it. The care provided to you depends on the characteristics of your health status at a specific time.

It can be pointed out that the purpose of nursing care is to cover and satisfy the primary or basic needs of the patient, for which it is necessary to take care of the details in the care offered, so that it is perceived to be of quality and with a high sense of professional ethics.

Within these cares are the postoperative care in the surgical puerperium. Nursing care for the puerperal woman includes from the moment of delivery to the total recovery of all the modifications that have happened to the woman during pregnancy.

Objectives early detection and treatment of potential risks, physical and mental recovery of the puerperal woman, favoring the adaptation of the puerperal woman to her new situation.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a Dios por guiarme en mi camino y por permitirme concluir con mi objetivo.

A mis padres quienes son mi motor y mi mayor inspiración, que a través de su amor, paciencia, buenos valores, ayudan a trazar mi camino.

A mis hermanos que siempre me apoyaron y gracias a ellos eh logrado concluir con esta meta en mi vida.

Y por supuesto a mi querida Universidad y a todas las autoridades, por permitirme concluir con una etapa de mi vida, gracias por la paciencia, orientación y guiarme en el desarrollo de esta carrera.

## **DEDICATORIA**

La ayuda que me han brindado ha sido sumamente importante, estuvieron a mi lado incluso en los momentos y situaciones más tormentosas, siempre ayudándome. No fue sencillo culminar con éxito este proyecto, sin embargo siempre fueron muy motivadores. Me decían que lo lograría, y parte de mi logro y suyo también está el poder concluir exitosamente este proyecto de investigación, es por eso que les dedico mi tesis a mis maravillosos padres Irma Niníz Macías y Benjamín Santaclara Roque quienes con su amor, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir un sueño más.

A mis hermanos Leonardo, Guadalupe y Norma por ser un gran ejemplo para mí, por su apoyo incondicional, durante todo este proceso.

A mi abuelita Juana por no dudar de mi gran capacidad para terminar esta carrera, por sus palabras de aliento que me servían de mucho para tener fuerzas y no darme por vencida.

Finalmente quiero dedicar esta tesis a mi novio que en estos meses que hemos estado juntos me ha apoyado incondicionalmente. Jamás dejare de agradecer a la vida el que te convirtieras en mi destino, porque desde que estas a mi lado todo ha cambiado para mejor. Te amo mucho Víctor.

## INDICE

INTRODUCCIÓN: .....	1
2.- MARCO TEÓRICO: .....	3
2.1.-Vida y obra de Virginia Henderson: .....	3
2.2.-Textos escritos por Virginia Henderson .....	4
2.3.- HIPÓTESIS .....	11
2.4.- JUSTIFICACIÓN:.....	12
2.5.-IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA: .....	12
2.6.-OBJETIVOS.....	13
2.6.1 General: .....	13
2.6.2 Específicos:.....	13
2.7.- MÉTODO: .....	13
2.8.-VARIABLES: .....	13
2.9.-ENCUESTA Y RESULTADOS .....	14
2.10 GRAFICADO.....	16
3.-CONCEPTUALIZACION .....	22
3.1.-Cuidado .....	22
3.2.-Tipos de cuidados de enfermería .....	26
3.3.-Asunción del papel del profesional de enfermería .....	28
3.4.-El proceso de cuidar .....	29
3.5.-Acciones que comporta el proceso de cuidar. ....	30
3.6.-La necesidad de un instrumento metodológico para el proceso de cuidar. ....	32
3.7.-Planificación de los cuidados.....	35
3.8.-Evaluación de los cuidados .....	38
4.-PUERPERIO QUIRURGICO.....	39
4.1.-Cesárea .....	39
4.2.-Tipos de cesárea .....	40
4.3.-Indicaciones de la operación cesárea:.....	41
4.4.-Indicaciones más frecuentes criterios para la toma de decisión .....	42

4.5.-Desproporción cefalopélvica:.....	43
4.6.-Cesárea previa.....	43
4.7.-Sufrimiento fetal.....	47
4.8.-Ruptura prematura de membranas.....	51
4.9.-Presentación pélvica.....	52
5.-PUERPERIO.....	55
5.1.- Concepto.....	55
5.2.-Cambios anatómicos y fisiológicos.....	56
5.3.-Modificaciones de los sistemas cardiovascular y hematológico.....	59
5.4.-Signos clínicos fisiológicos del puerperio.....	61
5.5.-Cuidados de la madre en el puerperio.....	62
5.6.-Factores de riesgo.....	65
5.7.- Clasificación.....	67
5.8.-Manejo clínico.....	70
6.- PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN EN HERIDA QUIRÚRGICA POST CESÁREA.....	76
6.1.-Definiciones:.....	76
6.2.- Generalidades.....	78
6.3.-Clasificación de las infecciones.....	78
6.4.-Factores de riesgo.....	80
6.5.-Prevención.....	82
6.6.-Tratamiento.....	83
6.7.-Curación.....	84
6.8.-Procedimiento.....	90
7.-LACTANCIA MATERNA.....	91
7.1 Actuaciones:.....	91
7.2. En el paritorio.....	94
7.3.-En la maternidad.....	95
7.4.-La técnica.....	98
7.5.-Características de la leche.....	99

7.6.-Duración .....	99
7.7.-Fisiología de la lactancia: .....	104
7.8.-Problemas durante la lactancia.....	105
8.-INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN PACIENTES DESPUES DE SU PARTO POR CESARERA: .....	107
8.1.-Concepto .....	107
8.2- Plan de cuidado de enfermería para el puerperio quirúrgico .....	108
8.3.-Control del dolor .....	109
8.4.-Cuidados para su incisión quirúrgica .....	110
8.5.-Recomendaciones de alta: .....	111
8.6.-Nutrición .....	114
8.7.-Asesoramiento sobre lactancia materna.....	115
8.8.- Vigilancia del puerperio: .....	117
10.-BIBLIOGRAFIA: .....	121
10.9.- Básica.....	121
10.2.-Complemetaria: .....	126
10.3.- Electrónica:.....	129
11.-GLOSARIO: .....	131

## **INTRODUCCIÓN:**

La presente investigación, trata de la intervención de enfermería en los cuidados de enfermería aplicados a pacientes obstétricas durante el puerperio quirúrgico, la enfermera debe tener prioridad en la herida quirúrgica puesto que la paciente se encuentra en una unidad nosocomial hay ciertos factores de riesgo para que contraiga alguna infección en su herida quirúrgica.

La enfermera como ciencia del área de la salud, ha venido desarrollando un conjunto de procedimientos, técnicas y métodos para satisfacer las necesidades de las usuarias, y sobre todo aquellas pacientes que fueron intervenidas en la unidad de gineco-obstetra, en vista de que se encuentran propensas a contraer infecciones de carácter hospitalarias, las cuales normalmente se dan por impericia, falta de plan de cuidados y de una supervisión en el control de los factores que contribuyen en el surgimiento de infecciones. El rol asistencial educativo de la enfermería, siempre se enmarca dentro de la concepción de apoyo y ayuda, pues su principal objetivo es conservar la salud mediante la aplicación de todos los recursos disponibles, en función de la paciente, las intervenciones y cuidados tratan de evitar el surgimiento de alguna nueva patología o infecciones que comprometen la salud de la paciente y hasta la vida.

La enfermera es la persona que más guarda contacto con las usuarias y por tanto es quien corre mayor peligro de ser contaminada, de adquirir una infección producto de la misma praxis profesional, en tal sentido, debe asumir medidas de tiempo preventivas para evitar los riesgos considerando que el factor conocimiento es fundamental en las acciones de intervención de usuarias de post cesárea.

La atención al paciente en la etapa posquirúrgica se lleva a efecto, una vez que ha sido concluida su intervención quirúrgica, para ser trasladado de la sala de operaciones a la sala de recuperación post-anestésica, el inicio de esta etapa se considera al ser ingresado a la sala de recuperación post-anestésica o unidad de

cuidados pos anestésicos . Su ubicación es dentro de las instalaciones del quirófano, o bien con acceso directo a la misma.

En la etapa posquirúrgica la atención de la enfermera (o) se centra, en torno a la valoración integral del paciente y su vigilancia continua, con el propósito de proporcionar una asistencia de alta calidad profesional, iniciando por la identificación de complicaciones potenciales y su tratamiento oportuno, incluyendo la atención a sus familiares, sin olvidar otorgar la atención al paciente con capacidad, seguridad y calidez. Es indispensable que el personal del área de recuperación tenga contacto (comunicación) con el paciente y sus familiares antes de que el paciente ingrese a la sala de operaciones.

En esta investigación se pretende detectar aquellas acciones que realiza la enfermera para disminuir los factores de riesgo de este padecimiento, detectando de manera oportuna algunas alteraciones que se puedan presentar, identificando el grado de conocimiento de las enfermeras sobre los cuidados, complicaciones y el estilo de vida q que se le deben brindar a una paciente post cesárea que ponen en riesgo el desarrollar infección o complicación de una herida quirúrgica.

El paciente sometido a una intervención quirúrgica va a requerir un tratamiento postquirúrgico integral, prestado por el personal de enfermería en conjunto con los médicos, atendiendo a todas sus necesidades para favorecer el adecuado cuidado y cicatrización de sus heridas, considerándose el cuidado como un factor determinante de su evolución y la aparición de complicaciones, como sería la infección y el retraso de la cicatrización entre otros.

El fin de este trabajo de investigación es saber cuáles son las intervenciones de enfermería en los cuidados a las pacientes post cesárea en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud, en el servicio de obstetricia privada y obstetricia general, para conocer si lo están realizando de una forma correcta.

## **2.- MARCO TEÓRICO:**

### **2.1.-Vida y obra de Virginia Henderson:**

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas City, Missouri, y muere en marzo de 1996. Como tantas otras enfermeras de su tiempo, su interés por la Enfermería tiene lugar durante la primera Guerra Mundial. En 1918 ingresó en la Army School of Nursing de Washington D.C, donde se graduó en 1921 y aceptó el puesto de enfermera de plantilla en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York.

Su carrera docente se inicia en 1922, cuando empieza a dar clases de enfermería en Norfolk Protestant Hospital de Virginia. Entra en el Teacher College de la Universidad de Columbia, donde se licencia como profesora y en cuya estancia revisa la cuarta edición del Principles and Practice of Nursing, de Bertha Hamer, después de la muerte de ésta. La quinta edición del texto fue publicada en 1955 y contenía la propia definición de Enfermería de Henderson.

En 1929 trabajó como supervisora docente en las clínicas del Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York, y en 1953 ingresa a la prestigiosa Universidad de Yale, donde desarrolla sus principales colaboraciones en la investigación de enfermería y donde permaneció activa como asociada emérita de investigación hasta la década los 80.

Además de la ya mencionada con Hamer, su obra más conocida es The Nature of Nursing (1966), en la que identifica las fuentes de influencia durante sus primeros años de enfermería. Su gran inspiradora y de quien adquirió su educación básica en enfermería fue de Annie W.

Goodrich, que era decana de la Army School of Nursing. Cuando Henderson era estudiante en el Teachers College de la Universidad de Columbia, aprendió de su profesora de fisiología, Caroline Stackpole, la importancia de mantener un equilibrio fisiológico. Mientras que las lecciones de microbiología de Jean Broadhurst, hicieron mella en la importancia que Henderson otorga a la higiene y la asepsia.

## **2.2.-Textos escritos por Virginia Henderson**

Virginia Henderson está influida por el Paradigma de la Integración, situándose dentro de la Escuela de las Necesidades. Al igual que el resto de teóricas que forman parte de esta escuela, se caracteriza por:

Utilizar teorías sobre las necesidades y del desarrollo humano para conceptualizar a la persona Henderson reconoce en su modelo influencias que provienen de la fisiología (Stackpole) y la psicología (Thorndike), identificando las 14 Necesidades Básicas, que van desde las necesidades físicas hasta las psicológicas, muy similares a las de Abraham Maslow.

El deseo de aclarar la función propia de las enfermeras, determinando en qué se diferencia su aportación de la del resto de profesionales de la salud Henderson desarrolló su Definición de Enfermería debido a su preocupación por el papel, la función y la idoneidad de la formación de las enfermeras:

«La única función de la enfermera es ayudar al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila), actividades que realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesarios.

Así mismo, es preciso realizar estas acciones de tal forma que el individuo pueda ser independiente lo antes posible”. En Henderson, la Independencia de la persona en la satisfacción de sus Necesidades Básicas es un criterio importante para la Salud.

Virginia Henderson parte de una serie de Asunciones Científicas o Postulados que representan el “cómo hacer” del modelo. Afirmaciones sobre la persona, entorno, salud, o rol de la enfermera, que se aceptan como verdades:

- La persona es un todo completo con 14 necesidades básicas
- La persona quiere la independencia y se esfuerza por lograrla
- Cuando una necesidad no está satisfecha la persona no es un todo.

Henderson plantea también una serie de Asunciones Filosóficas o Valores que representan el “por qué hacer” del modelo. Son las creencias sobre la naturaleza del ser humano y la meta final de la profesión enfermera, desde la perspectiva de su autora:

- La enfermera tiene una función propia, aunque comparta actividades con otros profesionales (especificidad de la práctica enfermera).
- La sociedad espera un servicio de la enfermera (su función propia) que ningún otro profesional puede darle (utilidad social de la enfermería).

Por último, la autora identifica los Elementos Fundamentales del modelo, que representan el “qué hacer”, constituyen su núcleo y confieren sentido a las intervenciones de las enfermeras que comparten su concepción:

- a) Objetivo de los cuidados: ayudar a la persona a satisfacer sus Necesidades Básicas.
- b) Usuario del servicio: persona que presenta un déficit, real o potencial, en la satisfacción de sus necesidades básicas o que, aún sin presentarlo, tiene un potencial que desarrollar.
- c) Papel de la enfermera: ayudar a la persona a recuperar o mantener su independencia (“hacer con”), desarrollando con ella la Fuerza, Voluntad o Conocimientos, o supliéndola en aquello que no pueda realizar por sí misma (“hacer por”).

- d) Fuente de Dificultad/Área de Dependencia: Impedimento mayor en la satisfacción de una o varias necesidades. Aspectos que limitan el desarrollo de potencial. Se define como la falta de Fuerza, Conocimientos o Voluntad de la persona para satisfacer sus Necesidades Básicas.
- e) Intervención de la enfermera.
- Centro de intervención: áreas de dependencia de la persona, es decir la falta de Fuerza, Voluntad o Conocimientos.
  - Modos de intervención: aumentar, completar, reforzar o sustituir la Fuerza, Voluntad o Conocimientos.
- f) Consecuencias de la intervención: satisfacción de las 14 Necesidades Básicas a través de la suplencia o ayuda.

#### LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON (MODELO)

Las necesidades de Virginia Henderson son una teoría o modelo que define el enfoque de la práctica de la enfermería. Busca aumentar la independencia del paciente en su recuperación para acelerar su mejoría durante su estadía en el hospital.

El modelo de Virginia Henderson hace énfasis en las necesidades humanas básicas como foco central de la práctica de la enfermería. Ha llevado a desarrollar muchos otros modelos en los que se enseña a los enfermeros a asistir a los pacientes desde el punto de vista de sus necesidades.

Según Henderson, en un inicio una enfermera debe actuar por el paciente solo cuando este no tenga conocimientos, fuerza física, voluntad o capacidad para hacer las cosas por sí solo o para llevar correctamente el tratamiento.

La idea es asistir o contribuir a la mejoría del paciente hasta que él mismo pueda atenderse por sí solo. También incluye la asistencia a una persona enferma ayudando a llevarlo a una muerte tranquila y pacífica.

A continuación se explican las 14 necesidades:

a) Respirar con normalidad

El intercambio gaseoso del cuerpo es esencial para la salud paciente y para la vida misma. La enfermera debe familiarizarse con la función respiratoria de la persona y saber identificar los posibles inconvenientes de este proceso. Esto incluye ayudar con las posturas correctas del cuerpo, estar atento a ruidos extraños durante la respiración y estar pendiente de las secreciones nasales y mucosidades.

También debe vigilar la frecuencia y el ritmo respiratorio, chequear que las vías no estén obstruidas, observar la temperatura y la circulación del aire de la habitación, entre otros aspectos.

b) Comer y beber adecuadamente

Todo organismo requiere de fluidos y nutrientes para la supervivencia. La enfermera debe estar en conocimiento del tipo de dieta e hidratación, según los requerimientos nutricionales del paciente y del tratamiento mandado por el médico.

Se debe tomar en cuenta el apetito y el ánimo, los horarios y cantidades, la edad y el peso, creencias religiosas y culturales, capacidades de masticar y deglutir, entre otros.

c) Eliminación normal de desechos corporales

Parte del correcto funcionamiento del organismo es la normal eliminación de las heces, orina, sudor, flema y menstruación.

Se debe conocer muy bien el nivel de control y efectividad del paciente con respecto a sus funciones excretoras. Este punto incluye la especial atención a la higiene de las partes íntimas.

d) Movilidad y posturas adecuadas

Un paciente se sentirá más o menos independiente en la medida en que pueda moverse por sí solo para realizar sus actividades del día a día.

La enfermera debe ayudar a la mecánica corporal de la persona y motivarlo a realizar actividad física, ejercicios y deporte.

Al motivarlo debe tomar en cuenta las diferentes limitaciones dadas por la enfermedad particular, el tratamiento, la terapia o las deformidades del cuerpo.

e) Dormir y descansar

El descanso es muy importante para la pronta recuperación de la persona. Todo organismo recobra fuerzas físicas y mentales mientras duerme.

El reposo tranquilo e ininterrumpido del paciente debe ser una prioridad, sobre todo en las noches.

Se debe conocer los hábitos de descanso y también las dificultades para conciliar el sueño, como sensibilidades a los ruidos, a la iluminación, a la temperatura, entre otros.

f) Vestirse y desvestirse con normalidad

Poder seleccionar y usar la ropa que se desea también influye en el sentido de independencia de un paciente.

La vestimenta representa la identidad y personalidad, pero también protege contra los elementos y cuida la intimidad individual.

g) Mantener la temperatura del cuerpo en los rangos normales

La temperatura normal del cuerpo está entre los 36,5 y 37 °C. La enfermera debe estar consciente de los factores que influyen en que el paciente tenga frío o calor.

La termorregulación del organismo siempre va acompañada de los cambios de ropa, el uso de sábanas y cobijas, la apertura de ventanas y puertas, beber agua, el uso de ventiladores o aires acondicionados y hasta la toma de una ducha.

h) Mantener una buena higiene corporal

La manera como se vea, sienta y huela el cuerpo del paciente son signos externos de su higiene.

Este factor no solo es una manifestación fisiológica; en la enfermería también es considerado un factor con mucho valor psicológico.

Al bañar a una persona, la enfermera debe considerar la frecuencia de la limpieza del cuerpo, los medios y utensilios que se utilicen, el nivel de movilidad e independencia del paciente, entre otros factores.

i) Evitar los peligros en el entorno y evitar poner en peligro a otros

Es importante que se conozca y evalúe muy bien si el paciente puede dejarse solo por mucho tiempo, con la suficiente confianza de que no vaya a lastimarse al moverse o al intentar realizar actividades, ni tampoco comprometer la seguridad de los demás.

j) Comunicar emociones, necesidades, temores y opiniones

La enfermera debe ser capaz de promover y motivar la comunicación sana y adecuada del paciente, para ayudar a su equilibrio emocional.

Es importante que la persona se mantenga en interacción social con los demás para garantizar también la salud mental.

k) Actuar o reaccionar de acuerdo con las propias creencias

Se debe respetar los valores y creencias particulares del paciente. Con base a estos toma sus decisiones y ejerce ciertas acciones o pensamientos.

La cultura y religión forman parte de la identidad de la persona. Este factor casi siempre influye en la actitud frente a la muerte.

l) Desarrollarse de manera que exista un sentido de logro

Es importante que la enfermera promueva en el paciente el alcance de metas y logros con su propio esfuerzo.

Si un paciente se siente productivo y útil tendrá un sentido de realización personal que le influirá en su autoestima y salud mental.

m) Participar en actividades recreativas o juegos

La salud del cuerpo y de la mente también se logra con actividades que entretengan al paciente.

La enfermera debe conocer los gustos e intereses de la persona y motivarlo a que participe en actividades que sean motivadoras.

n) Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad personal

Este punto es similar al anterior, pero se basa en el sentido de la productividad mental de la persona al momento de adquirir conocimientos nuevos. Mantener al paciente desarrollando habilidades, destrezas y conocimientos es favorable para la salud.

En el caso de pacientes niños o jóvenes, es importante que mantengan activos sus estudios académicos en la medida de lo posible.

## **2.3.- HIPÓTESIS**

Las intervenciones de enfermería en el cuidado de las mujeres post operadas de una cesárea van de la particularidad a la generalidad y estas se aplican de acuerdo al tipo de paciente y del cuidado que requiera haciendo esto con la finalidad de la pronta recuperación de nuestra paciente, con los cuidados se busca:

- Proteger a nuestra paciente de alguna infección que pueda adquirir en el hospital
- Proteger la herida para que la herida realizada por la cesárea sane correctamente
- Reducir el riesgo de infección de la herida quirúrgica
- Darle a conocer a la paciente cuales son los factores de riesgo más frecuentes para que se infecte la herida quirúrgica

- Enseñar a la paciente cuales cuidados debe tener cuando se encuentre fuera del área hospitalaria.

## **2.4.- JUSTIFICACIÓN:**

El puerperio quirúrgico es una etapa por la cual pasa toda mujer operada de una cesárea, Una cesárea puede salvar la vida tanto de la madre como del bebé si, por ejemplo, el feto está en una posición complicada o si el parto no se desarrolla como debiera. Es por esto que las cesáreas han aumentado considerablemente. La tasa de partos por cesárea ha aumentado consistentemente en todo el mundo durante los últimos 50 años, alcanzando en la actualidad cifras del 30,0% de los nacimientos en comparación con un 5,0% en los años 60.

El boletín de la Organización Mundial de la salud (OMS) remarca que todos los países tienen una tasa mayor al 30,0%; Ecuador y Paraguay rebasan el 40,0%; México con 37,8%. En México, este aumento tan notable en el número de cesáreas sin indicaciones justificadas en las Instituciones del sector público y privado ha sido motivo de preocupación para el Sistema Nacional de Salud

La alta frecuencia de cesáreas ya se considera un problema de salud pública y se sospecha que esta situación se va a agravar en los siguientes años. Es por ello que es importante que las enfermeras podamos identificar los diferentes cambios y problemas que la mujer post operada puede presentar, teniendo en cuenta las diferentes acciones o cuidados que se le deben de prestar para el buen funcionamiento y el correcto mantenimiento de su bebe, así como de su herida quirúrgica, teniendo en cuenta que es de suma importancia la información que la enfermera le da a conocer a la puérpera.

## **2.5.-IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA:**

La enfermera es un profesional de la salud que brinda diferentes servicios, entre ellos están los cuidados de atención a la mujer durante el puerperio quirúrgico que se prestan en diferentes situaciones, es por ello que en esta investigación se tiene en cuenta las etapas por las cuales se atraviesan en este estado de puerperio

quirúrgico eh aquí la importancia de saber los cuidados que se deben de brindar a cada una de las pacientes después de dar a luz.

Actualmente la participación de la enfermera ante estos cuidados sean visto deteriorados es por ello la gran importancia de recabar información para poder brindar los cuidados que la mujer post operada de puerperio quirúrgico requiera.

## **2.6.-OBJETIVOS.**

### **2.6.1 General:**

Determinar el grado de conocimiento que tiene las estudiantes de enfermería y las intervenciones que realiza el personal de enfermería sobre el cuidado de una paciente post operada de cesárea.

### **2.6.2 Específicos:**

Identificar las principales funciones y actividades de la enfermera en las pacientes que pasan por el puerperio quirúrgico.

Proponer diversas intervenciones que el personal de enfermería debe llevar a cabo de manera cotidiana en las pacientes que pasan por el puerperio quirúrgico.

## **2.7.- MÉTODO:**

Esta investigación es de tipo cualitativa y cuantitativa, ya que se llevó a cabo la recopilación de información mediante la literatura para elaborar el marco teórico.

Y es de tipo cualitativa ya que muchas veces por base a la observación se va creando una experiencia acerca de diferentes cuidados que la mujer post operada de una cesárea necesita.

## **2.8.-VARIABLES:**

VARIABLES dependientes

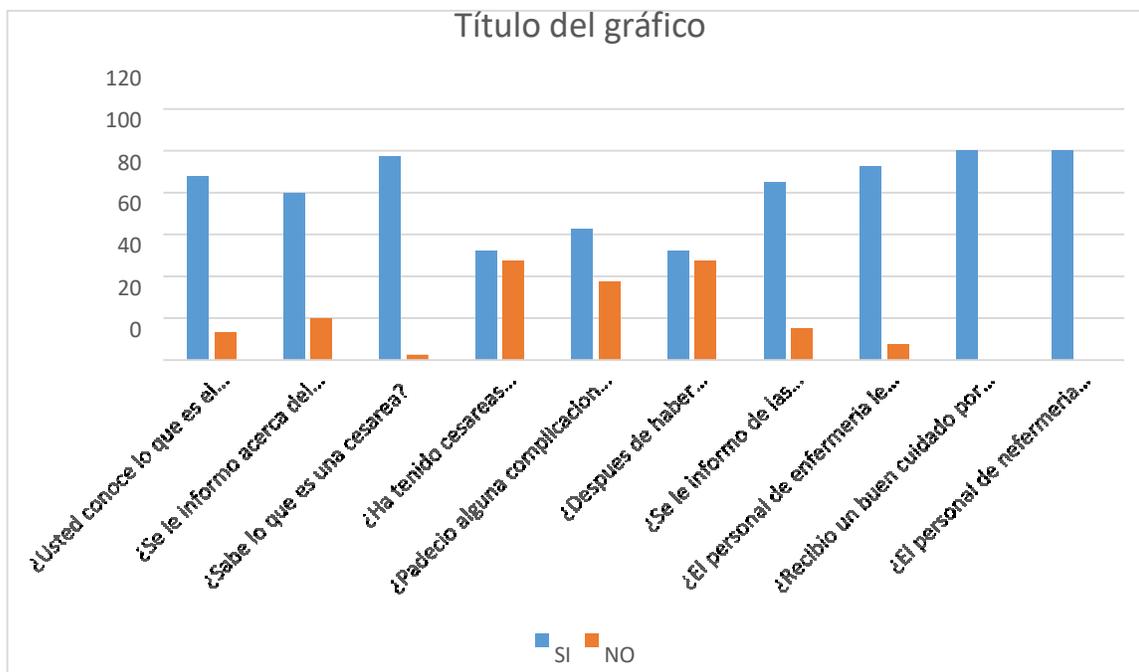
- Cuidados de enfermería y puerperio quirúrgico

## 2.9.-ENCUESTA Y RESULTADOS

	SI	NO
1. ¿Usted conoce lo que es el puerperio quirúrgico?	88%	13%
2. ¿Se le informo acerca del procedimiento que se le realizo?	80%	20%
3. ¿Sabe lo que es la cesárea?	97.5%	2.5%
4. ¿Ha tenido cesáreas anteriormente?	52.5%	47.5%
5. ¿Padeció alguna complicación durante su embarazo?	62.5%	37.5%
6. ¿Después de haber experimentado una cesárea volvería a realizarse una?	52.5%	47.5%
7. ¿Se le informo de las complicaciones que pueden ocasionarse después de la operación?	85%	15%
8. ¿El personal de enfermería le informo acerca de los cuidados post-cesárea que debe de seguir en su vivienda?	92.5%	7.5%
9. ¿Recibió un buen cuidado por parte del personal de enfermería?	100%	0%
10. ¿El personal de enfermería fue atento con usted?	100%	0%
11. ¿El personal de enfermería atendía su llamado cuando usted las necesitaba?	100%	0%
12. ¿Le resolvieron todas sus dudas?	97.5%	2.5%
13. ¿Se le informo cuando es recomendable iniciar su actividad sexual después de la cesárea?	52.5%	47.5%
14. ¿Se le informo la importancia de amamantar a su bebe?	95%	5%
15. ¿Usted amamantara a su bebe?	100%	0%
16. ¿Utilizara fórmula para complementar la alimentación de su bebe?	77.5%	22.5%
17. ¿Se le trajo a su bebe para que se lo pegara al pecho y darle de comer?	90%	10%
18. ¿El personal de enfermería le explico algunas técnicas para amamantar a su bebe?	70%	30%
19. ¿El personal de enfermería le explico algunos cuidados que debe tener a la hora de amamantar al bebe?	65%	35%
20. ¿El personal de enfermería le explico algunos cuidados que debe de tener con el recién nacido?	77.5%	22.5%
21. ¿Se le brindo privacidad ante cualquier procedimiento realizado?	100%	0%
22. ¿Volvería a este hospital?	100%	0%
23. ¿Recomendaría este hospital a algún familiar o conocido?	90%	10%
24. ¿Utilizaron lenguaje comprensible al dirigirse a usted?	92.5%	7.5%
25. ¿El personal de enfermería le informaron acerca del dolor que presentara en su herida quirúrgica?	90%	10%

26. ¿Ha presentado mucho dolor en su herida quirúrgica?	60%	40%
27. ¿Durante su estancia en el hospital se le realizó curación de su herida quirúrgica?	92.5%	7.5%
28. ¿El personal de enfermería le informaron cuanto tardara en cicatrizar su herida quirúrgica?	62.5%	37.5%
29. ¿El personal de enfermería le informo de la importancia de mantener su herida quirúrgica limpia?	97.5%	2.5%
30. ¿Personal de enfermería le explico algunos métodos para mantener si herida quirúrgica limpia en casa?	97.5%	2.5%
31. ¿Le dijeron a los cuantos días retirar los puntos de su herida quirúrgica?	77.5%	22.5%
32. ¿Volvería a este hospital al retiro de puntos?	90%	10%
33. ¿Se le informo acerca de los síntomas que presentara si su herida se llega a infectar?	85%	15%
34. ¿Se le informo que hacer en caso de infección en su herida quirúrgica?	82.5%	17.5%
35. ¿Le dijeron que es normal que sienta comezón en su cicatriz?	52.5%	47.5%
36. ¿Le administraron medicamento cuando presentaba dolor?	100%	0%
37. ¿Le preguntaban su nombre antes de adminístrale el medicamento?	97.5%	2.5%
38. ¿Le explicaron para que servía dicho medicamento?	92.5%	7.5%
39. ¿Se le coloco un vendaje abdominal al salir de la sala de cesáreas?	100%	0%
40. ¿Se le informo cuando puede volver a realizar algunas de sus actividades cotidianas (caminar, cocinar, lavar)?	82.5%	17.5%
41. ¿El personal de enfermería le explico cuanto duraría su sangrado después de la cesárea?	57.5%	42.5%
42. ¿El personal de enfermería le cambio su toalla femenina constantemente?	100%	0%
43. ¿Se le informo cuanto tardaría en pasar el efecto de la anestesia?	80%	20%
44. ¿Se le informo que no debía ingerir alimentos mientras pasaba el efecto de la anestesia?	95.5%	7.5%
45. ¿Vomito al salir de la sala de cesárea?	7.5%	92.5%
46. ¿Tardo más de cinco horas en sentir sus piernas?	27.5%	72.5%
47. ¿Sintió mucho frio al salir de la sala de cesárea?	62.5%	37.5%
48. ¿Se le checaron sus signos vitales constantemente?	100%	0%
49. ¿Se le informaba si tenía alguna alteración de estos?	75%	25%
50. ¿Está feliz con su nuevo integrante de la familia?	100%	0%

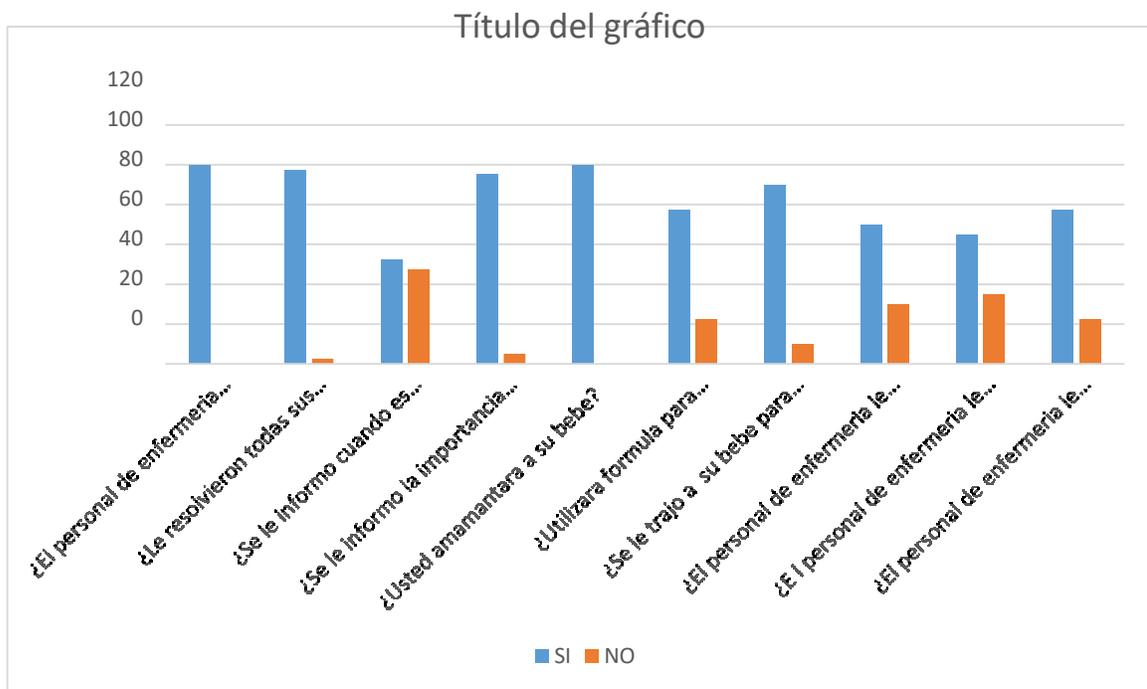
## 2.10 GRAFICADO.



- ✓ Como se observa en la presnete grafica de porcentajes, los resultados obtenidos de la aplicación de la encuesta dirigida a 40 pacientes que se encontraban hospitalizadas en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud de Morelia Michoacan, en la primera pregunta mas del 80% conocen lo que es el puerperio quirurgico.
- ✓ En la segunda pregunta al 80% se le informo acerca del procedimiento que se le realizo, mientras que al 20% no se le informo.
- ✓ En la pregunta tres casi el 100% de las pacientes encuestadas sabe lo que es la cesarea.
- ✓ En la interrogante cuatro los porcentajes estan casi al apar, esto quiere decir que la mitad de las encuestadas han tenido una cesarea anteriormente, y la otra mitad experimentaba su primera cesarea.
- ✓ En la pregunta cinco el 62.5% de las pacientes presentaron alguna complicacion durante su embarazo, y el 37.5% no presentaron ninguna complicacion.
- ✓ En la pregunta seis el 52.5% si volveria a realizarse una cesarea mientras que el

47.5% no lo haria nuevamente.

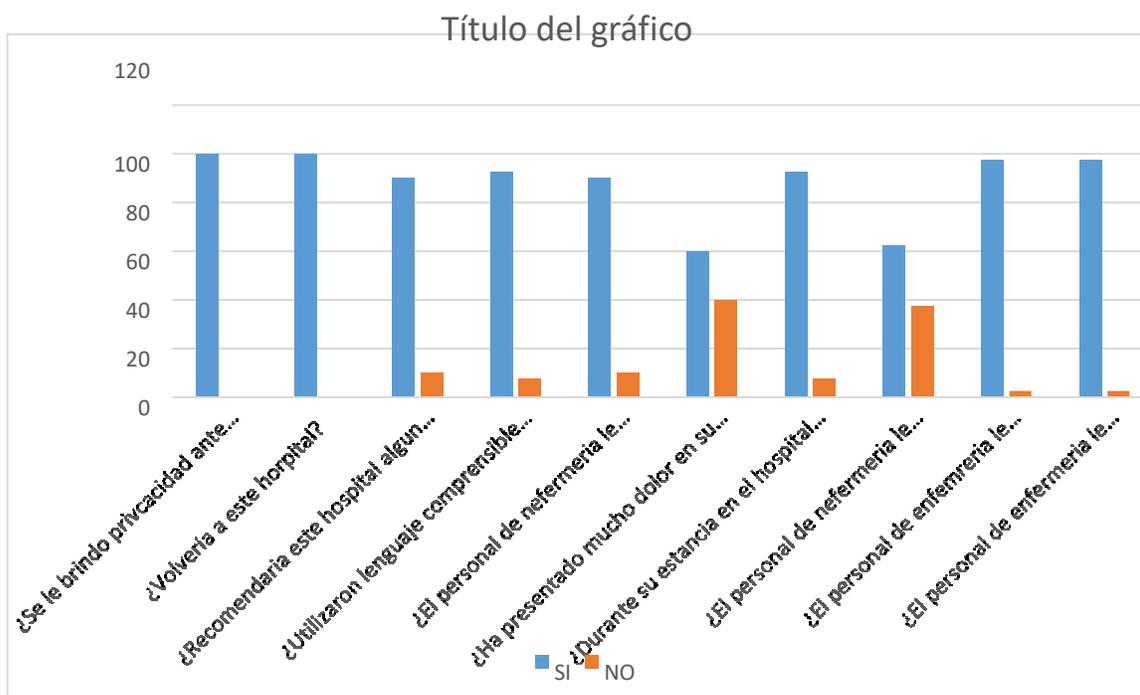
- En la interrogante siete a mas del 80% se le informo de las complicaciones que pueden ocasionarse despues de la operación, y a menos del 20% no se le informo.
- En la pregunta ocho al 90 % de las pacientes se les informo por medio del personal de enfermeria los cuidados post-cesarea que deben seguir en su vivienda y a menos del 10% no se le informo.
- En la pregunta nueve el 100% de las pacientes confirmaron tener un buen cuidado por el personal de enfermeria.
- En la pregunta diez se rescata el 100% de las pacientes que se encuestaron y mencionan haber tenido una buena atencion por parte del personal de enfermeria



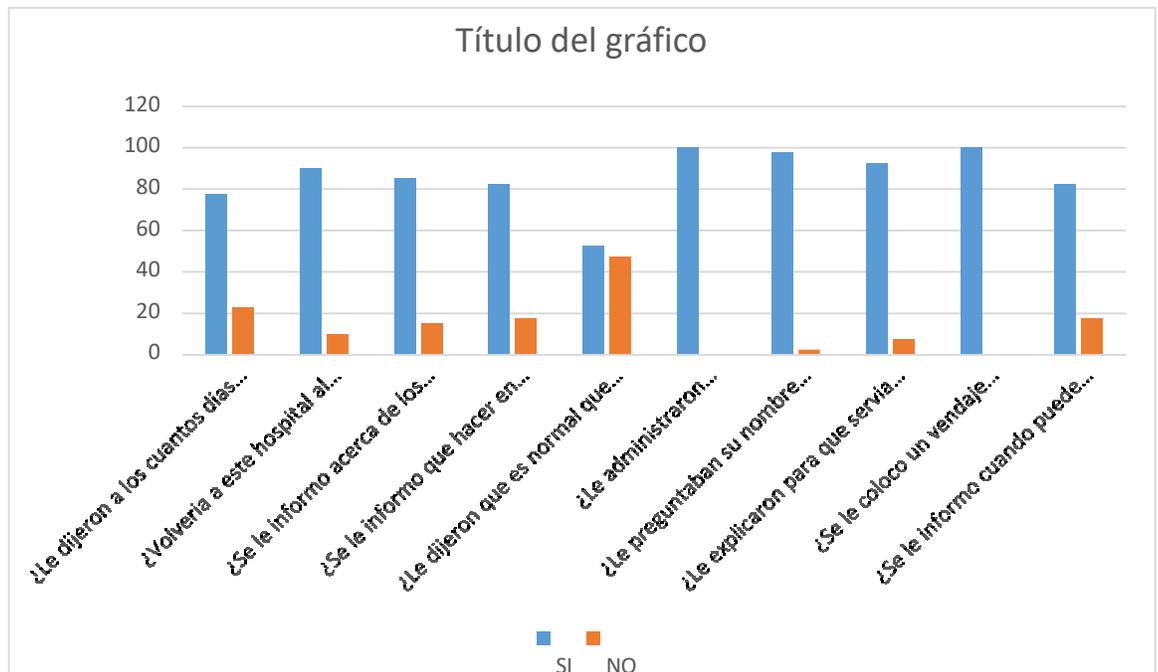
- En la interrogante once se obtuvo el 100% ya que el personal de enfermeria si atendia el llamado asi las pacientes.
- En la pregunta doce se puede notar que a mas del 90% de las pacientes encuestadas le resolvieron todas sus dudas y a menos del 10% no se las resolvieron .

- En la pregunta trece a mas del 50% se le informo cuando es recomendable iniciar su actividad sexual y a menos del 40% no se le informo.

- En la pregunta catorce al 95% se le informo acerca de la importancia de amamantar a su bebe y al otro 5% no se le informo.
- En la interrogante quince el total de las pacientes encuestadas (100%) amantara a su bebe
- En la pregunta dieciseis el 77.5% utilizara formula para amamantar a su bebe en cambio el 22.5% no utilizara formula.
- En la pregunta diesiete al 90% de las pacientes encuestadas se le llevo a su bebe para que lo amamantara y al 10% no se le llevo.
- En la pregunta dieciocho al 70% el personal de enfermeria le explico algunas tecnicas para amamantar a su bebe y al 30% no se le explico.
- En la pregunta diecinueve al 65% de las pacientes encuestadas el personal de enfermeria le explico algunos cuidados que debe tener a la hora de amamantar a su bebe y al 35% no se le explico.
- En la preguntra veinte al 77.5% de las pacientes a las que se les aplico la encuesta si se les explico por parte del personal de enfermeria algunos cuidados que debe tener con el recién nacido y al 22.5 no se le explico.

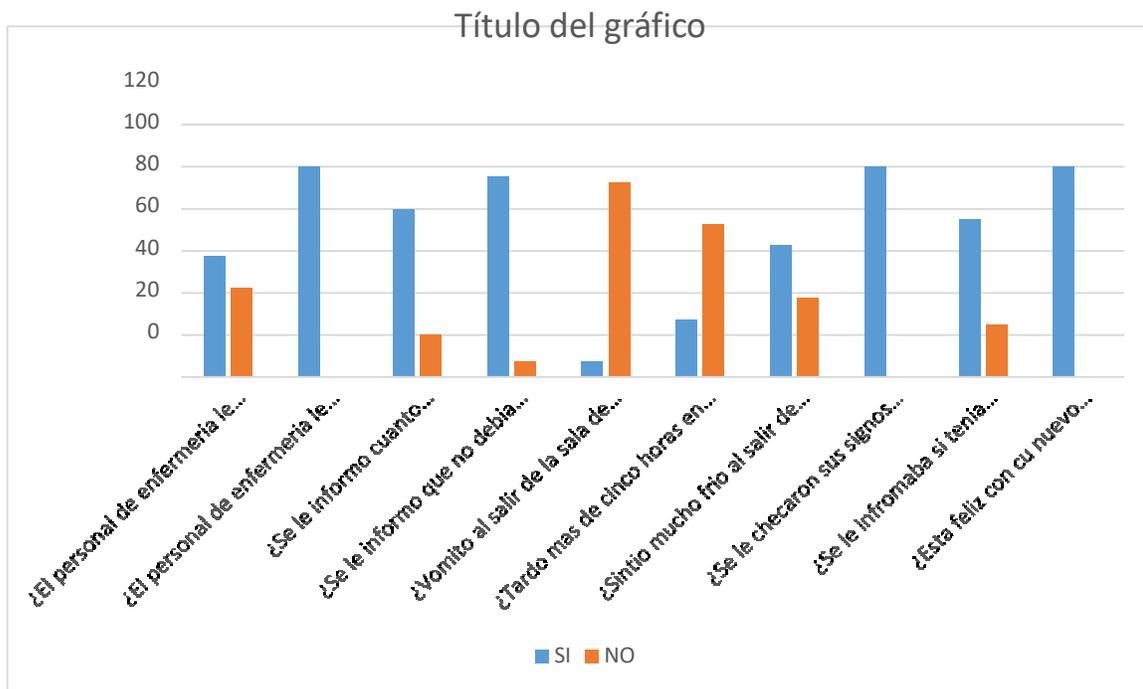


- En la interrogante veintiuno al 100% de las pacientes interrogadas si se les brindo privacidad ante cualquier procedimiento realizado.
- En la pregunta veintidos el total de las pacientes interrogadas 100% volveria al hospital.
- En las preguntas veintitres el 90% de las pacientes interrogadas si recomendarian el hospital mientras que el 10% no lo recomendaria.
- En la pregunta veinticuatro con mas del 90% de las pacientes encuestadas utilizaron un lenguaje comprensible y con menos del 10% no lo hicieron
- En la pregunta veinticinco al 90% de las pacientes interrogadas si se les informo por parte del personal de enfermeria acerca del dolor que presentara en su herida quirurgica.
- En la pregunta veintiseis el 60% de las pacientes encuestadas si ha presentado mucho dolor en su herida quirurgica y el 30% no ha presentado mucho dolor en su herida quirurgica.
- En la pregunta veintisiete a mas del 90% del total de las pacientes encuestadas si se le realizaron curaciones de la herida quirurgica por parte del personal de enfermeria y a menos del 10% no se le realizo.
- En la interrogante veintiocho al 62.5% de las pacientes interrogadas si se les informo por parte del personal de enfermeria cuanto tardaria en cicatrizar su herida quirurgica y al 37.5% no se les informo.
- En la pregunta veintinueve a casi el 100% de las pacientes encuestadas se les informo por parte del personal de enfermeria la importancia de mantener su herida quirurgica limpia.
- En la pregunta treinta a casi el 100% de las pacientes interrogadas el personal de enfermeria le explico algunos metodos para mantener su herida quirurgica limpia en casa



- ✓ En la pregunta treintauno al 77.5% de las pacientes si se les informo a los cuantos días retirara los puntos de herida quirúrgica y al 22.5% no se le informo.
- ✓ En la pregunta treinta y dos el 90% de las pacientes si volverían al hospital al retiro de puntos y el 10% no volvería.
- ✓ En la pregunta treinta y tres al 85% de las pacientes interrogadas si se le informo acerca de los síntomas que presentaría si su herida quirúrgica se llega a infectar y al 15% no se le informo.
- ✓ En la pregunta treinta y cuatro al 82.5% de las pacientes si se les informo que hacer en caso de infeccion en su herida quirúrgica y al 17.5% no se le informo.
- ✓ En la pregunta treinta y cinco al 52.5% de las pacientes interrogadas si les dijeron que es normal que sienta comezón en su cicatriz y al 47.5% no se les dijo.
- ✓ En la pregunta treinta y seis al total de las pacientes encuestadas, al 100% si se le aplicaba medicamentó para el dolor cuando presentaba dolor.

- En la pregunta treinta y siete a más del 90% de las pacientes encuestadas si se les preguntaba su nombre antes de administrarles un medicamento y a menos del 10% no se lo preguntaban.
- En la pregunta treinta y ocho a más del 90% si le explicaron si le explicaron para que servía dicho medicamento y a menos del 10% no le explicaron.
- En la pregunta treinta y nueve al 100% de las pacientes interrogadas si se les colocó un vendaje abdominal al salir de la sala de cesárea.
- En la pregunta cuarenta al 82.5% de las pacientes encuestadas si se les informó cuando pueden volver a realizar algunas de sus actividades cotidianas y al 47.5% no se les informó.



- En la pregunta cuarenta y uno al 57.5% de las pacientes si se les explicó por parte del personal de enfermería cuánto duraría sangrado después de la cesárea y al 42.5% no se les informó.

- En la pregunta cuarenta y dos al 100% de las pacientes encuestadas si se les cambio constantemente su toalla femenina.

- En la interrogante cuarenta y tres al 80% de las pacientes a las que se les aplico la encuesta si se le informo cuanto tardaría en pasar el efecto de la anestesia y al 20% no se le informo.
- En la pregunta cuarenta y cuatro a más del 90% si se le informo que no debía ingerir alimentos mientras pasaba el efecto de anestesia y a menos del 10% no se le informo.
- En la interrogante cuarenta y cinco a 7.5% de las pacientes encuestadas si vomitaron al salir de la sala de cesárea y 92.5 no vomito.
- En la pregunta cuarenta y seis 27.5% de la pacientes encuestadas si tardaron más de cinco horas en sentir sus piernas y el 72.5% no tardo más de cinco horas en sentir sus piernas.
- En la pregunta cuarenta y siete el 62.5% de las pacientes encuestadas si sintió mucho frio al salir de la sala de cesárea y el 37.5% no sintió frio.
- En la pregunta cuarenta y ocho al 100% de las pacientes a las que se les aplico la encuesta si se le checaron constantemente sus signos vitales.
- En la interrogante cuarenta y nueve al 75% si se le informaba cuando se tenía alguna alteración de estos y al 25% no se le informaba.
- En la pregunta cincuenta el total de las pacientes 100% a las que se les aplico la encuesta si está muy feliz de tener un nuevo integrante en su familia

### **3.-CONCEPTUALIZACION**

#### **3.1.-Cuidado**

El cuidado de los pacientes es la esencia de la profesión de enfermería, el cual se puede definir como: una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente.

El cuidado de los pacientes representa una serie de actos de vida que tienen por finalidad y función mantener a los seres humanos vivos y sanos con el propósito de reproducirse y perpetuar la vida, de tal forma, el cuidado es mantener la vida

asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades para la persona (individuo, familia, grupo y comunidad), que en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud.

Para comprender y sensibilizarse ante la importancia del cuidado de enfermería, es necesario identificar el origen y conceptualización del cuidado.

El cual surge en la etapa doméstica durante el siglo XVIII, definiéndose como un acto instintivo femenino para la protección de las familias, ya que era la presencia comprensiva y respetuosa de las mujeres quienes lograban el bienestar de los seres humanos que las rodeaban.

Al continuar con la historia, se llega a las sociedades arcaicas superiores (entre la prehistoria y el mundo clásico) en donde la responsabilidad del cuidado recaía en los sacerdotes y escribas, hombres cultos que vivían en los templos y eran mantenidos por el pueblo.

Fue hasta la aparición de Florence Nightingale quién surge en la época moderna y marca por completo el sentido del cuidado ya médica, nunca pudo conceptualizar el cuidado de los enfermos, al igual que no logró estructurarlo realmente para que pudiera tener un impacto significativo como terapéutica.

Sin embargo, en los años noventa, el movimiento de reflexión sobre la conceptualización en enfermería, indagó los conceptos propios de este campo y se propuso precisar cuál es su objetivo o razón social, identificando el cuidado como la función histórica de los profesionales de enfermería.

En Colombia, se han dado algunas aproximaciones como la desarrollada por el grupo de reglamentación profesional, constituido por representantes de docencia y de servicio.

Grupo que contribuyó a la expedición de la Ley 266 en cuyo texto se define enfermería y se especifica el cuidado como el fin de la práctica profesional: enfermería es una profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyo sujeto de atención es la persona como ser individual, social y espiritual.

Su objeto es el cuidado integral de la salud de la persona, familia y comunidad en todas las etapas de la vida dentro del espectro del proceso salud-enfermedad. Por lo anterior se considera, que los cuidados de enfermería son la razón de ser de la profesión y constituyen el motor del quehacer diario y por lo tanto su objeto de estudio.

El ideal y el valor del cuidado no son simplemente cosas sueltas, exige una actitud que debe tornarse en un deseo, en una intención, en un compromiso y en un juicio consiente que se manifiesta en actos concretos e inicia al contacto con el paciente.

El cuidado humano, como un ideal moral, trasciende el acto y va más allá de la acción de la enfermera(o) y produce actos colectivos de la profesión de enfermería que tienen consecuencias importantes para la vida humana.

Cuidar implica conocer a cada ser humano, interesarse por él que exige un esfuerzo de atención, una concentración a veces más agotadora que el esfuerzo físico. El valor del cuidado se fundamenta en la enfermera(o) creativa(o) cuyo ser es trascendente.

Las condiciones necesarias y suficientes para que se dé el cuidado incluyen:

- Conciencia y conocimiento sobre la propia necesidad del cuidado.
- Intención de actuar con acciones basadas en el conocimiento.
- Cambio positivo como resultado del cuidado, juzgado solamente con base al bienestar de los demás.

El cuidado profesional de enfermería conlleva a una serie de repercusiones positivas tanto para los pacientes, como para los mismos profesionales de enfermería así como para las instituciones donde se presta el servicio, de aquí la gran importancia de brindar un cuidado profesionalizado de enfermería.

En los pacientes:

- a) Recibir una atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente.
- b) Eliminar o reducir las molestias que se pudieran provocar por actividades de enfermería.
- c) Mejorar la comunicación y relación enfermera-paciente.
- d) Que el paciente se encuentre mejor informado para la toma de decisiones sobre su salud.
- e) Menor alteración en su economía por los costos.
- f) Mínima estancia hospitalaria.
- g) Incremento en la satisfacción de la atención.

A los profesionales de enfermería:

- a) una práctica profesional competente y responsable.
- b) potenciación de la capacidad de decisión y autocontrol sobre el trabajo.
- c) toma de conciencia y compromiso con el cambio.
- d) proyección positiva de autoimagen e imagen pública.
- e) fortalecimiento del sentido de identidad y pertenencia hacia la profesión.
- f) incremento en la satisfacción profesional y laboral.

A la institución:

- a) incremento en la satisfacción del usuario.
- b) certificación hospitalaria.
- c) fortalecimiento de la imagen institucional ante la sociedad.
- d) mayor productividad, eficiencia y eficacia.
- e) menor riesgo de demanda por mala calidad de atención.
- f) reconocimiento de calidad.
- g) mayor control de costos por la prevención de errores.
- h) mantenimiento de la calidad del servicio.

### **3.2.-Tipos de cuidados de enfermería**

Los cuidados tienen finalidad distinta y sus objetivos se orientan a la satisfacción de necesidades y/o problemas biológicos, psicológicos, sociales y espirituales.

1. Cuidados de Estimulación.
2. Cuidados de Confirmación.
3. Cuidados de Conservación y Continuidad de la Vida.
4. Cuidados de Auto imagen.
5. Cuidados de Sosiego o de Relajación.
6. Cuidados de compensación.

**CUIDADOS DE ESTIMULACIÓN:** Aumentar la capacidad del paciente para lograr la comprensión y aceptación de los daños de su salud, su participación en su tratamiento y en su auto cuidado.

**CUIDADOS DE CONFIRMACIÓN:** Contribuir al desarrollo de la personalidad del paciente, fortalece psicológicamente al paciente más allá de la enfermedad. Promueve el desarrollo de la personalidad.

**CUIDADOS DE CONSECUCIÓN Y CONTINUIDAD DE LA VIDA:** Provisión de cuidados que ofrezcan seguridad al paciente en el sentido más amplio.

**CUIDADOS PARA RESGUARDAR LA AUTO IMAGEN.** Contribución que hace el enfermero para lograr que el paciente tenga una imagen real de él y de los que conforman su entorno para ayudar a mantener su autoestima y a aceptarse – estimarse.

**CUIDADOS DE SOSIEGO Y RELAJACIÓN:** Identificar situaciones de crisis y hacer un plan de recuperación cuyo objetivo será recuperar la tranquilidad del paciente y su entorno a fin de hacer frente a la crisis rápidamente.

**CUIDADOS DE COMPENSACIÓN:** Ayuda que debemos ofrecer al paciente para el logro del equilibrio de su salud: ayuda física, psicológica, social según las necesidades insatisfechas. Mayor importancia en pacientes en situación de mayor dependencia

#### **EL PROCESO DE CUIDAR Y LA RELACIÓN CON EL PACIENTE.**

**Definición de la enfermería profesional:** La American Nurses Association (ana) define la enfermería como la protección, el fomento y la optimización del estado de salud y las capacidades del individuo, la prevención de la enfermedad y las lesiones, el alivio del sufrimiento a través del diagnóstico y el tratamiento de las respuestas

Humanas, y la defensa de la asistencia a los individuos, las familias, las comunidades y las poblaciones.

La política de la ANA identifica seis rasgos fundamentales de la enfermería profesional. Estas características son:

- Creación de una relación humanitaria que potencie la salud y su recuperación.
- Atención al abanico de experiencias y respuestas humanas a la salud y la enfermedad en el entorno físico-social.
- Integración de datos objetivos con conocimientos adquiridos mediante el reconocimiento de la experiencia subjetiva de un paciente o un grupo.
- Aplicación de datos científicos a los procesos diagnósticos y terapéuticos, mediante la utilización de enjuiciamiento y pensamiento crítico.
- Profundización de los conocimientos profesionales de enfermería por medio de la educación continuada.
- Influencia en las políticas sociales y de salud pública a favor de la justicia social.

### **3.3.-Asunción del papel del profesional de enfermería**

Las acciones que llevamos a cabo ante un paciente, tanto las verbales como las no verbales, influyen en los sentimientos y la concepción de este sobre el nivel de competencia que se muestra, el papel de la enfermería en la asistencia sanitaria y la adaptación global del paciente al centro sanitario. La asunción de un papel profesional implica que debemos comportarnos como un profesional. Así, la observación de las normas establecidas nos ayudará a transmitir la competencia que queremos mostrar como profesionales de enfermería, no solamente a los pacientes sino también a los compañeros y otros profesionales.

Escuetas normas a seguir durante los laboratorios y durante las prácticas clínicas son:

- Ir arreglado con atuendo limpio y respetar el código de vestimenta de la facultad o institución.
- Mantener el cabello aseado, recogido, retirado de la nuca y llevar las uñas cortas. Utilizar esmalte de uñas transparente sin color. No se permite la utilización de uñas sintéticas dado que pueden albergar bacterias.
- Hablar correctamente, sin jerga ni términos inadecuados.
- Relacionarse con los pacientes como personas valiosas merecedoras de respeto y consideración. Dirigirse a ellos por su nombre, no usar apodos.
- No hablar en tono condescendiente con los pacientes. Recordar que el paciente conoce mejor que nadie su organismo, sus sentimientos y sus respuestas. Escuchar y prestar atención a lo que relata sobre sí mismo o los sentimientos subyacentes que no está expresando.
- Mantener un papel profesional en todo momento.
- Actuar como una herramienta terapéutica de asistencia y curación. Aprovechar el lenguaje corporal para reforzar la comunicación verbal honesta.
- Aceptar la responsabilidad y rendir cuentas del comportamiento llevado a cabo, actuación profesional y los servicios de enfermería que hay que

prestar. Si se desconoce en un momento dado qué se espera de nosotros, preguntar a otros profesionales, compañeros y la enfermera de referencia. Nuestra responsabilidad consiste en prestar cuidados de enfermería de manera fiable, honesta y digna de confianza.

- Mantener en secreto la información sobre el paciente. No hablar sobre el mismo en público.

### **3.4.-El proceso de cuidar**

Tomando como puntos de partida el significado de los términos proceso y cuidar, trataremos de mostrar el alcance de lo que denominaremos proceso de cuidar.

A continuación y, considerando que es a partir del reconocimiento de este proceso cuando se inicia el desarrollo disciplinar de la enfermería, nos referiremos al proceso de cuidar en enfermería.

Según la Real Academia Española, el vocablo proceso se puede definir como: «acción de ir hacia delante, un conjunto de fases sucesivas de un fenómeno natural», y es precisamente esta acepción la que impregna el proceso de cuidar en enfermería. Por tanto, el término proceso se refiere a:

- a) Sucesión de acciones.
- b) Dirección hacia delante de las acciones.
- c) Acciones que quedarán vinculadas entre sí por el objetivo que persiguen.
- d) Acciones que pueden no tener fin.
- e) Acciones de pensar y acciones de ejecutar.

Conociendo la dirección concreta del proceso de cuidar, podemos esbozar que la expresión proceso de cuidar en enfermería recoge la forma de pensar y la forma de hacer de los profesionales de enfermería. Esta forma de pensar y de hacer se

personalizará cuando esté dirigida a un sujeto concreto (entendido como persona, familia o comunidad).

Así el proceso de cuidar en enfermería quedaría definido como el ejercicio de las posibilidades o facultades propias de la profesión de enfermería. Significa una forma de pensar propia en torno al ser humano, a su salud, al entorno y al cuidado, y una forma de hacer condicionada por los resultados de la acción de pensar.

El proceso de cuidar como acción profesional queda vinculada a las enfermeras exigiéndoles un compromiso que va más allá de la mera realización de una serie de acciones de cuidados aprendidas como parte de las costumbres culturales de un grupo humano y sin más base que la tradición. Este compromiso alcanza al desarrollo disciplinar por cuanto se hace necesario:

- a) Definir qué son y cómo son esas acciones de cuidados que encierra el proceso de cuidar.
- b) Establecer la relación entre dichos cuidados y la especificidad de la acción del profesional de enfermería.
- c) Identificar, describir y analizar un instrumento que haga posible el proceso de cuidar profesionalmente.

### **3.5.-Acciones que comporta el proceso de cuidar.**

El profesional de enfermería, responsabilizado del proceso de cuidar, debe estar capacitado para llevar a cabo una serie de actividades.

Estas actividades, marcadas por la definición que se ha presentado sobre el proceso de cuidar, son:

- a) IDENTIFICAR LA NECESIDAD DEL CUIDADO: considerando las variables individuales, grupales y culturales que modifican esta necesidad. Esto supone para El profesional de enfermería un ejercicio complejo, puesto que le obliga a dotarse de la información que le permita identificar el efecto de las variables en cada suceso o situación concreta y a tener conocimiento del

efecto que las distintas culturas tienen sobre la manifestación de la necesidad de cuidados.

- b) IDENTIFICAR EL TIPO DE CUIDADOS REQUERIDOS: para dar respuesta a esa necesidad detectada. Para llevar a cabo esta actividad, el profesional de enfermería, además de necesitar un conocimiento técnico acerca de los tipos de acciones que le permitirán satisfacer la necesidad identificada, deberá conocer si el sujeto ya ha realizado acciones encaminadas a satisfacer esta necesidad, qué tipo de acciones son y determinar el valor real que tienen en esa situación y el valor entendido como significado para el sujeto.
- c) IDENTIFICAR LA CAPACIDAD DEL SUJETO PARA LLEVAR A CABO DICHO CUIDADO: el profesional cuando cuida no puede ni debe olvidar que está entrando en el ámbito de autonomía del sujeto. Esto exige que coincidamos en las propuestas de enfermeras como Henderson u Orem cuando se refieren a que el sujeto debe ser autónomo en el menor tiempo posible, debiendo participar al máximo nivel de sus posibilidades en el proceso de cuidados. Para ello, la enfermera debe determinar las posibilidades de participación del sujeto en su proceso de cuidados (tanto físicos como mentales), su actitud e interés en la participación y finalmente la aceptación explícita.
- d) IDENTIFICAR LA MANERA EN QUE PODREMOS SATISFACER DICHO CUIDADO: esto es la manera en que vamos a llevar a cabo la acción de cuidar. Concretar las tareas a realizar, determinar el tiempo que cada una de estas tareas exige, y determinar el material y/o instrumentos que necesitamos.
- e) DETERMINAR LA DELEGACIÓN DE ACCIONES: el compromiso que las enfermeras asumimos de hacer participar al sujeto en su proceso de cuidados nos obliga a identificar cuál o cuáles de las acciones necesarias deberemos llevar a cabo personalmente, y cuál o cuáles aquellas que podremos delegar en el propio sujeto. Pero la delegación no solo es posible hacerla en el sujeto, sino que también la enfermera podrá traspasar algunas de las acciones programadas entre el personal técnico y cuidadores informales que componen el equipo de cuidados.

- f) CONSIDERAR EL CARÁCTER ÉTICO QUE TIENE EL PROCESO DE CUIDAR: los valores que condicionan la necesidad de cuidado dotan de carácter ético al proceso de cuidar.
- g) EJECUTAR LAS ACCIONES CONCRETAS DE CUIDADO: la ejecución es la muestra del hacer y la práctica de la enfermería profesional, y requiere de la realización de una serie de técnicas variadas en cuanto a su complejidad que no son el fin del proceso de cuidar.
- h) EVALUAR LOS RESULTADOS: El proceso de cuidar, como secuencia de acciones dirigidas a un fin, exige de la evaluación de los resultados que dichas acciones producen en la dirección del fin que se persigue. Considerando además que el proceso no tiene fin siempre, esta evaluación no debe entenderse como un punto y aparte, sino como un punto y seguido.

El proceso exige una secuencia de acciones encadenadas, cohesionadas e interdependientes que respondan a un fin y que no tendrán final: el fin es conseguir el máximo nivel de bienestar de las personas a las que cuidamos y además es sin final, porque hasta el último momento de nuestra vida los seres humanos necesitamos cuidados.

La exigencia de que exista esta conexión en las acciones que comporta el proceso de cuidar, de no perder la meta de este proceso, y de consolidar el proceso de cuidar como la esencia de la disciplina enfermera obliga a la utilización de un instrumento metodológico que permita garantizar todo ello.

### **3.6.-La necesidad de un instrumento metodológico para el proceso de cuidar.**

Solo la utilización de una metodología nos permitirá llevar a cabo estas acciones, transformar el conocimiento común en conocimiento científico, posibilitando la consolidación de la actividad de cuidar como actividad profesional. Este será uno de los argumentos que justificarán la necesidad de utilizar el proceso de cuidados enfermero.

Al no utilizar una metodología concreta corremos el riesgo de perder información, obtener una información inexacta, incluir juicios de valor, perder la objetividad de la información y no mantener la secuencia de dicha información en el desarrollo de la historia. Además, no nos sirve un documento cualquiera para recoger la información, sino que este debe tener una estructura que permita alcanzar el objetivo de los cuidados, un orden que favorezca su utilización y una flexibilidad que permita a la enfermera adaptarlo a la diversidad a la que debe atender.

#### VALORACIÓN: INSTRUMENTOS A UTILIZAR.

La valoración del paciente es la primera etapa del proceso de cuidar, al que, de ahora en adelante vamos a determinar a través del método enfermero. El paralelismo que mantienen dicho proceso y el método científico nos permite identificar de manera inmediata las características de esta etapa y su finalidad: identificar las respuestas del sujeto ante una determinada situación o problema de salud.

Podemos identificar en esta etapa seis niveles de recogida de datos a través de las cuales llegamos a alcanzar el objetivo propuesto.

Estos seis niveles los podemos describir como:

1. Entrevista/anamnesis.
2. Exploración:
  - a. Física de cabeza a pies, focalizando por aparatos y sistemas.
  - b. Exploración neurológica
3. Uso de herramientas de valoración biopsicosocial (test y encuestas):
  - a. Actividades básicas de la vida diaria.
  - b. Riesgo de úlceras por presión.
  - c. Alteración cognitiva.
  - d. Riesgo de desnutrición.

- e. Riesgo de exclusión social.
- f. Riesgo de caídas.

#### 4. Realización de pruebas diagnósticas y terapéuticas:

- a. Toma de constantes.
- b. Toma de muestras.
- c. Diagnóstico por imagen.

#### 5. Valoración específica de procesos asistenciales.

#### 6. Valoración específica de patologías.

Tratar seis niveles distintos de recogida de datos, al inicio del proceso de cuidar a través del método enfermero, no es un capricho casual.

Debemos ser conscientes de que no conocemos al nuevo usuario o paciente que se nos presenta y, por tanto, tenemos que indagar y valorar en todo aquello que pueda afectar a su proceso de salud-enfermedad, así, deberemos realizar una valoración lo más completa posible que incluya cada uno de los aspectos que nosotros consideramos relevantes reflejar y cada uno de los aspectos que el paciente considere importantes remarcar sobre su propio proceso.

Es importante señalar que las actividades que el profesional de enfermería lleva a cabo durante esta etapa son actividades que se realizarán a lo largo de todo el método enfermero, lo que nos permite remarcar la afirmación de que la interdependencia existe entre las etapas. Esta característica de la valoración significa la confirmación de que las actividades que llevamos a cabo a lo largo de las etapas del proceso no se producen en un momento temporal concreto y aislado sino que se extienden a lo largo de todo el proceso.

Por lo tanto, la valoración se utilizará para detectar un problema durante todas las fases, para obtener información sobre la respuesta del cliente a las acciones de la enfermera y, en la etapa de la evaluación, para comprobar si los objetivos han estado conseguidos.

La valoración nos permitirá obtener información que no solo nos ayudará a identificar problemas, sino que también nos mostrará cuáles son los cuidados que el sujeto se da a sí mismo y cómo dichos cuidados están incidiendo en su salud y bienestar.

### **3.7.-Planificación de los cuidados.**

Esta etapa puede definirse como la agrupación de datos para establecer un juicio clínico sobre el problema o afección del paciente o, dicho de otro modo, para establecer un diagnóstico.

Además, esta etapa incluye la formulación de objetivos mensurables, realistas y centrados en el paciente, que permitan proporcionar una atención personalizada y los procedimientos que permitirán alcanzar los objetivos propuestos.

Identificar tanto los objetivos como los procedimientos a seguir para alcanzarlos, implica, de forma explícita la planificación de actividades para la consecución de objetivos, de esta forma, esta etapa lleva de forma intrínseca la planificación del método enfermero en función de las respuestas que el paciente haya ofrecido en la etapa de valoración.

#### **DIFERENTES AUTORES DEFINEN LA PLANIFICACIÓN COMO:**

- «Es el momento en que se determinará cómo brindar los cuidados de enfermería de forma organizada, individualizada y orientada a los objetivos». Alfaro, 2003.
- «Implica el desarrollo de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas saludables del sujeto o evitar, reducir o corregir las respuestas insanas». Iyer, Taptich y Bernocchi-Losey (1997).
- «El establecimiento de un plan de acción, en prever las etapas de su realización, las acciones que se han de llevar a cabo, los medios que hay que emplear y las precauciones que hay que adoptar, en pocas palabras, en pensar y organizar una estrategia de cuidados bien definida». M. Phaneuf, 1999.

Dentro de la etapa de diagnóstico que estamos tratando, desarrollaremos por tanto:

1. Planificación:

- a. Guías y vías clínicas de cuidados.
- b. Según la dependencia.
- c. Cuidados técnicos

2. Respuestas humanas ante problemas de salud:

- a. Alimentación.
- b. Higiene.
- c. Eliminación.
- d. Movilidad.
- e. Respiración.
- f. Comunicación.
- g. Seguridad.
- h. Sexualidad/reproducción

3. Dependencias en cuidados básicos en función del resultado ofrecido por Barthel:

- a. Comida.
- b. Arreglo.
- c. Vestido.
- d. Baño/ducha.
- e. Deposición.
- f. Micción.
- g. Ir al retrete.
- h. Transferencia.
- i. Deambulación.
- j. Subir y bajar escaleras

4. Problemas específicos por grupos de procesos asistenciales.

5. Problemas específicos por patologías.

6. Situaciones de riesgo en cuidados básicos y específicos.

## ETAPA DE INTERVENCIÓN

La etapa de intervención, dentro del método científico, correspondería a la etapa de tratamiento de enfermería en el correspondiente método enfermero.

Podemos definir esta etapa como el momento en el que la enfermera lleva a cabo las actividades programadas en la etapa de planificación o, como afirma Alfaro (2003): «Es poner en acción las estrategias enumeradas en el plan de atención; es la acción de enfermería que permite llegar al resultado deseado de los objetivos del cliente».

Así, podemos observar que las intervenciones de enfermería son «cualquier tratamiento, basado en el criterio clínico y los conocimientos que el personal de enfermería lleva a cabo para mejorar la respuesta del paciente» (Bulechek, Butcher y Dochterman, 2008).

### LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA SIRVEN PARA:

- a. Controlar el estado de salud.
- b. Evitar, solucionar o controlar un problema.
- c. Ayudar en las actividades de la vida diaria.
- d. Promover una salud óptima y la independencia.

De este modo, determinamos que los procedimientos a llevar a cabo en esta etapa de intervención son:

1. Procedimientos generales en cuidados básicos:
  - a. Mantenimiento de la máxima autonomía posible del paciente.
  - b. Supliéndola solo cuando sea necesario.
  - c. Enseñanza de autocuidados a paciente y cuidador.
2. Procedimientos específicos por grupos de procesos asistenciales dirigidos a solucionar los problemas, aumentar la independencia y fomentar los autocuidados.

3. Procedimientos específicos por patologías dirigidos a solucionar los problemas, aumentar la independencia y fomentar los autocuidados.

4. Procedimientos dirigidos a eliminar los peligros o disminuir el riesgo de cuidados básicos y específicos.

### **3.8.-Evaluación de los cuidados**

De acuerdo con Craven y Himle (1996), la evaluación de los cuidados consiste en «juzgar la eficacia de la atención de enfermería a la hora de alcanzar los objetivos y resultados del paciente en función de cómo responde este ante las intervenciones». El propósito de la evaluación es establecer criterios sobre la evolución del paciente, analizar la eficacia de los cuidados de enfermería, revisar las posibles áreas de colaboración con otros profesionales de la atención sanitaria y la derivación a dicho profesionales, y controlar la calidad de la atención de enfermería y su efecto en el paciente (Alfaro-LeFevre).

El personal de enfermería valora tanto los factores favorables para alcanzar dichos objetivos como los obstáculos, considerando que «los objetivos pueden alcanzarse por completo, parcialmente o no lograrse; además, pueden aparecer nuevos problemas por el camino», tal y como afirma Alfaro-LeFevre (1996), ya que la evaluación debe ser una acción continua y formal que está presente a lo largo de todo el proceso del método enfermero, así es parte integral de cada una de las etapas vistas hasta ahora.

Concretamente, en atención especializada, para evaluar el trabajo llevado a cabo, valoraremos:

- a) Indicadores generales hospitalarios: estancia media, estancia media ajustada, mortalidad, recaídas, índice de frecuentación, etc.

- b) Indicadores hospitalarios de calidad de los servicios de enfermería: caídas, infección nosocomial, nivel de dependencia, desnutrición, complicaciones del catéter vesical, etc.
- c) Indicadores específicos en servicios especiales: UCIN, urgencias y quirófano.

## **4.-PUERPERIO QUIRURGICO.**

### **4.1.-Cesárea**

La cesárea es la intervención quirúrgica que tiene como objetivo extraer el producto de la concepción y sus anexos ovulares a través de una laparotomía e incisión de la pared uterina.

- Mediante este procedimiento se pretende el nacimiento del feto por la forma que cause menos perjuicios a él y a la madre, es decir, se busca la máxima seguridad para ambos.
- Según los conceptos más actuales de la perinatología, este es el procedimiento menos lesivo y el que produce mejores resultados tanto 'quod vitam' como 'quod funcionem' en la asistencia al parto para los dos sujetos en el implicados.
- No está exenta de unos riesgos razonables puesto que en ella se aúnan un parto (ya que de una modalidad de este se trata) y de una intervención quirúrgica. Según el tipo de acceso quirúrgico será la cicatriz que deje (horizontal o vertical): este solo se decide en el momento de iniciar la intervención.
- Mal resultado materno y perinatal pueden llegar a lesionar permanentemente el cerebro o incluso a la muerte del feto o del recién nacido y a la incapacitación social de la mujer. En algunos casos extremos es imposible (mecánicamente hablando) el parto por vía vaginal.

## 4.2.-Tipos de cesárea

1. Según antecedentes obstétricos de la paciente.
  - Primera: Es la que se realiza por primera vez.
  - Iterativa: Es la que se practica en una paciente con antecedentes de dos o más cesáreas.
  - Previa: es cuando existe el antecedente de una cesárea anterior.
2. Según indicaciones
  - Urgente: Es la que se practica para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa crítica.
  - Electiva: Es la que se programa para ser realizada en una fecha determinada por alguna indicación médica y se ejecuta antes de que inicie el trabajo de parto.
3. Según técnica quirúrgica.
  - Corporal o clásica.
  - Segmento corporal (Tipo Beck).
  - Segmento arciforme (Tipo Kerr)

**Corporal o clásica:** La incisión es vertical se realiza en el cuerpo uterino. Sus indicaciones más frecuentes son: cáncer cérvico-uterino invasor, embarazo pretérmino, situación fetal transversa con dorso inferior, histerorrafia corporal previa, procesos adherenciales o varicosos importantes en el segmento inferior, placenta previa en cara anterior, cesárea posmortem, miomatosis uterina de grandes elementos y cuando después de la cesárea se realizará una histerectomía.

Sus desventajas son: apertura y cierre más difícil, mayor hemorragia, adherencias más frecuentes, histerorrafia menos resistente que puede hacerse dehiscente durante un nuevo embarazo.

**Segmento corporal:** (Beck) La incisión es vertical y se realiza sobre el segmento y parte del cuerpo uterino. Sus principales indicaciones son: embarazo pre término,

embarazo gemelar, situación fetal transversa con dorso inferior, presentación pélvica, placenta previa en la cara anterior del útero, anillo de retracción e histerorrafias corporales previas. Las desventajas de esta técnica no difieren de la anterior.

**Segmento arciforme o transversal:** (Kerr) Es la técnica quirúrgica más usada por sus múltiples ventajas. Al realizarse una incisión transversal del segmento inferior tiene las ventajas de producir menos hemorragia, y permitir una fácil apertura y cierre de la pared uterina, formación de cicatriz uterina muy resistente con poca probabilidad de dehiscencia y ruptura en embarazos subsecuentes y así como pocas adherencias postoperatorias.

### **4.3.-Indicaciones de la operación cesárea:**

La indicación para realizar una operación cesárea puede ser por causas: Maternas, Fetales o Mixtas.

#### **A. Causas maternas**

- Distocia de partes óseas (desproporción cefalopélvica):
- Estrechez pélvica.
- Pelvis asimétrica o deformada.
- Tumores óseos de la pelvis.

Distocia de partes blandas:

- Malformaciones congénitas.
- Tumores del cuerpo o segmento uterino, cérvix, vagina y vulva que obstruyen el conducto del parto.
- Cirugía previa del segmento y/o cuerpo uterino, incluyendo operaciones cesáreas previas.
- Cirugía previa del cérvix, vagina y vulva que interfiere con el progreso adecuado del trabajo del parto.

Distocia de la contracción:

- Hemorragia (placenta previa o desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta)
- Patología materna incluyendo nefropatías, cardiopatías, hipertensión arterial o diabetes mellitus, etc.

B) Causas fetales:

- Macrosomía fetal que condiciona desproporción cefalopélvica.
- Alteraciones de la situación, presentación o actitud fetal.
- Prolapso de cordón umbilical.
- Sufrimiento fetal.
- Malformaciones fetales incompatibles con el parto.
- Embarazo prolongado con contraindicación para parto vaginal.
- Cesárea posmortem

C) Causas mixtas:

- Síndrome de desproporción cefalopélvica
- Preeclampsia/eclampsia.
- Embarazo múltiple.
- Infección amniótica.
- Isoinmunización materno-fetal

#### **4.4.-Indicaciones más frecuentes criterios para la toma de decisión**

Las principales indicaciones de la operación cesárea son:

1. Desproporción cefalopélvica
2. Cesárea previa.
3. Sufrimiento fetal.
4. Ruptura prematura de membranas.

## 5. Presentación pélvica

### **4.5.-Desproporción cefalopélvica:**

Condición de origen materno, fetal o mixto dependiente de la relación existente entre el feto y la pelvis, que impide la resolución del parto por vía vaginal.

La desproporción cefalopélvica ocurre en las siguientes circunstancias:

- ✓ Pelvis estrecha, deformada u obstruida y feto normal con buena actitud.
- ✓ Pelvis normal y feto grande, anómalo (gigantismo o hidrocefalia) o con mala actitud.
- ✓ Pelvis y feto normales con diámetros fetopélvicos limítrofes, después de una prueba de trabajo de parto infructuoso.

El diagnóstico de la desproporción cefalopélvica se establece mediante una valoración clínica adecuada de los estrechos superior, medio e inferior de la pelvis materna y su relación con el feto, con el apoyo de estudios de imagenología. Ante la duda diagnóstica se deberá utilizar la prueba de trabajo de parto.

### **4.6.-Cesárea previa.**

La práctica del parto vaginal en casos seleccionados de pacientes con cesárea previa es cada vez más frecuente. El propósito de esta conducta es evitar los posibles riesgos a la operación cesárea, sin embargo el concepto clásico de "una vez cesárea, siempre cesárea" ha prevalecido en el ámbito médico, por lo que esta condición representa una de las principales indicaciones de esta operación.

De acuerdo a estudios de investigación recientes, la estrategia de permitir un parto vaginal a pacientes con cesárea previa bajo condiciones controladas, logra un incremento en los nacimientos por vía vaginal sin complicaciones.

Se decidirá permitir un parto vaginal en mujeres con cesárea previa, únicamente en unidades de segundo o tercer nivel de atención con personal capacitado para resolver cualquier complicación que pudiera presentarse.

Contraindicaciones para permitir el parto vaginal en mujeres con cesárea previa

- Antecedente de dos o más cesáreas previas segmento arciforme.
- Antecedentes de cesárea previa tipo segmento-corporal, corporal o presencia de otras cirugías uterinas.
- Antecedente de cesárea previa reciente (menor a 6 meses)
- Antecedentes de ruptura uterina o dehiscencia de histerorrafia
- Pelvis no útil clínicamente.

En embarazos pretérmino y postérmino, gemelares o con productos macrosómicos, se valorará cuidadosamente el caso.

Precauciones durante el trabajo de parto en pacientes con cesárea anterior

a. Primer periodo del parto (dilatación):

- Estar debidamente preparados para realizar una cesárea de urgencia en un lapso menor de 30 minutos.
- Vigilancia estrecha del trabajo de parto y monitoreo de la frecuencia cardiaca fetal (FCF) por medios clínicos: estetoscopio de Pinard o equipo Doppler, o preferentemente con medios electrónicos si se cuenta con este recurso.
- Analgesia / anestesia a criterio del médico tratante.
- El uso de oxitocina para la conducción, se decidirá únicamente en el segundo o tercer niveles de atención

b. Segundo periodo del parto (expulsivo):

- Se recomienda la aplicación profiláctica de fórceps o extractor de vacío bajo, en caso de contar con personal entrenado, a fin de abreviar el periodo expulsivo y evitar complicaciones maternas, aunque no se

considere un requisito indispensable para permitir un parto por vía vaginal.

c. Tercer periodo del parto (alumbramiento):

- Vigilancia estrecha del alumbramiento.
- Revisión sistemática y cuidadosa de la cavidad uterina incluyendo la histerorrafia previa.

d. Suspensión del trabajo de parto.

La prueba de trabajo de parto deberá suspenderse bajo las siguientes circunstancias:

- Sospecha de dehiscencia de histerorrafia.
- Sufrimiento fetal agudo.
- Falta de progresión del trabajo de parto.

Según la Guía de atención del parto, del Ministerio de la Protección Social (Colombia, 2007), el puerperio inmediato comprende las dos primeras horas posparto. Durante este periodo se producen la mayoría de hemorragias, por lo cual es preciso vigilar la hemostasia uterina, teniendo en cuenta los siguientes aspectos: 1. signos vitales, cada 15 minutos, 2. estado de conciencia, 3. globo de seguridad y 4. Sangrado genital.

Además, es necesario revisar las suturas vulvares o el sitio de la episiotomía, para descartar la formación de hematomas. Si durante este periodo no se producen alteraciones, la madre debe trasladarse al área de alojamiento conjunto, donde se le instruirá y apoyará sobre la lactancia materna a libre demanda, vacunación, puericultura, signos de alarma y consulta de puerperio.

El puerperio mediato, por su parte, comprende desde las primeras 2 hasta las 48 horas posparto. Además de las acciones descritas en el puerperio inmediato, se deben:

- Vigilar y controlar la involución uterina y el aspecto de los loquios.
- Detectar tempranamente complicaciones, como hemorragia e infección puerperal, vigilando la presencia de taquicardia, fiebre, taquipnea, su involución uterina, hipersensibilidad a la palpación uterina y loquios fétidos.
- Vigilar la deambulaci3n temprana.
- Alimentar adecuadamente a la madre.

En caso de evoluci3n satisfactoria, es posible dar de alta a la madre cuando hayan transcurrido al menos 24 horas de observaci3n posparto. Se recomienda suministrar inmunoglobulina anti-D dentro de las 72 horas despu3s del parto a todas las mujeres Rh negativo, sin anticuerpos anti-D, quienes tuvieron un ni1o Rh positivo. Si no se han presentado complicaciones, es posible dar de alta a la madre y al reci3n nacido.

En cuanto a la atenci3n para la salida de la madre y su neonato, en esta fase es preciso brindar informaci3n a la madre sobre:

- Medidas higi3nicas para prevenir infecci3n materna y del reci3n nacido.
- Signos de alarma de la madre: fiebre, sangrado genital abundante, dolor en hipogastrio y/o en 3rea perineal, v3mito y diarrea. Es importante indicarle que en caso de presentarse alguno de ellos, debe regresar a la instituci3n.
- Importancia de la lactancia materna exclusiva.
- Puericultura b3sica.
- Alimentaci3n balanceada adecuada para la madre.
- Inscripci3n del reci3n nacido en los programas de crecimiento, desarrollo y vacunaci3n.
- Fortalecimiento de los v3nculos afectivos, autoestima y autocuidado como factores protectores contra la violencia intrafamiliar.
- Entrega del registro de nacido vivo y promoci3n del registro civil del reci3n nacido en forma inmediata.
- La gestante debe egresar con una cita de control ya establecida, con el fin de controlar el puerperio dentro de los primeros siete d3as del parto.

- Instrucción a la madre respecto a la importancia de conocer los resultados de la hemoclasificación del neonato y del tamizaje del hipotiroidismo congénito. La madre debe consultar nuevamente a la institución para conocer el resultado del tamizaje y traer al recién nacido para las pruebas confirmatorias cuando esté indicado.

#### **4.7.-Sufrimiento fetal.**

El sufrimiento fetal se define como una alteración causada por la disminución del intercambio metabólico materno fetal, que ocasiona hipoxia, hipercapnia, hipoglicemia y acidosis. Estas alteraciones provocan un funcionamiento celular anormal que puede conducir a daños irreversibles, con secuelas e incluso la muerte fetal.

Los factores causales del sufrimiento fetal pueden ser reversibles (hipotensión materna, efecto Poseiro, hipercontractilidad por uso de oxitócicos), o irreversibles (causa fetal, placentaria o del cordón umbilical).

El concepto de sufrimiento fetal no es suficientemente preciso, por lo que se ha recomendado utilizar: “alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal”, término que ayuda a describir clínicamente el tipo y severidad de las modificaciones que existen.

El sufrimiento fetal puede ser agudo o crónico. Puede presentarse antes o después del inicio del trabajo de parto, generalmente relacionado con padecimientos materno-fetales con compromiso de la perfusión placentaria, como: infecciones, trastornos hipertensivos, isoinmunización Rh, diabetes con daño vascular, anemia severa, que se traducen generalmente en un retardo en el crecimiento fetal intrauterino y oligoamnios. Estos embarazos se consideran de alto riesgo y deben ser vigilados con pruebas de bienestar fetal y en caso de encontrar alteraciones de las mismas, se valorará el momento y la vía más adecuada para la interrupción de la gestación.

Sufrimiento fetal agudo:

El sufrimiento fetal agudo, se establece generalmente durante el trabajo de parto y puede presentarse en una gran variedad de circunstancias relacionadas con problemas o accidentes propios del mismo, en un feto previamente normal, o bien, en un feto con sufrimiento fetal crónico que tiene un episodio agudo durante el trabajo de parto.

Diagnóstico

El diagnóstico de sufrimiento fetal durante el trabajo de parto se sustenta fundamentalmente en: alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal, pudiendo acompañarse de la presencia o no de meconio y alteraciones del pH de la sangre capilar obtenida del cuero cabelludo fetal (en los centros que cuentan con este último recurso).

La sola presencia de meconio no es una indicación para la terminación inmediata del embarazo, este signo tiene valor para considerar la indicación de cesárea cuando se acompaña de alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal y cuando ocurren cambios en su coloración y densidad.

La frecuencia cardíaca fetal puede ser evaluada a través de varios métodos: auscultación clínica con estetoscopio de Pinard, equipo Doppler o mediante el registro electrónico con un cardiotocógrafo.

a. Auscultación clínica.

En el caso de utilizar el estetoscopio de Pinard o el equipo Doppler se auscultará la frecuencia cardíaca fetal antes, durante y después del acmé de una contracción uterina, a intervalos de 15 minutos durante el período de dilatación y de 5 minutos durante el período expulsivo.

Se considerarán los siguientes parámetros para evaluar la frecuencia cardíaca:

- Basal (normal): 120-160 latidos / min
- Bradicardia: - leve: entre 110-119 latidos / min. -moderada: entre 100-109 latidos/min. -severa: por debajo de 100 latidos/min.
- Taquicardia: -leve: entre 160 -169 latidos / min. -moderada: 170-179 latidos / min. -severa: mayor de 180 latidos/min.

Mediante la auscultación realizada por personal médico con experiencia, se pueden detectar alteraciones del ritmo de la frecuencia cardíaca fetal tales como: taquicardia, bradicardia y desaceleraciones.

Se considerará la realización de una operación cesárea, cuando exista la asociación de alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal, detectada por medios clínicos y la presencia de líquido amniótico meconial, sobre todo si existieran cambios en la coloración y/o en la densidad de éste.

b. Auscultación mediante cardiotocografía.

En las unidades de atención que disponen de equipos de cardiotocografía se registrará la frecuencia cardíaca fetal y su relación con las contracciones uterinas. Las principales alteraciones que pueden observarse son:

- Bradicardia menor de 100 latidos/min. mantenida durante 5 minutos o más.
- Presencia de desaceleraciones tardías o tipo II en el 30 % o más de las contracciones.
- Desaceleraciones variables graves (menos de 70 latidos/min. de más de 60 seg. de duración) en el 50 % de las contracciones.

- Variabilidad de la curva de 5 latidos/min. o menos por más de 30 minutos.
- Taquicardia mayor de 170 latidos/min. que persisten por más de 10 min.
- Patrón sinusoidal (con amplitud menor de 5 latidos / min.), sin observarse movimientos fetales, ni aceleraciones.

Se considerará la operación cesárea, cuando exista la asociación de dos o más de las alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal antes señaladas.

c. Alteraciones en el pH sanguíneo.

La determinación del pH sanguíneo fetal, en muestras obtenidas por punción del cuero cabelludo o cordocentesis, es un método que complementa el diagnóstico de sufrimiento fetal, pero tiene los inconvenientes de ser un procedimiento invasivo y no exento de riesgos y complicaciones. Los valores de pH < 7.20 en el período de dilatación y de < 7.10 en el período expulsivo deben considerarse como indicador de acidosis fetal grave.

Conducta ante la sospecha de sufrimiento fetal agudo.

El tratamiento inicial del sufrimiento fetal agudo deberá ser in útero, dependiendo de las causas que lo originaron, por lo que es fundamental la identificación temprana del factor etiológico. La operación cesárea no es la primera opción terapéutica. El manejo del sufrimiento fetal dependerá de la naturaleza de su origen:

- a. Si el factor causal es reversible
- Corregir adecuadamente la causa.
  - Reanimación fetal intraútero.
  - Una vez recuperado el feto, se puede continuar con el trabajo de parto bajo una estrecha vigilancia.

b. Si el factor es irreversible

- Reanimación fetal intraútero.
- Resolución del embarazo por la vía más rápida y menos agresiva para el feto, una vez recuperadas las condiciones fetales.

Antes de decidir realizar una operación cesárea por sufrimiento fetal agudo, se asegurará que la reanimación fetal ha sido efectiva, descartando la posibilidad de muerte fetal.

#### **4.8.-Ruptura prematura de membranas**

Es la salida de líquido amniótico a través de una solución de continuidad de las membranas ovulares en embarazos mayores de 20 semanas y/o por lo menos 2 horas. Antes del inicio del trabajo de parto.

Diagnóstico.

El diagnóstico clínico se realiza mediante la observación directa de la salida espontánea de líquido amniótico, a través del orificio cervical en el examen con espejo vaginal, o mediante maniobras que hagan evidente la salida de líquido amniótico como: la compresión del fondo uterino con una mano, mientras que con la otra se rechaza ligeramente la presentación (maniobra de Tarnier) o se le indica a la paciente que puje (maniobra de valsalva); en algunas ocasiones puede ser difícil establecer el diagnóstico y se requiere del apoyo de métodos auxiliares de laboratorio y de gabinete.

Exámenes de laboratorio y gabinete.

Los exámenes del laboratorio consisten en el análisis de la muestra del líquido amniótico, tomada del fondo de saco vaginal posterior, en el que se determina: pH, cristalografía, identificación de células naranjas, y si es factible, fosfatilglicerol, alfafetoproteína, y fibronectina fetal.

Los estudios de gabinete incluyen: ultrasonido para medir la cantidad de líquido amniótico y amnioinfusión, adicionando algún colorante (índigo carmín o violeta de genciana) y la colocación de apósito vaginal para corroborar la ruptura de membranas a través de su tinción.

Conducta ante la ruptura prematura de membranas.

La conducta obstétrica en estos casos depende de:

- Tiempo de evolución de la ruptura
- Sospecha o certeza de infección.
- Edad gestacional y madurez fetal.
- Condiciones obstétricas.

Cuando no existe evidencia de infección, se realizará un manejo conservador de la paciente, que deberá incluir: estrecha vigilancia clínica, limitando la práctica de tactos vaginales, y la realización de exámenes de laboratorio y gabinete para la detección oportuna de signos y síntomas de infección amniótica, y en casos específicos, se requerirá de antibioticoterapia profiláctica y esquema de maduración pulmonar.

En general, la atención de la embarazada en estos casos, requiere que la unidad médica cuente con servicios especializados para la atención del neonato. En aquellos casos en que la ruptura de membranas ocurra entre la semana 26 y 32, se valorará el uso de útero inhibidor

#### **4.9.-Presentación pélvica.**

La presentación pélvica ocurre en el 3-4 % del total de los embarazos. En la mayoría de las unidades obstétricas, esta modalidad de presentación constituye una indicación de cesárea (excepto cuando la paciente acude en periodo expulsivo).

El parto vaginal en presentación pélvica se permitirá únicamente bajo ciertas condiciones:

- Experiencia del médico en la atención del parto en presentación pélvica.
- Antecedentes de cuando menos un parto vaginal previo.
- Embarazo a término
- Pelvis clínicamente útil
- Inicio espontáneo del trabajo de parto.
- Variedad de presentación franca de nalgas, con buena actitud de la cabeza y de los miembros superiores.
- Presentación en un segundo o tercer plano de Hodge.
- Peso fetal estimado entre 2300 y 3600 gramos.
- Bolsa amniótica íntegra.
- Posibilidad de monitoreo electrónico de la frecuencia cardíaca fetal y de las contracciones uterinas.

#### COMPLICACIONES.

Las complicaciones de la operación cesárea se pueden presentar en forma

a) Transoperatorias

b) Postoperatorias

a) Transoperatorias:

Estas complicaciones pueden ocurrir en la madre, en el feto o en ambos

Complicaciones Maternas: hipotonía o atonía uterina hemorragia, lesiones de intestino delgado o grueso, vejiga, así como tromboembolismo del líquido amniótico y prolongación de la histerorrafia que pueda desgarrar o lacerar las arterias uterinas. La anestesia puede condicionar complicaciones en la madre que pueden ser respiratorias: hipo ventilación, depresión respiratoria, edema laríngeo, bronco aspiración, bronco constricción, paro respiratorio, absorción masiva de anestesia, y cardiovasculares: hipertensión, taquicardia, bradicardia, arritmia, insuficiencia cardíaca y paro cardíaco.

Complicaciones Fetales: traumatismos, bronco aspiración, depresión respiratoria.

c. Postoperatorias:

Complicaciones Maternas:

- Inmediatas: hipotonía uterina, hemorragias, hematomas, lesiones en vejiga, uréter, intestino e íleon paralítico.
- Mediatas: infecciones: puerperal, urinaria, respiratoria, anemia, hemorragia por retención de restos placentarios, dehiscencia de la histerorrafia entre otras.
- Tardías: ruptura uterina en embarazos subsecuentes y procesos adherencias.

Complicaciones Neonatales:

- Taquipnea transitoria del recién nacido y síndrome de adaptación pulmonar.

Riesgos

Una cesárea es un procedimiento seguro y la tasa de complicaciones serias es muy baja.

Sin embargo, ciertos riesgos son más altos después de una cesárea que después de un parto vaginal y abarcan:

- Infección de la vejiga o el útero
- Lesión a las vías urinarias
- Hemorragia promedio más alta

La mayoría de las veces, no se necesita una transfusión, pero el riesgo es mayor.

Una cesárea también puede causar problemas en futuros embarazos. Existe mayor riesgo de:

- Placenta previa.

- Placenta que crece dentro del músculo del útero y tiene problema para separarse después de que el bebé nace (placenta adherida)
- Ruptura uterina

Estas afecciones pueden llevar a que se presente sangrado profuso (hemorragia), lo cual puede requerir transfusiones de sangre o la extirpación del útero (histerectomía).

## **5.-PUERPERIO**

### **5.1.- Concepto**

El puerperio es el período de la vida de la mujer que sigue al parto. Comienza después de la expulsión de la placenta y se extiende hasta la recuperación anatómica y fisiológica de la mujer. Es una etapa de transición de duración variable, aproximadamente 6 a 8 semanas, en el que se inician y desarrollan los complejos procesos de la lactancia y de adaptación entre la madre, su hijo/a y su entorno.

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.

La duración del puerperio se ha fijado en los 60 días posteriores al parto. Según El tiempo transcurrido después del parto se clasifica en:

- Inmediato (primeras 24 horas)
- Propiamente dicho (2do al 10mo día)
- Alejado (11avo al 45avo día y que finaliza muchas veces con el retorno de la menstruación)
- Tardío (45avo al 60avo día)

## **5.2.-Cambios anatómicos y fisiológicos**

Durante el puerperio, los órganos y sistemas maternos que sufrieron transformaciones durante el embarazo y parto, presentan modificaciones que los retornan o involucionan en gran medida a las condiciones pre gestacionales.

Modificaciones de los órganos genitales

Útero:

- Después de la salida de la placenta continúan las contracciones uterinas, las que pueden ser muy intensas. Estas contracciones son esenciales para la hemostasia al comprimir los vasos sanguíneos del lecho placentario y lograr su obliteración.

Pueden distinguirse tres tipos de contracciones uterinas durante el puerperio:

- Contracción permanente o retracción uterina: Ocurre en las primeras horas del puerperio inmediato. Clínicamente se detecta al palpar el útero en el hipogastrio de consistencia dura y firme.
- Contracciones rítmicas espontáneas: Se superponen a la contracción permanente y se les ha denominado "entuetos". Ocurren también durante el puerperio inmediato y en los primeros días del puerperio temprano. En las primeras 24 horas postparto estas contracciones son regulares y coordinadas, posteriormente disminuyen su intensidad y frecuencia. Clínicamente son más evidentes en las multíparas que en las primíparas.
- Contracciones inducidas: Se producen durante la succión como respuesta al reflejo mama -hipotálamo - hipófisis, debido a la liberación de oxitócica por

la hipófisis posterior. Estas contracciones ocurren durante todo el puerperio y mientras persista la lactancia.

El resultado de las contracciones fisiológicas descritas es la disminución de peso y tamaño del útero con regresión de su gran masa muscular. El útero pesa alrededor de 1.000 a 1.200 gramos después del alumbramiento, disminuye rápida y progresivamente a 500 gramos al 7º día postparto y a menos de 100 gramos al terminar la involución en la 6º - 8º semana después del parto. Esta acentuada pérdida de peso y volumen uterino se debe a una disminución en el tamaño de las células miometriales y no a reducción del número de ellas.

El endometrio se reconstituye rápidamente exceptuando el lecho placentario. Al 7º día ya hay una superficie epitelial bien definida y el estroma muestra características pre gestacionales. Al 16º día postparto el endometrio es proliferativo, casi similar al de una mujer no gestante. El lecho placentario requiere de 6 a 8 semanas para su total restauración. Disminuye de 9 cm<sup>2</sup> después del parto a 4 cm<sup>2</sup> a los 8 días, para recubrirse del nuevo endometrio alrededor de la 6º semana.

El cuello uterino reduce rápidamente su dilatación a 2 -3 centímetros en las primeras horas postparto y permanece así durante la primera semana del puerperio para luego disminuir a 1 cm.

El orificio cervical externo adquiere una disposición transversal diferente al aspecto circular de las mujeres nulíparas. Histológicamente se reduce progresivamente la hiperplasia e hipertrofia glandular persistiendo el edema más allá de la 6º semana.

### **Loquios:**

Se denomina "loquios" al contenido líquido normal expulsado por el útero en su proceso de involución y curación de la superficie cruenta dejada por el lecho placentario. Los loquios no tienen mal olor y son variables en cantidad y características a lo largo del puerperio.

Los primeros tres días contienen una mezcla de sangre fresca y decidua necrótica (*loquia rubra*), luego disminuye el contenido sanguíneo tornándose más pálido (*loquia serosa*). Ya en la segunda semana el líquido se aclara transformándose a color blanco amarillento (*loquia alba*). La pérdida loquios dura aproximadamente 4 a 6 semanas coincidente con el término de la involución uterina.

### **Vagina:**

En el postparto inmediato, recién suturada la episiotomía, la vagina se encuentra edematosa, de superficie lisa y relativamente flácida. Después de 3 semanas comienzan a observarse los pliegues característicos con desaparición del edema y ya a las 6 semanas existe reparación completa de las paredes e introito vaginal. En este momento ya es posible incluso obtener citología exfoliativa normal.

### **Trompas de Falopio:**

Los cambios puerperales en las trompas son histológicos. Las células secretoras se reducen en número y tamaño y hacia la 6<sup>o</sup> semana ya han recuperado los cilios retornando a la estructura epitelial de la fase folicular.

### **Mamas:**

Durante el embarazo, la mama es preparada para el proceso de la lactancia. Después del parto, con la salida de la placenta, se produce un descenso brusco de los esteroides y lactógeno placentarios. Esto elimina la inhibición de la acción de la prolactina en el epitelio mamario y se desencadena la síntesis de leche. Las células presecretoras se transforman en secretoras.

Entre el segundo y cuarto día post parto, las mamas se observan aumentadas de volumen, ingurgitadas y tensas debido al aumento de la vascularización sanguínea y linfática apreciándose además un marcado aumento en la pigmentación de la aréola y pezón.

En este período, el flujo sanguíneo de la mama corresponde a 500-700 mil por minuto y es 400 a 500 veces el volumen de leche secretada. La mama de la nodriza representa aproximadamente el 3% del peso corporal.

Histológicamente se aprecia una gran hiperplasia de los lóbulos y lobulillos, como en una verdadera adenosis mamaria en que alvéolos y conductillos se encuentran en íntimo contacto y aparecen dilatados con abundante secreción en su interior.

### **5.3.-Modificaciones de los sistemas cardiovascular y hematológico.**

El volumen sanguíneo disminuye en un 16% ya al tercer día postparto para continuar descendiendo gradualmente hasta llegar a un 40% en la sexta semana. El gasto cardíaco aumenta después del alumbramiento en aproximadamente 13% y se mantiene así por una semana. Posteriormente desciende paulatinamente hasta llegar a un descenso de 40% a la 6ª semana. Estos cambios permiten que la frecuencia cardíaca y la presión arterial regresen a valores pregestacionales.

Desde el punto de vista hematológico, existe un aumento de la masa eritrocítica. Esta aumenta en un 15% en la primera semana postparto para llegar a los valores habituales 3 a 4 meses después. En la serie blanca, hay leucocitosis en la primera semana postparto con aumento de los granulocitos. Las plaquetas también aumentan significativamente en la primera semana después del parto.

Los factores de coagulación también se modifican. El fibrinógeno y el factor VIII aumentan a partir del segundo día manteniéndose elevados durante la primera semana post parto. Otros factores de coagulación disminuyen desde el primer día. La actividad fibrinolítica del plasma materno aumenta rápidamente después del parto retornando a sus niveles normales y de esta forma mantiene el equilibrio en el sistema de coagulación.

### Agua y electrolitos

El aumento total del agua corporal durante el embarazo es de 8.5 litros. De estos, 6.5 litros corresponden al espacio extracelular: dos tercios se distribuyen en los tejidos maternos y un tercio en el contenido intrauterino. Durante el puerperio, el balance hídrico muestra una pérdida de 2 litros en la primera semana y de 1.5 litros por semana en las 5 semanas siguientes, a expensas del líquido extracelular.

También se producen cambios en los electrolitos plasmáticos. Al descender los niveles de progesterona, disminuye el antagonismo con la aldosterona aumentando la reabsorción del sodio.

### Aparato digestivo

En el postparto, al disminuir el tamaño uterino y la presión intraabdominal, se reubican las vísceras del tracto gastrointestinal. En la primera semana persiste discreta atonía intestinal por persistencia de la acción relajadora de la progesterona placentaria sobre la musculatura lisa intestinal. Posteriormente aumenta la motilidad intestinal, se acelera el vaciamiento del estómago con lo que desaparece el reflujo gastroesofágico y la pirosis. El metabolismo hepático regresa a su función pre gestacional aproximadamente a partir de la tercera semana postparto.

## Tracto urinario

Las modificaciones morfológicas del tracto urinario que ocurren normalmente durante el embarazo pueden persistir en el puerperio hasta alrededor de la 4ª a 6ª semana postparto. Los riñones se mantienen aumentados de tamaño los primeros días y los uréteres persisten significativamente dilatados durante el primer mes, en especial el derecho.

La función renal retorna a su condición pre gestacional en las primeras semanas del puerperio.

### **5.4.-Signos clínicos fisiológicos del puerperio**

Pérdida de peso:

En el parto, con la salida del niño/a y la placenta, la pérdida del líquido amniótico y la pérdida insensible, se produce una disminución ponderal de 5 a 6 Kg. Posteriormente, por lo explicado anteriormente en relación al balance hídrico, la mujer pierde alrededor de 2 Kg durante el puerperio temprano y alrededor de 1.5 Kg por semana en las semanas siguientes.

Involución uterina:

A las 24 horas después del parto, el útero se palpa a nivel del ombligo. En los 10 días siguientes, desciende clínicamente alrededor de un través de dedo por día. Al 5º día del puerperio se palpa a la mitad de distancia entre el ombligo y la sínfisis pubiana. En el 10º día se palpa a nivel de la sínfisis o 1-2 traveses de dedo por encima de ella. Posteriormente no debe palparse por el examen abdominal. El útero regresa a su tamaño normal entre 5 y 6 semanas después del parto.

El signo clínico más importante de la involución uterina es el descenso del fondo del útero día por día. Debe tenerse en cuenta el estado de llene vesical en el momento del examen ya que la vejiga llena eleva el fondo uterino.

Micción:

En el puerperio temprano, hay un aumento de la diuresis debido a la reducción del compartimiento extracelular. Es muy importante la vigilancia de la evacuación de orina durante éste período ya que pueden ocurrir los siguientes problemas:

\* Hematuria: Puede observarse en las primeras horas debido a traumatismo vesical en el proceso del parto.

\* Retención urinaria: El traumatismo vésico-uretral que acompaña al parto puede producir edema del cuello vesical y de la uretra que dificulta la evacuación de la orina. Por otra parte, las anestésicas de conducción suelen provocar hipotonía de la vejiga con la consecuente retención urinaria.

En algunas oportunidades es necesario recurrir a la cateterización vesical continua o intermitente.

\* Infección urinaria: Se produce habitualmente como consecuencia de la retención urinaria y de las maniobras de cateterización. Toda cateterización vesical debe ser seguida de cultivo de orina.

Evacuación del intestino:

Habitualmente se produce constipación los primeros días del puerperio por las razones anteriormente expuestas, sumado a las molestias perineales secundarias a la sutura de la episiotomía.

## **5.5.-Cuidados de la madre en el puerperio.**

La asistencia del puerperio debe ser integral, dirigida a la madre y su hijo/a, realizada en un ambiente adecuado, con recursos suficientes y por un equipo de salud motivado que satisfaga las múltiples necesidades de este período.

Describiremos a continuación los cuidados que deben prestarse durante su estadía en el hospital.

Finalizado el parto, la madre debe permanecer en observación rigurosa por 2 a 4 horas en una sala habilitada para ello en lo posible contigua a la sala de parto. Debe vigilarse estrechamente el pulso, presión arterial y temperatura. Debe evaluarse la retracción uterina, la pérdida de sangre genital, realizar un balance hídrico, aliviar el dolor y entregar el apoyo psicológico necesario.

En ésta etapa, el recién nacido/a realiza su período de adaptación transitorio, generalmente en las unidades respectivas. Idealmente el niño/a debiera mantenerse junto a su madre también durante éste lapso de tiempo.

Luego de éstas horas de observación, la madre y su hijo/a se trasladan a la sala de puerperio donde deben permanecer hasta ser dados de alta de la maternidad. Durante la estadía en la sala de puerperio, la madre y el niño/a deben ser visitados y evolucionados diariamente por médico, matrona y/o enfermera para vigilar la evolución fisiológica de éste período, detectar oportunamente cualquier patología, brindar apoyo psicológico que ayude a la mejor relación entre la madre y su hijo/a y para motivar y reforzar las técnicas de lactancia.

#### Indicaciones y recomendaciones

La mujer postparto debiera permanecer hospitalizada en la maternidad 3 a 4 días si el parto fue por vía vaginal y 4 a 5 días si lo fue por operación cesárea. Sin embargo, en los países en vía de desarrollo, los centros hospitalarios se ven apremiados por la gran demanda asistencial y muchas veces están forzados a dar altas precoces con todos los riesgos que ello implica.

### Reposo postparto:

La puérpera debe mantener reposo relativo la primera semana postparto y actividad moderada hasta los 15 días. Debe levantarse precozmente, durante las primeras 12 horas después de un parto vaginal y las primeras 24 horas después de una cesárea. Con ello se evitan complicaciones urinarias, digestivas y vasculares favoreciendo el adecuado drenaje de los loquios.

### Dieta:

La alimentación debe ser completa, idealmente hiperproteica. Después de una operación cesárea la realimentación debe ser gradual hasta la evacuación intestinal. En lo posible, debe evitarse la ingesta de alimentos meteorizantes por su efecto al niño a través de la leche materna.

### Higiene:

La higiene general no debe descuidarse. La puérpera puede ducharse en forma habitual desde la primera levantada. El aseo genital debe realizarse al menos 4 veces al día o cada vez que acuda a vaciar su vejiga o intestino dejando escurrir agua sobre los genitales externos con un secado posterior.

En los primeros días postparto, el aseo de la episiotomía debe realizarse con agua más un antiséptico no irritante para luego cubrir la zona perineal con un apósito limpio. No deben efectuarse duchas vaginales en este período.

### Medicamentos:

En general, después del alta de la maternidad, la mujer puérpera no requiere tratamientos medicamentosos. Los retractores uterinos no tienen indicación e incluso pueden tener efectos adversos sobre la evolución de la lactancia.

La suplementación de hierro podría estar indicada, en especial si el sangrado durante el parto fue excesivo con depleción de los depósitos de hierro. En estos casos se recomienda una dosis de 100 mg de hierro elemental al día.

Reinicio de actividad sexual:

Si la involución uterina ha sido normal y la cicatrización del periné es adecuada, se pueden reanudar las relaciones sexuales a partir de los 25 a 30 días después del parto.

## **5.6.-Factores de riesgo.**

Los factores de riesgo que se describen a continuación están relacionados con el efecto que pueden producir en el periodo del post parto: sepsis o hemorragia

### **CAUSAS DE HEMORRAGIA**

#### **Antenatales**

- Anemia.
- Estado Nutricional deficitario.
- Inmunosupresión. Várices maternas.
- Macrosomía.
- Polihidramnios.
- Síndrome Hipertensivo Gestacional.
- Embarazo gemelar.
- Miomatosis Uterina.
- Antecedentes de Coagulopatías (Púrpura Trombocitopénica) Ruptura Prematura de Membranas mayor de 6 horas (RPM), Inserción anormal de placenta.
- Incumplimiento de las técnicas de asepsia y antisepsia previo a la atención del parto y puerperio.

Antes de la expulsión de la placenta:

- Aumento en la frecuencia de tactos vaginales durante la atención del parto (más de cuatro).
- Parto Prolongado.
- Retención de placenta.
- Laceraciones del útero y canal del parto (desgarro o rotura uterina, Desgarro cervical, desgarro vaginal y perineal).

Después de la expulsión de la placenta:

- Hipotonía o atonía uterina.
- Retención de restos placentarios o membranas.
- Laceraciones del canal del parto.
- Coagulopatía materna.
- Rotura uterina.
- Inversión Uterina.

Causas de sepsis

- Estados deficitarios maternos: Anemia, inmunosupresión, hemorragia.
- Aborto inducido en condiciones no seguras.
- Parto domiciliar.
- La rotura prematura de membranas.
- Múltiples tactos vaginales.
- Falta de cumplimiento de las técnicas de asepsia y antisepsia.
- Parto patológico, los accidentes asociados a este evento y las intervenciones que se realizan para solucionarlos: Trabajo de parto prolongado, Retención de restos placentarios, desgarros del canal del parto, extracción manual de la placenta.
- Infección de vías urinarias.

## DIAGNOSTICO

El diagnóstico del puerperio normal se basa en las manifestaciones clínicas que se presentan en la mujer según el tiempo transcurrido después del parto.

### 5.7 Clasificación

#### Puerperio inmediato

Es el período de las primeras 24 horas después del alumbramiento

#### Síntomas:

- Sensación de alivio y bienestar
- dolor en la cara anterior e interna de los muslos por la fatiga muscular (generalmente sucede en periodos expulsivos largos)
- sensación de quemadura a nivel de la vulva aunque no exista ninguna lesión.
  
- El escalofrío es un aspecto que puede producirse, la puérpera es atacada por un temblor generalizado, casi siempre es benigno.

#### Signos:

- Su rostro se encuentra tranquilo
- respira tranquilamente
- el pulso es lleno-regular-amplio (60-70 por minuto)
- la presión arterial es normal y a veces algo baja
- Hay pérdida sanguínea con coágulos entre 100 y 400 ml. El globo de seguridad de Pinard es un índice de buena hemostasia y se produce después de la completa evacuación de la placenta la matriz reduce su actividad disminuyendo primero la frecuencia de las contracciones y más

tarde la intensidad de las mismas, a las 12 horas post parto la frecuencia llega a valores de una contracción cada 10 minutos.

- También hay que valorar su estado de conciencia, mamas, miembros inferiores y diuresis.

Puerperio propiamente dicho (2do al 10mo día)

Corresponde al periodo de máxima involución de los órganos genitales, de mayor derrame de loquios y de instalación de la secreción láctea.

### Síntomas

- Hay ligero malestar y sed
- puede existir paresia fisiológica y temporal de evacuación intestinal y retención de orina en los 3 primeros días y poliuria posterior, desaparecen a los pocos días.
- Otras molestias son el dolor de la episiorrafia y la presencia de hemorroides.

### Signos

En el examen físico general se puede observar que la puérpera tiene un aspecto tranquilo y su estado general es normal.

El pulso y la presión arterial son normales.

Disminuyen las pigmentaciones de la piel, cara, mamas son turgentes-duras con red venosa visible, las estrías de abdomen pierden su color rojizo y se vuelven nacaradas.

La glándula mamaria incrementa su volumen y produce el calostro, la secreción láctea se produce alrededor del 3ro o 4to día.

Existe una asociación positiva entre el periodo de la lactancia y la amenorrea corta o larga de acuerdo con la duración de la alimentación al pecho. Se conoce que la mitad de las madres que lactan presentan amenorrea completa, un poco menos del

50% pueden menstruar y 3/5 partes tiene la probabilidad de quedar embarazadas durante la lactancia.

Las modificaciones locales se caracterizan por la existencia de una capa de fibrina y de células deciduales que recubren la cavidad uterina y que son eliminadas en forma de loquios los cuales son flujos líquidos, son sanguíneos después del parto, a partir del 3ro-4to día la sangre se mezcla con los exudados y son cero sanguinolentos, después del 7mo día se convierten en serosos, su olor es a hipoclorito de sodio y no son fétidos, pueden durar hasta 15 días.

El útero tiene una ubicación abdominal, alrededor del 6to día está a la mitad de la distancia entre el ombligo y el borde superior del pubis, no es doloroso a la palpación. El cuello uterino recupera su consistencia y es casi normal al 3er día, el orificio interno se cierra alrededor del 12avo día y los genitales externos vuelven a su aspecto normal. La involución uterina se extiende hasta la aparición de la primera menstruación.

Los entuertos son contracciones uterinas dolorosas en el puerperio, generalmente se producen en el momento en que el-la niño-a se pega al pecho materno, son intermitentes y seguidos de una pequeña pérdida vaginal, son más frecuentes en las multíparas que en las primíparas, debido a la disminución del tono uterino en las primeras.

El ano puede presentar un rodete hemorroidal (sobre todo después de un expulsivo largo).

Puerperio alejado (11vo a 45avo día)

Se concluye la involución genital y se alcanza, en términos generales, el estado pregravídico, si no se ha puesto en práctica la lactancia sobreviene la primera menstruación. El útero desaparece a la palpación abdominal y se encuentra pélvico.

Puerperio tardío (45avo a 60avo día)

Retorna la menstruación pero este signo es impreciso debido a la práctica de la lactancia materna.

## **5.8.-Manejo clínico.**

El manejo clínico se realiza a través del cumplimiento de las actividades previstas a realizar durante la vigilancia del puerperio inmediato que comprende las primeras 24 horas posteriores al parto previas al alta hospitalaria, y la atención puerperal en consulta externa.

Atención del puerperio inmediato (primera 24 horas)

En este periodo es sumamente importante realizar vigilancia estricta de las contracciones uterinas, el sangrado y los signos vitales en las primeras dos horas posteriores al parto en la sala de partos con el propósito de prevenir la hemorragia por desgarros no diagnosticados, hematomas y atonía o inercia uterina en el post parto, se considera de vital importancia para la identificación temprana de signos de peligro en esta etapa.

- Aspecto general. Color de la piel, estado de conciencia, estado de los miembros inferiores, estado del periné y suturas
- Signos vitales
- Sangrado Loquios. Después de 6 horas de la última toma, por turno y al alta.
- Formación y persistencia del globo de seguridad de Pinard: Palpación del útero a nivel o un poco por debajo del ombligo, con límites bien definidos, consistencia firme y elástica, que cambia a leñosa cuando vienen las contracciones. Si hay falta de contractilidad es útil colocar una bolsa de hielo

en el hipogastrio luego de haber realizado estimulación de la contractilidad a través de masaje por palpación.

Sospechar de infección puerperal si hay: Aceleración permanente del pulso materno (signo precoz), Loquios fétidos, achocolatados o purulentos, Útero no involucionado-blando-poco delimitado y doloroso a la palpación. Si la mujer refiere dolor en bajo vientre, náuseas-vómitos.

#### Criterios de traslado de sala

Toda puérpera que no presente sangrado, signos o síntomas de infección y signos vitales dentro de límites normales

Todo recién nacido cuyos signos vitales se encuentren dentro de límites normales y sin evidencias de malformaciones congénitas que pongan en riesgo su vida.

#### Criterios de alta hospitalaria

- No presencia de hemorragia
- No presencia de infección puerperal
- No fiebre
- Signos vitales dentro de límites normales

#### Recomendaciones a brindar antes del egreso hospitalario:

- Deambulación precoz: Disminuye el riesgo de fenómenos tromboembólicos ya que activa la circulación de retorno, favorece la función intestinal y vesical, restablece la tonicidad de los músculos abdominales, favorece el derrame loquial.
- Alimentación: debe ser balanceada en calorías, proteínas, fibras y líquidos abundantes para favorecer la evacuación intestinal y suplir las necesidades nutricionales tanto de las puérperas que lactan como la de las que no lo hacen.

- Higiene personal. Recomendar baño en ducha (regadera) y no en inmersión, lavado externo con agua y jabón de la región perineo-vulvar una vez al día y de arriba hacia abajo, no realizarse lavados ni duchas vaginales, no colocarse apósitos de algodón y cambiarlo varias veces al día. La episiorrafia debe mantenerse limpia y seca.
- Lactancia Materna. Educar sobre la importancia de brindar lactancia materna exclusiva y el cuidados de las mamas, éste último se basa en la limpieza de areola y del pezón antes y después de alimentar al niño/a, evita las infecciones cuya puerta de entrada son las grietas que se forman por las lesiones que puede presentarse durante la succión.
- Relaciones sexuales. Se pueden iniciar cuando haya desaparecido el sangrado y las molestias perineales. El tiempo no debe ser estricto y no se puede generalizar, dependerá de cada pareja y de la conducta sexual que se haya desarrollado.
- Las opciones de métodos de planificación familiar de manera informada. El propósito de la Anticoncepción posparto, transcesárea y posaborto es ampliar el intervalo intergenésico a por lo menos dos años, evitar el embarazo en adolescente que ha tenido un evento obstétrico, evitar el embarazo no deseado o no planificado, mejorar la calidad de vida, elevar su autoestima y autocuidado y disminuir los riesgos de morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Se debe impulsar la realización de acciones de información, educación y comunicación en temas de planificación familiar tanto en domicilio, como en el primer y segundo nivel de atención.
- Importancia de llevar a su hijo-a a vigilancia y control del crecimiento y desarrollo y signos-síntomas de alarma o peligro del bebé. Entregar el

documento del certificado de nacimiento del niño-a y promover que se haga el registro civil del recién nacido en forma inmediata.

- Citas para asistir a atención del puerperio nuevamente, vacunación del niño o niña y para la evaluación de la puérpera.

#### Atención del puerperio propiamente dicho (2do 10mo día)

Esta es la atención que se realiza posterior al alta hospitalaria para efectuar control de la evolución del puerperio. Debe ser indicada a todas las mujeres cuyo puerperio fue normal.

#### Síntomas:

- Indagar sobre cambios en las mamas
- la involución uterina
- existencia de entuertos
- características de loquios.

Si hay persistencia de entuertos después del 3er día sospechar de retención de restos placentarios.

#### Signos Vitales.

- Hay pérdida de peso de 4 a 6 Kg.
- La temperatura es normal (37°C) e incrementarse un poco con la secreción láctea, puede existir una ligera hipotermia (36.4°C a 36.8°C)
- la presión arterial es normal o un poco baja
- el pulso puede oscilar entre 60 y 70 latidos por minuto (excepto si ha habido hemorragia en el alumbramiento).

## Conductas según situación

Sospechar de infección puerperal si en los tres primeros días posteriores al alta hospitalaria hay: Aceleración permanente del pulso materno (signo precoz), Loquios fétidos, achocolatados o purulentos, Útero no involucre-doblando-poco delimitado y doloroso a la palpación. Si la mujer refiere dolor en bajo vientre, náuseas-vómitos referir a especialista.

Brindar orientaciones similares a las de egreso hospitalario

Exámenes complementarios (solamente si se requieren):

- Biometría Hemática
- Examen General de Orina
- Cultivo cervical
- Plaquetas

Si se identifican alguna de las siguientes complicaciones realizar referencia a especialista o a hospitalización para su abordaje terapéutico. Si se cuenta con el recurso con competencia que sea éste quien realice el abordaje, de lo contrario proceda a referir a hospitalización garantizando las condiciones básicas de la misma.

**HEMATOMA PARAGENITAL.** Ocurre cuando la hemostasia no es adecuada antes del cierre de la episiotomía, en ocasiones estos se infectan. La puérpera manifiesta sensación de cuerpo extraño y ardor en región vulvoperineal, a veces con dolor irradiado a muslo. Si son pequeños pueden reabsorberse, los grandes pueden abrirse al exterior por esfacelo de la pared y complica el pronóstico.

**TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA:** Es debida a estasis del embarazo y al estado

Hipercoagulable por efecto del estrógeno. Para evitar este problema es importante la deambulacion temprana y el retraso del uso de píldoras anticonceptivos por vía oral hasta dos semanas o más reducen la frecuencia de esta complicación.

**DEHISCENCIA:** La dehiscencia por herida es la separación de las capas de una herida quirúrgica.

Algunas de las causas pueden ser: Infección en la herida, presión sobre puntos de sutura, suturas demasiado ajustadas, lesión en el área de la herida, tejido o músculo débil en el área de la herida, técnica incorrecta de sutura usada para cerrar el área operatoria, mala técnica de cerrado al momento de la cirugía.

Su abordaje es: terapia de medicamentos, terapia antibiótica, cuando sea apropiado, cambios frecuentes en las vendas de la herida para prevenir infección, cuando sea apropiado, exposición de la herida al aire para acelerar la curación y prevenir infección, y permitir el crecimiento de nuevo tejido desde debajo, intervención quirúrgica, y restauración.

**Infección:** Si se trata de piel y fascia superficial, se utiliza un antibiótico de amplio espectro, si al cabo de 48 horas no responde al tratamiento, abrir la episiotomía y desbridar.

**Mastitis:** Complicación que se caracteriza por fiebre, tumefacción, edema y enrojecimiento de las mamas y que además son sensibles y dolorosos, además hay fiebre y ganglios axilares. Aplicar antibióticos orales, realizar drenaje de la leche materna, se administra: Dicloxacilina 500 mg. P.O. cada 6 horas por 7 días.

**Sepsis Puerperal:** Es una complicación de la infección del tracto genital después del parto o de un aborto, se caracteriza por presentar: dolor pelviano, fiebre igual o mayor a 38 grados centígrados por lo menos en una ocasión, taquicardia, secreción vaginal anormal purulenta, con mal olor o sangrado anormal, disminución del ritmo de involución uterina.

Son indicaciones de abordaje quirúrgico:

- Desgarros del canal del parto

· Sangrado anormal

- Restos placentarios
- Sepsis puerperal, previa impregnación con antibióticos

#### Atención del puerperio alejado (11vo a 45avo día)

Se recomienda realizar una revisión ginecológica post-parto al finalizar la sexta semana. Es una consulta completa y detallada sobre la evolución de la lactancia, el estado del recién nacido y los cambios maternos, se aprovechará para visualizar el cuello y tomar citología vaginal si no se ha efectuado durante el embarazo, también se aprovecha para orientar a la pareja sobre planificación familiar.

#### Atención del puerperio tardío (45avo a 60avo día)

La atención del puerperio tardío es igual a la atención del puerperio alejado, consiste en una revisión ginecológica post-parto al finalizar la décimo primera semana. Es una consulta completa y detallada sobre la evolución de la lactancia, el estado del recién nacido y los cambios maternos, se aprovechará para visualizar el cuello y tomar citología vaginal si no se ha efectuado durante el embarazo o en los controles previos, también se aprovecha para orientar a la pareja sobre planificación familiar.

## **6.- PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN EN HERIDA QUIRÚRGICA POST CESÁREA**

### **6.1.-Definiciones:**

#### PIEL

La piel es el órgano más extenso del cuerpo humano en un adulto de peso adecuado puede llegar a tener un área de 1.7m<sup>2</sup> y pesar 5.5 kg y su grosor varía de acuerdo a la zona donde se localice.

Es la barrera protectora contra el medio ambiente, es la primera línea de defensa contra agentes infecciosos, es un órgano que regula la temperatura corporal y es

un gran receptor sensorial (tacto) debido a que presenta un sinnúmero de terminaciones nerviosas.

La pérdida de su integridad como resultado de una lesión o enfermedad puede conducir a una discapacidad grave o incluso la muerte según su extensión o complicaciones agregadas no controladas, muchas personas alrededor del mundo son los afectados por diferentes tipos de lesiones agudas y crónicas.

## HERIDA

Herida es toda lesión de la piel o mucosa accidental o intencional, que provoque un cambio en la coloración y características de los tejidos, aunque no haya pérdida de la continuidad de ellos.

## INFECCION

Las infecciones que ocurren en una herida creada por un procedimiento quirúrgico invasivo son generalmente conocidas como infección del sitio quirúrgico, debido a que la piel está normalmente colonizada por un número de microorganismos que pueden causar infección.

Definir una Infección de Herida Quirúrgica (IHQ) requiere evidencia de signos y síntomas clínicos más que evidencia microbiológica por sí sola. Sin embargo se tiende a subestimar las Infección de Herida Quirúrgica (IHQ) ya que muchas de estas ocurren cuando el paciente fue dado de alta del hospital.

Los microorganismos que causan IHQ, usualmente provienen del mismo paciente (infección endógena), y pueden estar presentes en piel o en vísceras abiertas.

La infección exógena puede ocurrir por instrumental contaminado, por contaminación del ambiente operatorio, o cuando los microorganismos tienen acceso a la herida cuando esta ya ha sido cerrada, después de la operación.

Rara vez la infección puede provenir de diseminación hematológica o provenir de prótesis o implantes colocados en el sitio de la cirugía.

## **6.2.- Generalidades**

Las infecciones que ocurren en una herida creada por un procedimiento quirúrgico invasivo son generalmente conocidas como infección de herida quirúrgica (IHQ).

La mayoría de las intervenciones obstétricas involucran algún grado de contaminación bacteriana

Hay numerosos trabajos que demuestran que las Infecciones de sitios quirúrgicos incrementan los días de estadía del paciente y los costos hospitalarios.

La cesárea está considerada como un procedimiento contaminado cuando existe trabajo de parto previo o ruptura prematura de membranas y aséptico cuando estos dos eventos no se presentan.

En cesáreas, el agente más frecuente fue (*Staphylococcus coagulasa negativo*)

El principal reservorio de los gérmenes que producen las IHQ es la flora endógena del paciente. Otra posible fuente es la colonización desde focos infecciosos del paciente, alejados del sitio quirúrgico. La otra fuente de infecciones es la contaminación exógena a partir del personal de quirófano, del instrumental quirúrgico o del propio quirófano.

## **6.3.-Clasificación de las infecciones**

1. Infección Superficial de la incisión.
2. Infección profunda de la Incisión.
3. Infección con involucro de órganos o espacios

### **1.- Infección Superficial de la incisión**

La Infección ocurre durante los 30 días posteriores a un procedimiento quirúrgico involucrando únicamente piel y tejido subcutáneo de la incisión.

- Presencia de pus en la incisión quirúrgica, con o sin cultivos positivos.
- Organismos aislados en cultivos de tejido o fluido de la incisión superficial.

- La presencia de al menos uno de los siguientes signos y síntomas: dolor, inflamación, enrojecimiento, y calor.
- Diagnóstico de infección de la incisión superficial, por el cirujano o el médico tratante.

## 2.- Infección profunda de la Incisión

Infección que ocurre durante los 30 días posteriores a la cirugía. Involucra, Tejidos blandos profundos de la incisión, (fascia y capa muscular) como:

- Drenaje purulento de los tejidos blandos y profundos de la incisión pero que no involucren el órgano o sitio quirúrgico.
- Dehiscencia espontánea de la incisión profunda o cuando es abierta deliberadamente por el cirujano cuando el paciente tiene uno de los siguientes signos y síntomas. Fiebre mayor de 38° C, dolor localizado, o hipersensibilidad, a menos que el sitio tenga un cultivo negativo.
- Un absceso u otra evidencia de infección profunda que se encuentre en la incisión, o en la exploración durante la re-operación, o por histopatología o en el examen radiológico.
- Diagnóstico de infección de la incisión superficial, por el cirujano o el médico tratante.

## 3.- Infección con involucro de órganos o espacios

Infección que ocurre durante los 30 días posteriores a la cirugía, sí no hay implante en el sitio o dentro del primer año si se dejó implante en el sitio de la infección, con una relación estrecha con el procedimiento quirúrgico. Además de la presencia de infección que involucra cualquier parte de la anatomía (órganos o espacios) distintos a la incisión y que se manejan o son abiertos durante la cirugía.

Y al menos uno de los siguientes puntos:

- Drenaje purulento a través de canalización dejada en el órgano o espacio.
- Cultivos positivos obtenidos del cultivo de líquidos o tejidos del órgano o espacio.

- Abscesos u otras evidencias de infección que involucran el órgano o espacio, encontrados durante la valoración médica, re operaciones, exámenes histopatológicos o en exploraciones radiológicas.
- Diagnóstico de infección, por el cirujano o el médico tratante.

#### **6.4.-Factores de riesgo**

- Incremento del riesgo de exposición a flora patógena endógena (como puede ocurrir con la contaminación de vísceras expuestas p. ej. el intestino).
- **EDAD**  
En general las revisiones muestran que existe riesgo incrementado de IHQ con el aumento de la edad. No hay evidencia que se incremente el riesgo de IHQ en relación con edad materna y embarazo.
- **ENFERMEDADES CONCOMITANTES**  
Las pacientes complicadas con diabetes, desnutrición, anemia, obesidad, hipertensión, inmunocomprometidas y tabaquismo tienen un riesgo significativamente mayor de IHQ. Respuesta inmunológica local deficiente (por ejemplo: cuerpos extraños, tejido dañado o formación de hematomas).
- Se recomienda en caso de pacientes con tabaquismo positivo suspender el hábito 30 días previos al procedimiento quirúrgico Punto de buena práctica Corrección pre quirúrgico de los pacientes con algún grado de anemia. Y tratamiento de focos infecciosos pre existentes (vías urinarias, gastrointestinales, etc.)
- Controlar el nivel pre quirúrgico de glucosa en sangre en pacientes diabéticas.
- No se recomienda cerrar el tejido celular subcutáneo cuando no exceda 2 cm de grasa subcutánea ya que no hay evidencia de que ésta práctica disminuya la presencia de IHQ.

- En pacientes que presentan un índice de masa corporal de 35 o más el riesgo de infección de la herida quirúrgica es de 2 a 7 veces mayor.

#### DIFICULTAD DEL PROCEDIMIENTO

Existe evidencia de que los procedimientos prolongados y técnicamente difíciles, incrementan el riesgo de IHQ.

- Iniciar el procedimiento quirúrgico ya con un plan quirúrgico definido, para disminuir en lo posible la duración de la cirugía.
- Usar clorhexidina, iodo-povidona (isodine), solución iodada con base alcoholada, para la preparación de la piel en el área quirúrgica de forma preoperatorio para la preparación de la piel en área quirúrgica de forma preoperatoria.
- En pacientes pre quirúrgicas programadas se recomienda una ducha con agentes antisépticos la noche anterior al procedimiento.
- No se recomienda realizar tricotomía rutinaria, en caso de que el vello púbico no involucre la zona de incisión.
- En caso que el vello deba ser removido, realizar el procedimiento inmediatamente antes de la cirugía. Utilizar máquina eléctrica, no se recomienda el uso de rastrillo para remover el vello porque incrementa el riesgo de IHQ.
- El grupo de trabajo considera innecesaria la tricotomía rutinaria ya que no incrementa el riesgo de infección de herida quirúrgica post cesárea.

## 6.5 Prevención

- El conocimiento acerca de la prevención, diagnóstico y manejo de la infección de heridas quirúrgicas se ha reconocido como una herramienta latamente importante, para la reducción en las tasas de infección desde 1980.
- Los estudios de eficacia en el control de infecciones nosocomiales (SENIC) muestran que los programas de control de infección que incluyen recolección, análisis y retroalimentación de los datos a los cirujanos se asocian con reducción significativa de las tasas de infección post operatoria.
- Todas las mujeres programadas para operación cesárea deben de recibir información completa del procedimiento y los cuidados postoperatorios y la identificación de signos y síntomas de infección quirúrgica.
- El abordaje abdominal por laparotomía recomendada para la operación cesárea es la de Joel Cohen, ya que ofrece menor tiempo operatorio y reduce la morbilidad postoperatoria.
- No se recomienda utilizar drenajes superficiales de la herida ya que no disminuye la infección o el hematoma.
- Todas las pacientes sometidas a operación cesárea de urgencia y electivas deben recibir profilaxis con antibióticos.
- El antibiótico de elección en la profilaxis antibiótica para la operación cesárea puede ser ampicilina (2gr) o una cefalosporina de 1<sup>a</sup> (cefalotina 2gr). Generación en dosis única, si la paciente es alérgica a la penicilina se puede utilizar clindamicina o eritromicina.

- El tiempo de administración de las dosis de antibiótico profiláctico para la operación cesárea debe ser entre 15 y 60 minutos previo a la incisión. No se recomiendan dosis adicionales.
- Si el tiempo quirúrgico excede las 3 horas, o la pérdida hemática es mayor de 1,500 ml , se debe administrar una dosis adicional de antibiótico de 3 a 4 horas posterior a la dosis inicial.
- La técnica operatoria recomendada para la operación cesárea es una incisión abdominal transversa, ya que se asocia a menor dolor postoperatorio y mejor efecto cosmético que la incisión media.
- El antibiótico de elección en la profilaxis antibiótica para la operación cesárea puede ser una cefalosporina de primera generación en dosis única, si la paciente es alérgica a la penicilina se puede utilizar clindamicina o eritromicina.
- No se recomienda el uso de antimicrobianos tópicos para reducir el riesgo infección del sitio quirúrgico.
- Evitar la participación de personal enfermo (médicos, enfermeras, camilleros) en la realización del procedimiento.
- Cambiar el apósito oclusivo cada 24 hrs.

## **6.6 Tratamiento**

- Ante la sospecha o confirmación de infección de sitio de herida quirúrgica se debe administrar al paciente el antibiótico que cubra la flora patógena más frecuentemente implicada.

- El grupo de trabajo recomienda como antibiótico de elección dicloxacilina 100-200 mg/kg/día.
- Se recomienda en casos de infección de la herida abrir el sitio quirúrgico, tomar cultivos, realizar lavado mecánico, e iniciar antibioticoterapia.
- La revisión de la literatura demuestra que el agua corriente (de la llave) es suficiente para lavar las heridas quirúrgicas abiertas, sin embargo debemos considerar la calidad del agua en nuestro país y nuestra localidad. Utilizar para dicho lavado agua previamente hervida o soluciones estériles.
- No se recomienda el uso de agentes enzimáticos o dextranómeros para debridar el sitio quirúrgico infectado.
- La presencia de tejido necrótico o dañado retrasa la cicatrización además de ser un medio de proliferación bacteriana, por lo que debe de ser removido.
- En caso de ser necesario se debe de realizar lavado quirúrgico con desbridamiento cortante (bisturí o tijeras)
- 
- IHQ cerrada o abierta parcialmente se puede manejar ambulatoriamente  
Punto de buena práctica.
- IHQ abierta totalmente el manejo debe de ser hospitalario

## **6.7 Curación**

Procedimiento realizado sobre la herida destinada a prevenir y controlar las infecciones y promover la cicatrización.

Es una técnica aséptica por lo que se debe usar material estéril.

Objetivos:

- Remover tejido necrótico y cuerpos extraños.
- Identificar y eliminar la infección.
- Absorber exceso de exudado.
- Mantener ambiente húmedo en las heridas.
- Mantener un ambiente térmico.
- Proteger el tejido de regeneración, del trauma y la invasión bacteriana

Los principios básicos en la curación de una herida son:

- Control Bacteriano de la Herida.
- Técnica aséptica.
- Limpieza.
- Debridamiento.
- Uso de apósito de barrera.
- Aplicación de productos específicos.
- Protección

Se conocen dos formas de curación:

1.-La curación tradicional es aquella que se realiza en ambiente seco, utiliza apósitos pasivos, usa tópicos (antisépticos, antimicrobianos, otros) y es de frecuencia diaria o mayor.

Este tipo de curación enlentece la génesis de tejido de granulación retrasando el proceso de cicatrización.

Como se utilizan gasa estériles están se adhieren al lecho de la herida que al ser retiradas causan dolor y arrastran tejido sano en formación, Por otro lado la pérdida de la temperatura y el ambiente húmedo hacen que se propicie la formación de costra seca, enlenteciendo la formación actividad de los fibroblastos y la formación de células epiteliales, las células nuevas se secan y mueren; finalmente la costra

seca se fija a planos inferiores mediante fibras de colágeno dificultando la aparición de tejido cicatrizante. Por lo cual no es aconsejable este tipo de curación.

2.-La curación avanzada es aquella que se realiza en un ambiente húmedo fisiológico, utiliza apósitos activos, no usa tópicos en lo posible y su frecuencia va a depender de las condiciones locales de la herida.

Estudios demuestran que la cicatrización en ambiente húmedo es más rápida que aquella que se realiza en ambiente seco, por que previene la desecación celular, favorece la migración celular promueve la angiogénesis, estimula la síntesis de colágeno y favorece la comunicación intercelular.

Todos estos elementos se traducirían en efectos clínicos como menos dolor, aislamiento térmico, desbridamiento autolítico, mayor velocidad de cicatrización y mejor calidad de cicatriz.

Ante esta evidencia parece claro que el ambiente húmedo debiera ser el utilizado para realizar una curación. Este ambiente húmedo intenta otorgar a la herida un medio lo más natural posible para que los procesos de reparación tisular se lleven a cabo sin alteraciones.

Al proporcionar este medio semioclusivo y húmedo, se mantiene un pH levemente ácido (5,5-6,6) y una baja tensión de oxígeno en la superficie de la herida, lo que estimula la angiogénesis. Además se mantiene una temperatura y humedad adecuadas que favorecen las reacciones químicas, la migración celular y el desbridamiento de tejido esfacelado

a. Arrastre mecánico:

Es el lavado o irrigación de la herida o úlcera para eliminar los agentes contaminantes que pueden actuar como fuente de infección, preservar la presencia y favorecer la formación de tejido granulatorio.

La limpieza debe realizarse empleando la mínima fuerza mecánica posible controlando la presión y la temperatura, puesto que por debajo de 28 °C se altera la actividad de los leucocitos y se enlentece la cicatrización.

Usar soluciones a temperatura cercana a la corporal. No es recomendable utilizar demasiada presión o fuerza mecánica (cepillos, gasas) ya que se podría dañar el tejido de granulación incipiente.

#### b. Debridamiento

El desbridamiento es el procedimiento mediante el cual se retira el tejido no vascularizado, esfacelado o necrótico que dificulta el crecimiento espontáneo de tejido de granulación y, por tanto, la cicatrización de la herida.

Este tejido actúa como una barrera mecánica que impide la aproximación de los bordes de la herida y favorece el ambiente propicio para el desarrollo de microorganismos e infección por lo que amerita su remoción en la gran

Mayoría de los casos y promover el adecuado proceso de reparación cutánea.

El tejido necrótico está compuesto por proteínas tales como colágeno, fibrina y elastina, además de otras células y cuerpos bacterianos que constituyen una costra dura y deshidratada de color oscuro. El tejido esfacelado o desvitalizado tiene una composición similar, pero con mayor cantidad de fibrina y humedad, es una capa viscosa de color amarillo o blanquecino que se suelta con facilidad.

#### Apósitos

Los apósitos o coberturas permiten aislar, proteger y optimizar el proceso de cicatrización si la adecuada elección de este es capaz de brindar un ambiente

óptimo necesario que preserve los principios fisiológicos básicos de humedad, calor, oxigenación y circulación sanguínea.

En la elección del apósito se deben considerar siempre las características de la lesión y la fase en la que se encuentra.

Los apósitos deben reunir las siguientes características:

- Proteger la lesión de agresiones externas físicas, químicas y bacterianas (barrera frente a microorganismos).
- Mantener el lecho de la herida continuamente húmedo y la piel circundante seca.
- Absorber el exudado evitando la maceración de la piel y el agravamiento de la lesión.
- Favorecer la eliminación de tejido necrótico mediante absorción o destrucción, dejando la mínima cantidad de residuos en la lesión.
- Permitir el paso de vapor de agua desde el interior de la lesión hacia el exterior.
- Mantener la temperatura y el pH adecuados para favorecer la cicatrización.
- Ser biocompatibles y antialérgicos.
- No ser tóxicos.
- Ser adaptables a las localizaciones difíciles.
- Ser de fácil aplicación y retirada para evitar lesionar la piel.
- Facilitar la reducción de la presión y la fricción.
- Tener una buena relación coste-beneficio.
- Rellenar parcialmente (la mitad o tres cuartas partes) cavidades y tunelizaciones con productos que faciliten la cura húmeda.
- Sobrepasar 3 cm del borde de la úlcera para proteger la piel perilesional.
- Permitir la posibilidad de aplicación conjunta con otros tratamientos tópicos.

La frecuencia en los cambios de los apósitos varía en función de las características de la lesión y del apósito utilizado.

En el caso de los apósitos específicos, como norma general, se deben cambiar lo menos posible, puesto que, al garantizar la protección, humedad y temperatura de la herida, se propicia la recuperación del tejido de granulación y se disminuyen los costes.

Se deben cambiar cuando el exudado llegue a 1 cm el apósito; cuando el apósito esté sucio y/o deteriorado; si existen filtraciones; cuando el apósito esté desprendido, o si aparecen signos y síntomas de infección. En general, en este último caso, se deberán cambiar diariamente o incluso, si fuera necesario, varias veces al día en heridas infectadas y/o con gran secreción. Según avance el tejido de granulación se irán distanciando los cambios a 2-3 días.

En lesiones con buena evolución, y según el apósito, un mismo apósito puede permanecer hasta 7 días. Se debe retirar con la mínima fuerza posible y siempre desde los bordes hacia el centro de la úlcera. Existen 2 tipos de apósitos: los primarios y los secundarios.

#### Apósitos primarios

Están en contacto con la lesión y representan una medida terapéutica en sí misma. Actúan como barrera ante los gérmenes patógenos, absorben las secreciones y los gérmenes y mantienen la humedad.

#### Apósitos secundarios

No se encuentran en contacto con la lesión; fijan los apósitos primarios, actúan como protección mecánica, absorben eventuales filtraciones y protegen de las infecciones.

## 6.8.-Procedimiento

### RECURSOS MATERIALES Y NORMAS DE PROTECCION:

- Antisépticos (clorhexidina)
- Apósitos estériles Gasas/compresas estériles
- Pinzas, tijeras
- Guantes estériles
- Guantes no estériles
- Paño estéril
- Suero Fisiológico
- Bolsa de desecho o riñón

### INFORMACION Y PREPARACION AL PACIENTE:

- Comprobar identidad del paciente.
- Garantizar intimidad (puerta cerrada, cerrar cortinas)
- Informar al paciente el procedimiento a realizar.
- Colocar en postura adecuada.
- Descubrir solo el sitio donde se realizara la curación.

### TÉCNICA DE REALIZACIÓN

1. Higiene de manos y colocar guantes no estériles
2. Empapador debajo del paciente
3. Poner bolsa de desecho al alcance
4. Con los guantes limpio, retirar apósito sucio
5. Si el apósito está pegado, humedecerlo con suero fisiológico
6. Colocar paño estéril
7. Abrir paquete de gasas, y resto del material encima del paño estéril (de forma aséptica)
8. Ponerse guantes estériles.

9. Monitorizar el estado de la herida y posibles signos de infección.
10. Coger las pinzas con una gasa doblada en cuatro lados.
11. Mojar la gasa en antiséptico.
12. Limpiar suavemente de un lado a otro en un solo movimiento, o desde el centro hacia los lados.
13. Repetir movimiento hasta que esté completamente limpia.
14. Secar la herida siguiendo la misma técnica.
15. Colocar apósito en la herida.

#### OBSERVACIONES:

- No tocar directamente la herida, salvo si se tienen puestos los guantes estériles o se utiliza técnica que descarta manipulación.
- Si la herida supura, recoge cultivo y proceder a su drenaje.
- Vigilar complicaciones.

#### REGISTROS:

Anotar en observaciones de enfermería el estado de la herida (separación de bordes, hemorragia, dolor, edema, induración) y posibles síntomas que presenta el paciente derivados de la misma (dolor, hipertermia)

## **7.-LACTANCIA MATERNA**

La lactancia materna es el proceso por el que la madre alimenta a su hijo recién nacido a través de sus senos, que segregan leche inmediatamente después del parto, que debería ser el principal alimento del bebé al menos hasta los dos años.

### **7.1 Actuaciones:**

EN EL CENTRO DE SALUD

La mayoría de las madres actuales nacieron cuando la cultura de la lactancia materna llegó a su punto más bajo (finales de los años 60), pueden ser mujeres que

desconozcan la lactancia natural y, sobre todo, que desconfían de su propia capacidad para lactar.

Por ello es importante insistir de manera individual para aclarar dudas e incidir en la información sobre:

- Beneficios de la lactancia materna.
- Técnicas correctas de amamantamiento.
- Evaluación de las mamas.
- Detección de factores de riesgo para la lactancia.
- Reconocer las verdaderas contraindicaciones para la lactancia.

La promoción de la lactancia materna en el ámbito de la Atención Primaria se desarrolla:

#### Prenatalmente

En las clases de preparación al parto se imparte una serie de conocimientos básicos sobre la anatomía y fisiología de la mama, higiene y cuidados, problemas más frecuentes, etc.

Además, el contacto y apoyo entre madres y padres, que se establece de manera espontánea y natural tiene un efecto positivo significativo sobre las tasas de lactancia, tanto de inicio como de duración del amamantamiento. Este apoyo hoy en día se canaliza también a través de grupos locales, donde es conveniente incluir a la familia y personas allegadas en estas actividades de educación y soporte.

#### Postnatalmente

En la visita puerperal precoz de la matrona el primer o segundo día después del alta. La “subida de la leche” y las primeras dificultades reales se las van a encontrar las madres en el domicilio. El apoyo profesional en este momento es fundamental para tener éxito en la lactancia materna.

Pediatras y/o personal de enfermería pediátrica explicarán que el amamantamiento a demanda y sin restricciones promueve la lactogénesis, aumenta la duración de la lactancia materna, disminuye la pérdida inicial de peso del lactante e incrementa la tasa de ganancia ponderal. El contenido de grasa de la leche incrementa durante la toma, por tanto los límites de tiempo o los cambios forzados del primer pecho al segundo deben evitarse.

La respuesta temprana, a las primeras señales del bebé dispuesto a mamar, facilita el agarre correcto y la succión efectiva. Se aconsejará el amamantamiento frecuente (8-12 veces al día) al menos las 6 primeras semanas.

Los masajes del pecho antes de la succión aumentan la cantidad de leche extraída sin alterar la composición de la misma. Por tanto, es conveniente indicar cómo masajear los pechos durante el amamantamiento en las zonas que note induradas o que no se ablanden al final de la toma, por retención de leche.

Es importante que las madres sepan que el volumen de leche aumenta con el incremento del número y duración de las tomas. Si se trata de una mujer que trabaja también fuera de casa, se le preguntará por sus planes de incorporación al trabajo, y comprobaremos que conoce las técnicas de extracción y conservación de leche

Si no es así, se enseñará a las madres a extraerse leche, con masaje de los pechos y el ordeño simultáneo de ambos pechos con bomba de extracción eléctrica de doble copa preferiblemente, si es que precisan extraer la leche durante un tiempo prolongado.

El papel del padre o pareja

El papel que el padre o pareja puede desempeñar en este proceso va ser muy importante y puede facilitar muchísimo que sea una experiencia positiva tanto para la madre como para el bebé: puede acariciar, abrazar y mecer al bebé desde su nacimiento así como fomentar el apego y el vínculo con su niño o niña. Todo esto y

mantener un estrecho contacto piel a piel, dando largos paseos con su bebé en la mochila o compartiendo la cama con la criatura.

Cuando la pareja se involucra desde el principio en el embarazo, en la elección del método de alimentación, en el parto, en la crianza,... supone un gran alivio y descanso para la madre y una manera de vivir más y mejor la maternidad.

## **7.2. En el paritorio**

### Antes del parto

- Preguntar a la madre qué tipo de alimentación quiere dar. Se cumplimentarán los datos de la ficha del registro de partos.
- Si la madre ha decidido dar lactancia natural, se preguntará si la madre toma alguna medicación.

### Consideraciones previas

En las dos primeras horas después del nacimiento están en alerta tranquila durante más tiempo, es el llamado periodo sensitivo, provocado por la descarga de noradrenalina durante el parto, que facilita el reconocimiento temprano del olor materno, muy importante para establecer el vínculo y la adaptación al ambiente postnatal. Este periodo sensible posparto no es indefinido, posponer el contacto conlleva que el instinto no surge con la misma efectividad.

Por tanto, las criaturas recién nacidas necesitan permanecer en íntimo contacto con su madre (piel con piel), preferiblemente durante las dos primeras horas después del parto, para que tengan oportunidad de agarrarse al pecho y realizar de forma espontánea una primera toma.

Este contacto piel con piel tiene también otros efectos beneficiosos para la criatura (se recuperan más rápido del estrés, normalizan antes su glucemia, el equilibrio ácido-base y la temperatura) y para la madre aumentando la duración de la lactancia materna y evitando experiencias emocionales negativas

Nacidos y nacidas por cesárea: Mientras su madre está en el despertar

En caso de cesárea, y siempre que sea posible, es recomendable realizar el contacto precoz:

- En el quirófano del paritorio, si a la madre se le ha administrado una anestesia epidural y está despierta, se hará contacto precoz piel con piel nada más nacer, para lo que habrá que haber preparado previamente el campo.
- Durante la recuperación de la cesárea se debe facilitar que la madre permanezca con su bebé en reanimación. Si no es posible, por la situación de la madre o del servicio, durante este tiempo se ofrecerá al padre la posibilidad de tenerle en la habitación, en contacto piel con piel.
- Si la madre ha decidido dar lactancia materna, no se le dará ningún alimento mientras permanezcan separados (siempre si la situación lo permite).

Cuando la madre llegue a la maternidad permanecerá junto a su hijo o hija en la habitación, salvo que exista algún problema y se les proporcionará la ayuda necesaria para la puesta al pecho.

### **7.3.-En la maternidad**

Cuando la madre llegue a la maternidad permanecerá junto a su hijo o hija en la habitación, salvo que exista algún problema y se les proporcionará la ayuda necesaria para la puesta al pecho.

Consideraciones previas

Será necesario que todo el personal que trabaja en puestos relacionados con bebés en edades de lactar, haya recibido formación sobre la técnica de lactancia materna y artificial, así como que tenga acceso a esta guía. Si su contrato se prolonga más de 6 meses, deberá acudir a un curso de formación en lactancia materna impartido por la Fundación Rioja Salud, o similar.

En la maternidad no se mostrará ningún tipo de publicidad que favorezca la lactancia artificial (calendarios, carteles, bolígrafos, libretas de notas, etc.), ni se entregará ningún tipo de muestra gratuita de sustitutivo o de instrumentos que estimulen técnicas incorrectas (chupetes, tetinas, etc.). Siguiendo el Código de Innocenti, el hospital no deberá adquirir muestras de forma gratuita, a precios simbólicos, etc.

Se favorecerá la cohabitación evitando la separación materno-filial, salvo para técnicas que sea inevitable su separación.

Llegada a la planta

Observar la primera toma del bebé evitando interrumpirla y, si fuera necesario, se explicará la técnica de amamantar de forma correcta. No se trata únicamente de corregir, sino que es conveniente repetir los motivos que justifican cada actitud para afianzar y reforzar la capacidad de lactar de cada madre.

En las primeras 24-48h la criatura puede estar más adormilada, conviene explicar a las madres que es normal y que no hará falta dar suplementos salvo por indicación del pediatra (pérdida de peso >10%, si la madre no tiene secreción de leche comprobada, hipoglucemias,...).

Enseñar a detectar en el bebé los primeros signos de hambre, para que las madres puedan responder ante ellos de forma precoz, poniéndole al pecho antes de que inicie el llanto. Es un momento de gran sensibilidad para las parejas, por ello siempre hay que dar refuerzos positivos y evitar un lenguaje que pueda herir y/o desanimar (“no tiene leche”, “no lo está haciendo bien”,...) que por otra parte, no suele ser real.

Para transmitir la información es conveniente permitir la presencia de familiares y allegados, que puedan posteriormente influir en la actitud materna.

Respecto a parejas que hayan optado por la lactancia artificial, se respetará su decisión y se instruirá en la técnica de preparación y administración de las tomas con biberón.

Registrar en la historia clínica la primera toma eficaz.

Durante la estancia en la maternidad

En estos primeros días, para favorecer el descanso y la recuperación materna, aconsejar dar las tomas en posición tumbada e insistir en la técnica adecuada, la posición correcta del bebé, los signos precoces de hambre y la lactancia a demanda.

Asimismo, se insistirá y aconsejará evitar el chupete hasta que la lactancia esté bien establecida para evitar la confusión del bebé (10-15 días aproximadamente). No se debe administrar ningún sustitutivo (agua, suero) salvo indicación médica justificada.

A las madres se les recomendará la higiene de forma habitual, con ducha diaria, evitando lavados repetitivos en la zona del pezón, y dejando secar al aire tras la toma, para favorecer la lubricación correcta y evitar la aparición de grietas.

Evitar el uso de povidona yodada tanto en recién nacidos como en sus madres, ya que el yodo se concentra en la leche materna, alcanzando concentraciones mucho más altas que en el plasma materno, lo cual puede resultar en una exposición infantil significativa y una posible disfunción tiroidea o bocio.

Las dudas y los problemas que hayan podido surgir (ingurgitación mamaria, aparición de grietas, etc.), se resolverán instruyendo a la madre sobre las posibles soluciones. Reflejar en la historia clínica las dificultades así como las soluciones instauradas.

Al alta

Toda madre que haya optado por lactancia natural debe conocer la técnica para continuar en su domicilio, tanto en posición tumbada como sentada y el método para realizar el ordeño manual antes de ser dada de alta.

## 7.4.-La técnica

El éxito y posterior satisfacción de lograr una adecuada lactancia materna depende en gran medida de que la posición al colocar el bebé sea la correcta: evitará que duela durante la succión y que salgan grietas. Ante todo, la madre debe estar cómoda y tener al bebé lo más cerca posible (se recomendará seguir esta regla: “ombbligo con ombbligo” o “barriga con barriga”).

Independientemente de la postura adoptada, debe ser él o ella quien se acerque al pecho y no el pecho al bebé. Para conseguirlo, se le estimula rozando con el pezón su labio inferior, así abrirá la boca “de par en par”, sus labios deben abarcar no sólo el pezón sino también buena parte de la areola. Si hiciera ruido al succionar significa que no tiene la postura correcta.

### Procedimiento

Antes de dar el pecho debe lavarse las manos y tener a mano aquello que se vaya a necesitar como agua, cojines, toalla, etc.

Si se opta por estar en la cama, sobre todo los primeros días después del parto o tras una cesárea, hay que tumbarse de lado apoyando sobre una almohada y/o cojín tanto la cabeza como el hombro.

Se rodeará al bebé con el brazo y tras girarle hacia el pecho, elevar el brazo correspondiente al pecho hacia la cabeza de la madre y con el otro brazo dirigirle su cuerpo hacia el de la madre: “ombbligo con ombbligo” o “barriga frente a barriga”. Si está cansada se le recomendará relajarse durante la toma y disfrutar con su bebé.

Si decide dar de mamar sentada, debe poner al bebé lo más cerca posible del pecho. Su cabeza ha de apoyarse en el antebrazo y no en el codo, para ello puede ayudar apoyar el brazo con el que se sostenga al bebé sobre un cojín. Puede estar más cómoda poniendo los pies sobre un taburete o banqueta bajos; pero colocar

siempre el cuerpo del bebé frente al de la madre, de manera que su nariz quede a la altura del pezón y la cabeza sobre el antebrazo.

En definitiva, su cara no debe estar “mirando al techo”, sino dirigida hacia el pecho materno: siempre debe poder ver la cara de su madre y la madre la suya.

Existe otra postura para estar sentada que se llama “de balón de rugby o lateral”: la criatura se coloca a un lado de la madre apoyada sobre una almohada y con su cuerpo recostado en las costillas de la madre mirándole de frente.

Esta técnica es utilizada cuando son de bajo peso, han nacido antes de tiempo, después de una cesárea, cuando los pechos son muy grandes o para amamantar simultáneamente a dos bebés, colocando uno/a en cada mama.

- De cualquier manera, se recomendará cambiar las posturas de las tomas a lo largo del día para que se vacíen adecuadamente todas las partes del pecho.

## **7.5.-Características de la leche**

La leche varía a lo largo de la ¡misma toma! Al principio de la tetada es más “aguada” para calmar la sed del bebé y preparar su estómago, y a medida que va saliendo aumenta la cantidad de grasas, de manera que al final de la toma proporciona mayor aporte de calorías (como el postre) y aporta sensación de saciedad. Por tanto, debemos transmitir que la criatura debe mamar hasta que quede satisfecha, y no retirarle del pecho aunque lleve tiempo en el mismo, sólo el niño o niña sabe cuándo se ha quedado satisfecha.

## **7.6.-Duración**

Cada bebé tiene su propio ritmo de alimentación, como cada madre tiene su propio ritmo de salida de leche: la madre y su bebé se regulan entre sí. Hay quienes maman durante 20 minutos y sin embargo reciben la misma cantidad que otras u otros en 4

o 5 minutos, si se le ofrece el pecho y lo acepta, es porque lo necesitan, no es cierto que se malacostumbren y que deban esperar 3 horas entre toma y toma.

Deben ofrecer siempre los dos pechos, empezando por el último que se haya ofrecido; si rechaza el segundo será porque ya ha tomado suficiente del primero. Si ya ha comido bastante lo hará saber, si en el pecho hay todavía mucha leche, en la próxima toma se empieza por ese mismo y se vaciará la leche acumulada. Si molesta la leche que queda se puede exprimir un poco y aplicar frío.

Si con la succión traga aire, es aconsejable facilitar el eructo, para lo cual basta con mantener al niño o la niña apoyada sobre el hombro de la madre o sobre el del padre o pareja. No es necesario dar golpecitos, con un suave masaje en la espalda es suficiente. Tampoco es necesario estar mucho rato, si no eructa en 2 minutos se recomendará acostarle.

#### Tomas nocturnas

No hay ninguna razón médica para suprimir la toma de la noche. Son importantes durante los primeros días y semanas para el establecimiento de una adecuada lactancia, ya que previenen problemas como la mastitis, producen picos más elevados de las hormonas que ponen en marcha la lactancia, ayudan a mantener la producción de leche y hacen posible un contacto íntimo madre hijo/a en unas condiciones que a menudo no se tienen durante el día.

#### Primeros quince días

El volumen de leche aumenta con el incremento en la frecuencia de las tomas durante los primeros días. Se debe observar al menos una toma y, si fuera preciso, se corregirá la técnica de amamanta

Es importante transmitir a la madre que la criatura amamante sin esperar al llanto, para ello se le recordará los primeros signos de hambre. Asimismo, hay que asegurar el vaciado eficaz de las mamas durante el amamantamiento y permitir al lactante vaciar al menos un pecho en cada toma; la madre debe permitir al lactante que se desprenda espontáneamente, antes de cambiarle al segundo pecho.

Comprobar el peso de la criatura: un bebé sano a término debería haber recuperado, como mínimo, el peso al nacimiento hacia el día 14. Enseñar a los padres a reconocer las señales de amamantamiento ineficaz y aconsejar pedir ayuda si hay pérdida continuada de peso después de la primera semana de vida. Para transmitir la información es conveniente permitir la presencia de familiares y allegados que puedan, posteriormente, influir en la actitud materna.

La pareja puede brindar todo el soporte necesario para mantener la lactancia y respaldar a la madre. Criar a una hija o un hijo no sólo es darle de comer. Si el bebé llora, y no necesita comer, el padre o pareja es la persona más adecuada para consolarle y así establecer un vínculo afectivo. La intimidad física y emocional que surge entre la madre y su bebé, puede provocar en la pareja un recelo normal, todo irá mejor si participa desde el primer momento apoyando el embarazo, asistiendo al parto, cuidando a la madre y compartiendo los cuidados no nutritivos que necesita cualquier bebé.

El amamantamiento es lo ideal tanto para la mujer como para el niño por muchas razones:

- Cubre todas las necesidades del recién nacido, tanto físicas como emocionales y afectivas. (Creación del vínculo).
- Acelera involución uterina por el estímulo de la oxitócica que estimula el miometrio.

La involución uterina es la definición médica con la que se conoce al proceso mediante el cual el útero vuelve a su tamaño habitual tras el parto.

Durante los meses de embarazo, el útero modifica su tamaño, altura y posición para acoger en su interior el desarrollo y la vida del bebé. El peso del útero en su estado normal suele ser de unos 70 gramos, cifra que aumenta durante el embarazo, llegando a alcanzar 1 kg. Su longitud también se ve alterada con la llegada del

embarazo. El útero suele medir unos 6,5 centímetros, aumentando en las últimas semanas de gestación hasta los 34 centímetros de longitud.

El proceso de involución uterina se divide en 4 etapas, conocidas como inmediata, mediata, alejada y tardía.

- **Inmediata.** Abarca las 24 horas posteriores al parto, en las que el útero todavía sigue dilatando.
- **Mediata.** Va desde el segundo día después del parto hasta el décimo. Durante la etapa mediata, el útero comienza a disminuir sus dimensiones alrededor de 2 cm diarios.
- **Alejada.** Como su propio nombre indica, en esta etapa el parto ya no está tan reciente, aunque siguen presentes las consecuencias de la fase posparto. La mujer vive la etapa alejada hasta los 40 o 50 días posteriores al nacimiento del bebé.
- **Tardía.** Es la última fase, el final del proceso. En la etapa tardía la mujer consigue la total recuperación del útero. Pueden pasar 6 meses hasta que se alcance este estado.

A menudo, el proceso de involución uterina en madres primerizas es menos doloroso que el que viven aquellas mujeres que han dado a luz anteriormente.

La lactancia materna es una gran aliada en la involución uterina. Cada vez que el bebé toma el pecho, el cuerpo de la mujer libera la hormona oxitócica. Esta hormona ayuda a reducir el dolor y el efecto de las contracciones en el útero. Durante el posparto la mujer sigue sufriendo contracciones, también conocidas como entuertos.

La involución uterina se mide a través de la palpación abdominal, en la que el ombligo es el punto de partida y referencia, siendo el lugar más alto en el que se encontrará el útero durante las semanas posteriores al parto.

Las paredes abdominales sufren de forma directa las consecuencias de la involución uterina, quedando flácidas y blandas. Es por ello que es recomendable que la mujer, una vez recuperada completamente del posparto, ejercite y fortalezca esa zona para que vuelva a su estado habitual.

- reduce el riesgo de hemorragias.
- Facilita la unión psicológica, la autoestima de la mujer en su papel de madre.
- Disminuye el riesgo de cáncer de mama y ovario.
- La leche materna es rica en IgA secretora, importante en la defensa antimicrobiana de las mucosas. También en linfocitos T y B.
- Es importante desde el punto de vista alimenticio-nutritivo y protector-defensivo.
- La lactancia ofrece efectos anti estrés a largo plazo; durante cada toma, las madres experimentan una reducción de la presión arterial y de los niveles de cortisol, así como menores aumentos del cortisol en respuesta al estrés físico, en comparación con las madres que alimentan con biberón.
- Las madres lactantes tienen más probabilidades de estar más tranquilas y de ser más sociables que otras mujeres de edad similar que no dan el pecho ni están embarazadas. De hecho, las madres que tienen contacto piel con piel con sus recién nacidos inmediatamente después del parto pasan más tiempo con sus bebés, interactúan más con ellos durante la lactancia y dan el pecho durante más tiempo.
- la lactancia beneficia a los bebés de varias maneras: mejora el neurodesarrollo y los datos de comportamiento, y reduce el riesgo de obesidad y de diabetes tipo 2 en la edad adulta. Además, la lactancia favorece el normal desarrollo facial y oral de los bebés, incluyendo una mejora de la dentición, de la actividad de los músculos peri bucal y maseteros y del crecimiento del paladar. Asimismo, también reduce el riesgo de otitis media.

El acto de dar el pecho también facilita la creación del vínculo afectivo entre la madre y el bebé. El contacto piel con piel y la estimulación táctil del pezón, incluido el acto de la succión, provoca la liberación de oxitócica, un componente fundamental del reflejo de eyección de la leche que crea un vínculo entre la madre y el bebé. La liberación de oxitócica aumenta el flujo sanguíneo hacia el tórax de la madre y el área del pezón, lo que eleva la temperatura de la piel y crea un entorno cálido y acogedor para el lactante.

### **7.7.-Fisiología de la lactancia:**

1. Mamogénesis: Crecimiento y desarrollo de la mama
2. Iniciación (Lactogénesis) y mantenimiento de la secreción láctea (galactopoyesis)
3. Eyección de la leche desde los alvéolos hasta los pezones.

#### **MAMOGÉNESIS**

Durante el embarazo los niveles de estrógenos, progesterona y prolactina aumentan. Los estrógenos son responsables del crecimiento del tejido ductal y de la formación de nuevos alvéolos, mientras que la progesterona es necesaria para la proliferación y maduración de las células alveolares. Aunque las células alveolares tienen capacidad de secreción desde alrededor de la mitad de la gestación, sólo se liberan pequeñas cantidades de leche. Sin embargo, la lactación es posible si el embarazo finaliza durante el segundo trimestre.

#### **LACTOGÉNESIS**

Proceso que determina el comienzo de la secreción láctea. La producción de leche se inicia entre el 2º y 6º día postparto. En este proceso son necesarios niveles de estrógenos así como PRL. Aunque los niveles de prolactina aumentan progresivamente a lo largo de la gestación, los estrógenos de origen placentario

bloquean la actividad secretora del epitelio glandular inducida por la PRL, por lo que la producción de leche no ocurre hasta después del parto. Los niveles plasmáticos de PRL aumentan con la estimulación del pezón. La PRL, además de la secreción láctea, tiene un importante efecto de bloqueo del ciclo menstrual.

## GALACTOPOYESIS

Se trata del mantenimiento de la secreción láctea una vez que se ha establecido. El mantenimiento de la lactancia requiere que exista una succión periódica del pezón. Además, es necesaria una serie de hormonas entre las que destacan la PRL, GH y los glucocorticoides.

El descenso de la succión disminuye la secreción de leche. Aunque la lactación se puede mantener mientras exista un adecuado estímulo de succión, generalmente se observa una disminución en la producción de leche después de 12 meses. Este descenso en el volumen de secreción láctea, está relacionado con la reducción de la demanda y el cese del estímulo recurrente del pezón por el niño.

La estimulación del pezón, también aumenta los niveles plasmáticos de oxitócica. La oxitócica alcanza la glándula mamaria por vía sanguínea, actuando sobre ambas mamas.

## **7.8.-Problemas durante la lactancia**

1.-Ingurgitación mamaria: mal vaciado de los senos galactóforos y de la glándula mamaria, provocando en el lactante una sensación de insatisfacción y en la madre, de plenitud mamaria. Esto es debido a una mala posición del lactante con respecto al pecho. La ingurgitación mamaria se caracteriza por una tumefacción dolorosa de los senos que aparece entre el 2º y 5º día después del parto. Se caracteriza por ser bilateral y con ausencia de fiebre.

El tratamiento consiste en un correcto vaciado de las mamas.

2.-Grietas en el pezón. Aparece en los 2 ó 3 días tras el parto.

Tratamiento:

- Adecuada técnica de lactación

- Aplicación local de calostro o leche materna
- Pomadas de analgésicos locales y cicatrizantes. Limpiar el pezón antes de la siguiente toma
- Empleo de pezoneras

3. Pezón unilateral doloroso

4. Obstrucción de la glándula mamaria.

5. Pezón plano.

6. Mastitis. Este proceso puede aparecer en cualquier momento de la lactancia.

Se trata de una infección del parénquima glandular, tejido celular o vasos linfáticos de la mama. En el 50% de los casos, el germen responsable es el *Estafilococo aureus*.

Clínica:

- Fiebre 38-39°. Escalofríos
- Mastalgia local y después generalizada
- Eritema. Calor local y aumento de la turgencia
- Masa intramamaria o retro mamaria
- Expulsión de secreción purulenta por el pezón.
- Adenopatías axilares

Tratamiento:

**Profiláctico:** adecuada técnica de lactación e higiene

**Curativo:**

- Antiinflamatorios
- Antitérmicos o Aplicación de frío local
- EN mastitis unilaterales, en principio se puede mantener la lactancia materna. En casos de mastitis bilaterales o recidivantes hay que considerar la supresión de la lactancia.

7. Absceso mamario. Aparece en la evolución de la mastitis mal tratada. Será necesario el drenaje quirúrgico ya que los antibióticos no llegan a la zona. Se

realiza incisión en la zona de máxima fluctuación. Se tomarán cultivos y se realizará antibiograma.

- El tratamiento quirúrgico no impide la continuidad con la lactancia.

## CONTRAINDICACIONES DE LA LACTANCIA

- Fenilcetonuria
- Galactosemia
- Falta real de leche
- VIH
- VHB
- VHC
- Virus linfotrópico T humano tipo 1 (HTLV-1)
- Consumo de drogas
- Medicación materna con antitiroideos
- Mastitis bilateral o infección cutánea en la mama
- Tuberculosis

## **8.-INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN PACIENTES DESPUES DE SU PARTO POR CESARERA:**

### **8.1.-Concepto**

El proceso de nacimiento es una experiencia profunda y única y, al mismo tiempo, un proceso fisiológico complejo. Tras el parto, en la mujer se producen unos cambios fisiológicos que duran hasta la aparición de la primera menstruación.

Este periodo se conoce como puerperio y en él se da una involución de las modificaciones anatomofisiológicas que se dan en el embarazo y parto, se produce un ajuste psicológico de la madre a la nueva situación y se establece la relación materno-fetal, y en la mayoría de las ocasiones, en nuestra sociedad, esto también incluye al padre.

Por todo ello, el puerperio afecta, no solo a la madre, sino que incluye al hijo y al padre. El cuidado del profesional de enfermería en esta etapa ha de incluir a todos estos individuos, si pretende realizar una atención integral.

Tras el parto, se desarrollan simultáneamente multitud de cambios fisiológicos en la mujer con dos finalidades principales: retornar gradualmente al estado pre gravídico y establecer la lactancia. El puerperio clínico es un periodo con gran número de particularidades, donde complicaciones serias pueden quedar enmascaradas por hechos fisiológicos del postparto. Por ello, enfermería debe distinguir bien entre los límites del puerperio normal y los signos y/o síntomas que alertan sobre la aparición de posibles complicaciones.

Otra cuestión a tener en cuenta es que la acomodación a la nueva situación familiar y al rol materno y en la mayoría de las ocasiones, en nuestra sociedad, esto también incluye al padre. El cuidado del profesional de enfermería en esta etapa ha de incluir a todos estos individuos, para realizar una atención integral.

## **8.2- Plan de cuidado de enfermería para el puerperio quirúrgico**

- Vigilar y controlar la involución uterina y el aspecto de los loquios.
- Detectar tempranamente complicaciones, como hemorragia e infección puerperal, vigilando la presencia de taquicardia, fiebre, taquipnea, su involución uterina, hipersensibilidad a la palpación uterina y loquios fétidos.
- Vigilar la deambulacion temprana.
- Alimentar adecuadamente a la madre.
- Medidas higiénicas para prevenir infección materna y del recién nacido.

- Signos de alarma de la madre: fiebre, sangrado genital abundante, dolor en hipogastrio y/o en área perineal, vómito y diarrea. Es importante indicarle que en caso de presentarse alguno de ellos, debe regresar a la institución.
- Importancia de la lactancia materna exclusiva.
- Puericultura básica.
- Alimentación balanceada adecuada para la madre.
- Inscripción del recién nacido en los programas de crecimiento, desarrollo y vacunación.
- Fortalecimiento de los vínculos afectivos, autoestima y autocuidado como factores protectores contra la violencia intrafamiliar.
- Entrega del registro de nacido vivo y promoción del registro civil del recién nacido en forma inmediata.
- La gestante debe egresar con una cita de control ya establecida, con el fin de controlar el puerperio dentro de los primeros siete días del parto.
- Instrucción a la madre respecto a la importancia de conocer los resultados de la hemoclasificación del neonato y del tamizaje del hipotiroidismo congénito. La madre debe consultar nuevamente a la institución para conocer el resultado del tamizaje y traer al recién nacido para las pruebas confirmatorias cuando esté indicado

### **8.3.-Control del dolor**

Si recibe anestesia espinal o epidural para su parto por cesárea, se le dará 1 dosis de un medicamento de larga duración del tipo de la morfina y cuando se le inserte la línea intravenosa (IV) para la anestesia o el catéter (tubo). Esto le proporcionará alivio del dolor durante las primeras 18 horas. Algunas veces, se administra otro medicamento por la línea intravenosa si sigue sintiendo dolor.

Después de esto se administran usualmente píldoras contra el dolor. Tome el medicamento contra el dolor con el fin de que se sienta lo suficientemente cómoda para moverse, alimentar y cuidar a su bebé. El medicamento contra el dolor funciona mejor si usted lo pide antes de tener un dolor muy intenso. Necesitará una menor cantidad de analgésicos si se adelanta al dolor tomando el medicamento por anticipado.

La enfermera que está a su cargo le indicará la frecuencia con la que deberá tomar este medicamento, normalmente cada 3 o 4 horas. Si está dando el pecho, el medicamento contra el dolor no afectará a su bebé. La primera leche que recibe el bebé de sus senos, denominada calostro, no contiene suficiente medicamento contra el dolor para poder causar daños. Los beneficios de la alimentación al pecho para usted y su bebé son mucho mayores que cualquier riesgo del medicamento para el bebé.

Con frecuencia el medicamento que se utiliza para calmar el dolor es el ketorolaco IV la dosis es de 30mg la frecuencia es cada 8 horas, algunos médicos indican pastillas esto dependiendo del médico. La función de enfermería es ministrar el medicamento para así disminuir el dolor en la paciente y si no es así realizar nuestra valoración y comentarle al médico que el dolor que presenta la paciente no se debe con el medicamento indicado.

#### **8.4.-Cuidados para su incisión quirúrgica**

Su incisión se cortará ya sea de lado a lado, a lo largo de la línea de su vello púbico (“bikini” o “transversal”), o bien, irá de arriba a abajo, desde inmediatamente por debajo de su ombligo hasta su hueso púbico (“clásica”).

El vendaje sobre la incisión se retirará al cabo del primer día. Su piel se mantendrá junta por medio de algún tipo de sutura.

Tras la intervención, la cicatriz de la cesárea no necesita cuidados especiales más allá de lavar la zona con agua y jabón neutro; sin aplicar el jabón directamente en la herida ni a través de esponjas, sino la espuma resultante de frotarlo con la mano.

Después lo ideal es secarla con una gasa estéril (sin arrastrar para evitar hacerse daño), evitando toallas o paños, ya que pueden infectar la herida. Tras la cura se debe dejar la cicatriz al aire, teniendo cuidado con el roce de la ropa y evitando las prendas apretadas. Es importante saber que las soluciones con yodo no son recomendables, ya que esta sustancia pasa en la leche materna al bebé.

### **8.5.-Recomendaciones de alta:**

- Curar a diario con jabón neutro y agua consiguiente de la ducha diaria
- Secado por con tacto y mantener la zona de la herida libre de humedad
- Antiséptico local (clorhexidina) opcional, el agua del grifo puede ser ideal para la limpieza
- Hay que informar a la mujer que cuando aparecen ciertos signos ésta debe buscar ayuda de un profesional sanitario de inmediato:
  - Aumento o comienzo repentino de dolor en la zona abdominal, sensación de ardor
  - Comienzo repentino de dolor en el área de la incisión que puede incluir una secreción de pus.
  - Dehiscencia de los puntos.
- Además del lavado con agua y jabón, el profesional sanitario que atiende a la mujer puede aconsejar un antiséptico para curarla, como la clorhexidina. Se deben evitar las soluciones con yodo, como el Betadine, ya que pueden pasar a través de la leche materna al bebé y además fijan las grapas a la piel dando después complicaciones a la hora de retirarlas.

- Para retirar los puntos externos de la cicatriz de la cesárea la mujer debe acudir a la consulta de la matrona a los 10 días de la intervención. Se valorará si retirar todos los puntos, o bien alternos, en función del proceso de cicatrización de la mujer.
- Para que la piel cicatrice correctamente y evitar la formación de queloides o una hipercicatrización que puede dejar marcas, es fundamental mantener la piel hidratada. Para ello se pueden usar cremas especiales hidratantes, geles de silicona, aceites tipo rosa de mosqueta o de oliva, con el fin reducir el proceso inflamatorio y mejorar la textura de la cicatriz.
- También para favorecer la cicatrización puede resultar muy útil los masajes en la zona de la incisión una vez retirados todos los puntos.
- Los primeros días tras la cesárea es frecuente que la mujer experimente dolor en el útero o en la zona de la incisión, si esto ocurre la puérpera puede tomar analgesia prescrita por su médico, como Ibuprofeno o Paracetamol
- El apósito de la herida quirúrgica es retirado en el hospital antes del alta de la mujer, por lo que si todo ha evolucionado con normalidad ya no es necesario ningún apósito quirúrgico especial. En todo caso, unas gasitas secas en la zona de la incisión para evitar el roce con la ropa interior.
- Se educara a los familiares antes del alta hospitalaria en el cuidado de la herida quirúrgica
- Utilizar ropa interior cómoda, de algodón y holgada.
- No realizar esfuerzos abdominales mínimo un mes.

## LÍNEA INTRAVENOSA Y CATÉTER

Mientras se esté recuperando de su parto por cesárea, la línea intravenosa de su cirugía seguirá insertada en su brazo. La línea intravenosa suministra a su cuerpo agua, azúcar, sal y, a veces, medicamentos, hasta que pueda beber y comer después de la cirugía. Una vez que pueda beber líquidos bien, se le retirará la línea intravenosa, normalmente, unas 24 horas después del parto.

Durante la cirugía, un catéter drena la orina de su vejiga. No tendrá necesidad de levantarse para ir al baño hasta que le quiten el tubo. Por lo común, se lo retirarán al cabo de 24 horas después del parto. Después de que le hayan quitado el catéter, su enfermera podrá pedirle que mida su orina unas cuantas veces para asegurarse de que estén funcionando bien sus riñones y su vejiga.

## NIVEL DE ACTIVIDAD EN EL HOSPITAL

Es importante cambiar de posición en la cama después de su cirugía. Aproximadamente 10 a 12 horas después de la cirugía, la enfermera deberá ayudarlo a sentarse al borde de la cama.

Dentro de 18 a 24 horas, su enfermera le ayudará a levantarse y caminar por la habitación y luego por el pasillo. Asegúrese de llamar a su enfermera para que le ayude antes de tratar de ponerse de pie o caminar. Podría sentirse mareada. Si su bebé está en la Sala de bebés de Cuidados Intensivos, puede visitarlo tan pronto como se sienta capaz de hacerlo.

## EN SU HOGAR

Puede sentirse cansada y debilitada después de su parto por cesárea. Asegúrese de concederse seis semanas para reposar y recuperarse. Permita que le ayuden sus familiares y amigas para que pueda utilizar su energía para cuidar a su bebé.

Lo mejor es un regreso lento a las actividades normales. No levante ni empuje objetos pesados durante las primeras semanas. Descanse varias veces al día. Trate de no subir escaleras.

Su proveedor podrá recomendarle que no maneje vehículos mientras se le esté curando su incisión. No maneje nunca cuando esté tomando medicamentos narcóticos contra el dolor.

Consulte a su doctor, su partera o la clínica antes de volver a algún ejercicio muy activo, tal como correr o la gimnasia aeróbica.

## **8.6.-Nutrición**

La enfermera le comentara acerca de cuándo puede comer y beber después de su parto por cesárea. Aconsejamos a algunas de nuestras pacientes, incluyendo la mayoría con diabetes, que esperen beber líquidos hasta que estén pasando gases intestinales.

Para ayudar a eliminar los gases, siéntese al lado de su cama, siéntese en una silla o camine en su habitación o en el pasillo. Muchas mujeres pueden beber líquidos cristalinos (agua, jugos y caldo) durante las primeras 12 horas después de la cirugía. Una vez que haya comenzado con los líquidos, puede comenzar a comer comida liviana cuando sienta hambre.

Chequeos médicos posparto

Llame para programar un control para 6 semanas después del parto, a menos que su médico le indique que se realice un control con anterioridad. Si su proveedor es una enfermera partera, programe esta visita para 1 o 2 semanas después del nacimiento, y nuevamente 6 semanas después del parto.

La finalidad de esas citas es la de verificar la curación de su incisión y darle tiempo para hablar de sus preocupaciones y hacer preguntas. Puede convenirle hacer una lista de sus preguntas y llevarla con usted a sus visitas para los chequeos. Buena suerte al retornar a su hogar. ¡Asegúrese de cuidarse a sí misma y a su bebé!

## **8.7.-Asesoramiento sobre lactancia materna**

En el momento del postparto, las intervenciones enfermeras deben estar destinadas a:

- Apoyar y favorecer la lactancia materna en el paritorio, facilitando el contacto madre y recién nacido en las primeras horas de vida.
- Aconsejar y dar apoyo en la primera toma, asesorando con la colocación del niño para un buen agarre y el contacto piel con piel.
- Informar sobre material de apoyo, charlas educativas, grupos de lactancia materna.
- Incluir al padre como papel protector, facilitando la educación sobre autocuidado y crianza, y de esta manera educando a la familia.
- Evaluar posibles complicaciones como, ingurgitación mamaria, grietas en el pezón, mastitis...

### **Cuidado del niño**

- Los cuidados generales del niño/a deben contribuir a una succión eficaz, que establezca una producción abundante de leche materna.
- Para que este proceso sea exitoso, se debe considerar: posiciones cómodas de la madre e hijo/a para facilitar la alimentación, aprendizaje de la toma correcta del pezón para que agrade la succión, patrón de succión y deglución del niño/a, transferencia de la leche entre madre y niño/a, oportunidad y frecuencia de las tomas para el bebé alimentado al pecho, alimentación a

libre demanda, estimulación para despertarlo y calmarlo ante el llanto en el período de amamantamiento.

## RECOMENDACIONES

- Apoyar y favorecer la lactancia materna en Sala de Partos. El apoyo profesional debe ser personalizado y humanizado, activo y oportuno, respetando la decisión materna.
- Facilitar el contacto madre \_ recién nacido en los primeros momentos de la vida de acuerdo con el estado de bienestar del recién nacido y el estado general de la madre y su deseo de amamantar.
- Consejo y apoyo en la primera toma con la colocación del recién nacido al pecho lo más pronto posible, en contacto piel con piel con su madre, para estimular la inducción hormonal.
- Transferencia efectiva de la leche permitiendo el tiempo necesario para la alimentación en cada pareja de madre y niño o niña.
- Favorecer la lactancia materna durante la estadía intrahospitalaria.
- Alojamiento conjunto de la madre y el niño/a desde temprano para aprovechar el calostro y evitar la administración de suplementos líquidos.
- Información de apoyo mediante charlas educativas, material de difusión, demostración de técnicas. Los cuidados que ofrece el personal de salud a la madre que lacta le infunden confianza en su proceso de amamantamiento, el cual será de mejor calidad.
- Favorecer la lactancia materna en el momento del alta.
- Orientando a la madre sobre los controles en su centro de salud, según el estado nutricional del recién nacido; la asistencia a Consulta de Lactancia Materna y el contacto permanente con su matrona o enfermera.

- Mantenimiento de la lactancia materna: contacto y asesoramiento permanente a la madre que lacta en las diferentes oportunidades como, el control del recién nacido y de la madre en su centro de salud, clínicas de apoyo a la lactancia, educación sobre autocuidado y crianza, incluyendo al padre, quien adquiere un rol protector, así como educación a la familia.

### **8.8.-. Vigilancia del puerperio:**

- Se recomienda observar a la mujer cada 15 minutos durante 2 horas, como mínimo después del parto:
- Pregunte, observe y verifique que no presente signos y síntomas de peligro:
- Hemorragia vaginal, convulsiones, cefalea fuerte, visión borrosa, o dolor fuerte en la boca del estómago
- Dificultad para respirar
- Temperatura mayor de 38° C
- Involución uterina (palpar que el útero esté duro y debajo del ombligo)
- Desgarres en región perineal
- Hipertensión arterial (diastólica arriba de 90 mm/Hg)
- Si presenta señales de peligro se debe estabilizar, iniciar tratamiento de acuerdo al problema encontrado y referir a un servicio con capacidad resolutive, si no se cuenta con los recursos necesarios para atender a la mujer
- Oriente sobre las señales de peligro y explique que busque ayuda en caso de presentar alguna d)
- Evalúe en la primera semana del puerperio

## **9.-CONCLUSION:**

Para concluir esta tesis puedo mencionar que se logró analizar el objetivo general que se hizo al inicio de la investigación el cual fue: analizar las intervenciones de enfermería en pacientes obstétricas post-operada del puerperio quirúrgica, se analiza de la siguiente manera, la enfermera realiza adecuadamente las actividades sobre el cuidado de las pacientes post- cesárea.

La enfermera sabe en qué momento debe llevar a cabo la asepsia de la herida quirúrgica y los métodos de barrera que debe utilizar para realizar una curación de acuerdo a la normas de asepsia y antisepsia, además de que le proporcionan información adecuada al paciente y familia sobre los cuidados que debe realizarse en casa, para evitar una complicación que puede llegar a una infección de la herida.

Para ofrecer unos cuidados de calidad, así como atención integral, en caso de cesárea, es necesario que el personal de Enfermería esté altamente cualificado y con una visión específica de los cuidados prestados.

Los resultados de algunas preguntas de la encuesta evidenciaron que el dolor postoperatorio es una experiencia altamente frecuente entre mujeres sometidas a cesárea y se manifiesta con intensidad clínicamente inaceptable, o sea, que puede traer perjuicios al binomio madre hijo en el período postoperatorio inmediato.

La dimensión del dolor expresado por los descriptores utilizados con mayor frecuencia en la descripción del dolor después de la cesárea es la sensitiva discriminadora.

Otros descriptores de la dimensión afectiva motivacional también fueron escogidos, apuntando la multidimensionalidad de la experiencia dolorosa, lo que alerta para la importancia del abordaje biopsicosocial en la elección de la terapéutica analgésica y de los cuidados preventivos en el per-operatorio.

Esas evidencias nos hacen reflexionar sobre la insuficiencia de las acciones en el alivio del dolor postoperatorio, hecho que indica la necesidad urgente de remodelar la forma como los profesionales del equipo de salud vienen realizando la administración del dolor en el escenario quirúrgico, contribuyendo en la elección, manutención o sustitución de la terapéutica analgésica e implementación de cuidados, objetivando la prevención de la ocurrencia de ese tipo de dolor y, consecuentemente, de los perjuicios asociados al tratamiento inadecuado de esa experiencia.

Los profesionales de enfermería se enfrentan a diferentes tipos de situaciones relacionadas por ejemplo con las heridas quirúrgicas, pudiendo intervenir en la prevención de complicaciones, algunas de ellas importantes como la infección del sitio quirúrgico y en el tratamiento de las mismas. No cabe duda de que enfermería, es la máxima responsable de la curación de las heridas quirúrgicas post cesárea de la cual dependerá en parte su estado y evolución, por lo que debe conocer y basar su práctica clínica y la prestación de cuidados, teniendo siempre presente el máximo beneficio para el paciente y, en donde, una herramienta importante de trabajo es la protocolización de esta técnica.

En general los resultados obtenidos mediante la aplicación del instrumento que se aplicó, mostro que las enfermeras del Hospital de Nuestra Señora de la Salud, emplean un buen cuidado en la atención de las pacientes de post cesárea y les brindan una atención de calidad, ya que proporcionan cuidados de su herida quirúrgica, hacen mención de algunas técnicas para amamantar, informan acerca del dolor que sentirán al pasar el efecto de anestesia y dan recomendaciones de cuando iniciar su vida normal. En cuanto a todos los métodos que se emplean se encuentran ciertas deficiencias en los conocimientos de las enfermeras, puesto que no cumplen del todo en el manejo de cuidados de calidad que sirven para dar mejores cuidados y brindar una mayor confianza.

A tales efectos se recomienda la elaboración de un manual de procedimientos orientado a las intervenciones de los cuidados de enfermería aplicados a pacientes post cesare, de igual manera diseñar un programa de capacitación al personal de enfermería sobre los cuidados que se le deben brindar a las pacientes de obstetricia.

## 10.-BIBLIOGRAFIA:

### 10.9.- Básica.

- Bibliografía de Virginia Henderson. (2019, 24 agosto). Recuperado 10 de septiembre de 2020, de <https://nurseslabs.com/virginia-hendersons-need-theory/>.
- Fernández Fernández, M. (2019, febrero). *MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON* (12). Recuperado de <https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1149/course/section/1385/Enfermeria-Tema12.pdf>.
- Fundación Index. (2016, Septiembre). *VIRGINIA HENDERSON*. México, México.
- Bellido Vallejo, J. C. (2010, enero). *Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN*. España, España: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén.
- Marriner-Tomey A, Alligood-MR. Modelos y teorías en enfermería. 5ª ed. Madrid: Harcourt, 2002.
- García-Martín Caro C. Historia de la enfermería: evolución histórica del cuidado enfermero. Madrid: Harcourt, 2001
- Cesárea. (s. f.). Recuperado 22 de octubre de 2020, de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002911.htm>
- © Copyright IMSS “Derechos Reservados”. (2014, Enero). *Reducción de frecuencia de operación en cesáreas*. México, México.
- Atención de enfermería en cesáreas. [www.inde.edu.uy/dedos/emi/Guia5.htm](http://www.inde.edu.uy/dedos/emi/Guia5.htm)
- Tuotromedico: Intervención de cesárea. [www.tuotromedico.com/tema/cesarea.php](http://www.tuotromedico.com/tema/cesarea.php)

- La evaluación en el sistema de salud. (s. f.). Recuperado 13 de mayo de 2020, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662008000400013](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000400013)
- García Ureña M.A., Vega Ruiz V. Manual electrónico de patología quirúrgica: fundamentos. Heridas [en línea]. <http://utreira.uninet.edu/cirugia/manual/Fundamentos/pdf/heridas.pdf> [Consulta Diciembre 2005]
- Rodríguez Ariz F., Becerra Pérez J. Heridas [en línea]. Disponible en [http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual de urgencias y emergencias/heridas.pdf](http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20emergencias/heridas.pdf) [Consulta Diciembre 2005]
- Manejo de las heridas [en línea]. Disponible en <http://escuela.med.puc.cl/paginas/Departamentos/crugiaPediatica/CirPed20.html> [Consulta Diciembre 2005]
- Otero Cacabelos M. Heridas: diagnóstico y tratamiento de urgencia. Medicina General, Urgencias [en línea]. Disponible en <http://www.semg.es/revista/abril2000/379-384> [Consulta Diciembre 2005]
- Jiménez Ternero, J. V. (2019). Cuidados de enfermería tras una cesárea. *Cuidados de enfermería tras una cesárea*, 3-16. Recuperado de <https://www.npunto.es/revista/1/cuidados-de-enfermeria-tras-una-cesarea>
- CARPENITO, L. J. (1994). Planes de cuidados y documentación en enfermería. Madrid: Interamericana- McGraw Hill.

- HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. Dirección de Enfermería. Plan de cuidados estándar. Córdoba.
- MCCLOSKEY, J.C. Y BULECHEK, G.M. (2002). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE) Nursing Interventions Classification (NIC). Madrid: Ediciones Harcourt/Mosby.
- UGALDE, M. Y OTROS (1999). Diagnósticos de enfermería. Taxonomía NANDA. Barcelona: Masson.
- VOIRREY BROE (dir.) (1888). Manual de enfermería pediátrica: Protocolos de asistencia. Departamento de Enfermería del Hospital for Sick Children, Toronto. Canadá. Barcelona: Salvat.
- Johnson, M. Y Maas, M. Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE) 2ª edición. Harcourt / Mosby.
- Rodríguez, Z. Fernández, O. Ochoa, G. Romero, L. Algunas consideraciones sobre las infecciones posoperatorias. Revista Cubana de Cirugía. (2017). 56(2): 46  
58. <http://scielo.sld.cu/pdf/cir/v56n2/cir05217.pdf>
- Alvares. A. (enero, 2011). cuidados de heridas quirúrgicas . enero 12,2021, de hospital universitario de austrias Sitio web:  
[http://www.hca.es/huca/web/enfermeria/html/f\\_archivos/Cuidados%20de%20heridas%20quirurgicas.pdf](http://www.hca.es/huca/web/enfermeria/html/f_archivos/Cuidados%20de%20heridas%20quirurgicas.pdf)

- Hernández MT.: Guía de Práctica Clínica basada en la evidencia para el manejo de la lactancia materna. Pediatría Atención Primaria. Area 09-H. Dr. Peset Valencia. 2004. Consultado en Noviembre 2009. Disponible en <http://www.ihan.es/index62.asp>
- Comisión de Lactancia Materna, Hospital de Barbastro. España Protocolo de Lactancia Materna. Consultado el 24 de julio del 2009. Disponible en: [http://www.ihan.es/cd/documentos/Protocolo\\_Barbastro.pdf](http://www.ihan.es/cd/documentos/Protocolo_Barbastro.pdf)
- Jiménez M, De Segal M, De Stele A, Mosqueira R: Promoción de la lactancia materna en la provincia de Salta. Archivos de Medicina Familiar y General. V.1 n1. 2004. Acceso en Junio del 2009. Disponible en: <http://www.sap.org.ar/staticfiles/actividades/congresos/congre2005/lactancia/resumen.pdf>
- Rosabal Suárez Laritza, Piedra Cosme Belkis. Intervención de enfermería para la capacitación sobre lactancia materna. Rev Cubana Enfermer [revista en la Internet]. 2004 Abr [citado 2010 Mayo 12]; 20(1): 1-1. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192004000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- World Health Organization (WHO). Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño: parte I – definiciones. 2009. [acceso 20 dez 2009]. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243596662\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243596662_spa.pdf)

- “Salud Reproductiva en el Período Post-parto: Manual para el entrenamiento del personal de los servicios de salud”. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER), 1996.
- MANUAL DE ASISTENCIA AL PARTO y PUERPERIO NORMAL. CAMBIOS EN LA MADRE DURANTE EL PUERPERIO. LACTANCIA MATERNA. (2010, 28 abril). Recuperado 11 de febrero de 2021, de [https://www.chospab.es/area\\_medica/obstetriciaginecologia/docencia/seminarios/2009-2010/sesion20100428\\_1.pdf](https://www.chospab.es/area_medica/obstetriciaginecologia/docencia/seminarios/2009-2010/sesion20100428_1.pdf)
- Sánchez F. Fiebre puerperal. Federación Colombiana de asociaciones de obstetricia y ginecología. Revista Colombiana de obstetricia y ginecología 2005; 56 (2): 141- 46.
- Bezares B, Sanz O, Jiménez I, Patología puerperal. Suplemento 1, Pamplona : An. Sist. Sanit. Navar 2009; (32): 169 – 175
- Bohórquez O, Santana A, Pérez L, Munéver Y. Seguimiento de enfermería a la madre y al recién nacido durante el puerperio: traspasando las barreras hospitalarias. Av Enferm 2009; 27 (2): 139-149.
- Pelcastre B, Villegas N, De León V, Díaz A, Ortega D, Santillana M, et al. Embarazo, parto y puerperio: creencias y prácticas de parteras en San Luis Potosí, México. Rev Esc Enferm 2005; 39 (4):375-82. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342005000400002>

## 10.2.-Complementaria:

- Enfermería de quirófano. Ediciones DAE (Grupo Paradigma). Volumen II. M A. García García, V. Hernández Hernández, R. Montero Arroyo, R. Ranz González. Edición 2005. Pág. 747-748.
- Colliere-MF. Promover la vida. México: Interamericana McGraw-Hill, 2003. p.7
- Ariza-C. ¿Es posible humanizar la atención de enfermería al paciente en estado crítico? Actual. Enferm 1998;1(4):18-20.
- Técnicas de quirófano. Harcourt Brace. L. J. Atkinson, N. Fortunato. Edición 1998. Pág. 625-627.
- NANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación. 2001-2002. Harcourt.
- Ariza-C. ¿Es posible humanizar la atención de enfermería al paciente en estado crítico? Actual. Enferm 1998;1(4):18-20.
- Morales R, Badia JM. Control del foco séptico en infección quirúrgica. Ed: Badia JM, Guirao X. Infecciones quirúrgicas. Guías clínicas de la asociación española de cirujanos. 2ª ed. Madrid: Arán Ediciones SL; 2016. p 177-229.
- Jiménez, M. Moore, J. Quintero, G. Lerma, C. Nieto, J. Fajardo, R. Guía para la prevención de la infección del sitio operatorio (ISO). Asociación Colombiana de Cirugía. (2015). <https://www.ascolcirugia.org/images/resources/PDF/guiasCirugia/prevencionDeLaISO.pdf>

- Gómez, F. Fernández, M. Navarro, J. Prevención de la infección de sitio quirúrgico: análisis y revisión narrativa de las guías de práctica clínica. Cirugía Española. (2017). 95(9), <https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2017.09.004>
- 16. Pinto L. F: Apego y lactancia natural. Rev. Chil. Pediatr 2007; 78 (Supl 1): 96-102.
- Portafolio de Pediatría Ambulatoria: Atención Ambulatoria en el periodo de Recién Nacido. Pediatría Ambulatoria. Pontificia Universidad Católica de Chile, Escuela de Medicina, Departamento de Pediatría. Acceso 14 de Agosto del 2009 Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/cursos/quinto/pediatria/PediatAmbulat/PedAmb003.html>
- Laza C, Puerto Marcela. Cuidados genéricos para restablecer el equilibrio durante el puerperio. Revista Cubana de Enfermería 2011; 27 (1): 88-97
- Medin A, Mayca J. Creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas Awajun y Wampis. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2006; 23 (1): 22-32.
- Tasas de cesáreas: análisis de los estimados regionales y nacionales. Revista Panamericana de Salud Pública [Internet] 2007; 21(4): 251- 251. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n4/08.pdf>. Acceso: 8 de diciembre de 2013
- Prieto B, Ruiz C. Significados durante el puerperio: a partir de prácticas y creencias culturales. Aquichan. 2013; 13 (1):7-16.
- Puentes R.E., Gómez D.O., Garrido L.F. “Las cesáreas en México: tendencias, niveles y factores asociados”. Salud pública Méx. 2004; 46(1):16-22

- Medina A, Mayca J. Creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas awajun y wampis. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*. 2006; 23 (1): 22-32.
- Parada D. Cuidado de las puérperas en el siglo XXI. *Av Enferm*. 2006; 24 (2): 6-12.
- Pastor MA, Herrera LS, Vásquez IE, Zavala CA, Ramírez TA. Conocimientos y prácticas sobre autocuidado que influyen en la salud de la mujer, durante el embarazo y el puerperio. *Rev Fac Cienc Méd*. 2014; 3(2): 13-18
- 2006 Cuidados puerperales rutinarias para las mujeres y sus bebés. NICE clinical guideline 37. Developed by the National Collaborating Centre for Primary Care
- 2009. Maternidad Hospitalaria. Estándares y recomendaciones. Informes, estudios e investigación. Ministerio de Sanidad y Política Social.
- 2010. Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Madrid. Plan Nacional para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de tecnologías Sanitarias del País Vasco 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA nº 2009/ 01.
- 2011 Guía de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad
- 2013-2020 Políticas de Salud para Euskadi 2013-2020.5.

- 2014 Guía de práctica clínica de atención al embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e igualdad
- Carpenito L.J. Planes de cuidados y documentación en enfermería. Madrid: Interamericana-McGraw Hill, 2010.
- McCloskey J.C. y Bulechek G.M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (cie) Nursing Interventions Classification (nic). Madrid: Ediciones Harcourt/ Mosby, 2010
- Johnson M.Y., Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (noc). 2ª ed. Harcourt/Mosby, 2010
- Alfaro R.A. Aplicación del proceso Enfermero. 5ª ed. Madrid: editorial Mosby/ Doyman libros, 2003

### 10.3.- Electrónica:

- <https://nurseslabs.com/virginia-hendersons-need-theory/>
- <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf>
- [http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/modelo\\_cuidado\\_enfermeria.pdf](http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/modelo_cuidado_enfermeria.pdf)
- <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n33/ensayo2.pdf>
- <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7101.pdf>
- <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002911.htm>
- <http://www.san.gva.es/documents/151744/512074/Cesarea.pdf>
- <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/048GER.pdf>
- <https://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/a14ded1cc53d9944c083dcecb250f3aa.pdf>
- <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim092j.pdf>
- <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/download/444/807?inline=1>
- <https://www.ascolcirugia.org/images/resources/PDF/guiasCirugia/prevencionDeLaISO.pdf>

- <https://www.schcp.cl/wp-content/uploads/2016/10/A.Clasicacio%CC%81n-de-las-heridas-operatorias.pdf>
- <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubenf/cnf-2011/cnf114j.pdf>
- <http://www.ihan.es/index62.asp>
- [http://www.ihan.es/cd/documentos/Protocolo\\_Barbastro.pdf](http://www.ihan.es/cd/documentos/Protocolo_Barbastro.pdf)
- <http://www.sap.org.ar/staticfiles/actividades/congresos/congre2005/lactancia/resumen.pdf>
- [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086403192004000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403192004000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- <file:///C:/Users/Laptop/Downloads/lactancia-materna-para-enfermeria.pdf>
- [https://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/es\\_27.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/es_27.pdf)
- [https://www.icmer.org/documentos/lactancia/puerperio\\_octavio.pdf](https://www.icmer.org/documentos/lactancia/puerperio_octavio.pdf)
- [https://www.chospab.es/area\\_medica/obstetriciaginecologia/docencia/seminarios/2009-2010/sesion20100428\\_1.pdf](https://www.chospab.es/area_medica/obstetriciaginecologia/docencia/seminarios/2009-2010/sesion20100428_1.pdf)
- <https://www.redalyc.org/pdf/3595/359533181005.pdf>
- [revistaenfermeria@udes.edu.co](http://revistaenfermeria@udes.edu.co)
- [https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/salud\\_embarazo\\_parto\\_posparto/es\\_def/adjuntos/protocolos/Atencion-puerperio.pdf](https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/salud_embarazo_parto_posparto/es_def/adjuntos/protocolos/Atencion-puerperio.pdf)

## 11.-GLOSARIO:

### A

- **Acmé:** Fase de una enfermedad en la que sus síntomas se presentan con mayor intensidad.
- **Adenopatías:** se refieren a una enfermedad en los ganglios linfáticos.
- **Adenosis esclerosante:** es un tipo especial de adenosis, en el cual los lobulillos agrandados están distorsionados por el tejido de apariencia cicatricial.
- **Adherencias:** son bandas de tejido similar al tejido cicatricial que se forman entre dos superficies dentro del organismo y hacen que éstas se peguen.
- **Agudo:** Agudo significa súbito o grave.
- **Aldosterona:** Hormona cortico suprarrenal que provoca la retención de sodio y favorece la eliminación de potasio en el riñón.
- **Alojamiento:** Lugar en el que se aloja temporalmente una persona
- **Alumbramiento:** Expulsión de la placenta y las membranas adjuntas en la tercera etapa del parto, después de la expulsión del feto.
- **Alveolos:** Concavidad semiesférica situada al final de los bronquios, en la que se realiza el intercambio de oxígeno con la sangre.
- **Amamantamiento:** es el proceso por el que la madre alimenta a su hijo recién nacido a través de sus senos.
- **Amenorrea:** Ausencia de la menstruación.
- **Analgésico:** sustancia, medicamento. Que hace que un dolor o molestia sea menos intenso o desaparezca, sin causar pérdida de la conciencia o el conocimiento.
- **Anestesia epidural:** es la introducción de anestésico local en el espacio epidural, bloqueando así las terminaciones nerviosas en su salida de la médula espinal.

- **Anillo de retracción:** Es un aviso de rotura uterina inminente.
- **Antagonista:** presenta afinidad por el receptor, pero o bien no desencadena ninguna respuesta o inhibe la acción de los agonistas.
- **Antebrazo:** Parte del brazo desde el codo hasta la muñeca.
- **Antibiograma:** Método o prueba que determina la sensibilidad de los gérmenes a los antibióticos.
- **Antiséptico:** son sustancias antimicrobianas que se aplican a un tejido vivo o sobre la piel para reducir la posibilidad de infección, sepsis o putrefacción.
- **Apósito:** Cubierta de gasa, algodón u otro material esterilizado que se aplica sobre una herida o una zona enferma para protegerla de infecciones, absorber las secreciones, controlar una hemorragia o facilitar su curación.
- **Área perineal:** es la región anatómica correspondiente al suelo de la pelvis
- **Areola:** Círculo moreno que rodea el pezón o protuberancia de la mama.
- **Atonía:** Falta de tono muscular y de la tensión o vigor normal de ciertos tejidos orgánicos, especialmente los contráctiles.
- **Auscultación:** procedimiento clínico de exploración física que consiste en escuchar de manera directa o por medio de instrumentos como el estetoscopio (o fonendoscopio), el área torácica o del abdomen.

## B

- **Betadine:** Es un desinfectante de la piel. Desinfecta pequeñas heridas y cortes superficiales, rozaduras y quemaduras leves.
- **Bolsa amniótica:** es una fina membrana que contiene el líquido que rodea al feto.
- **Bradycardia:** Descenso de la frecuencia de contracción cardíaca a 60 latidos por minuto.

## C

- **Calostro:** es el primer tipo de leche materna que produces tras dar a luz.
- **Canalización:** es el acto y el resultado de canalizar. Al canalizar a una persona, se establece una vía hacia su aparato circulatorio.

- **Catéter:** s un tubo delgado normalmente hecho de un plástico suave y flexible. Este dispositivo médico es utilizado para el drenaje de líquidos que puede ser introducido o extraído del cuerpo.
- **Cesárea postmortem:** se define como la expulsión de un feto muerto tras el fallecimiento de una mujer embarazada cuando el útero materno muestra claros signos de putrefacción.
- **Cicatriz:** Señal o marca que queda en la piel después de cerrarse una herida.
- **Cohabitación:** s un tipo de acuerdo en el que dos personas que no están unidas en matrimonio viven juntas.
- **Concepción:** Acción de concebir o engendrar.
- **Concomitante:** Que acompaña a una cosa o actúa junto a ella.
- **Constipación:** es un síntoma que puede tener diferentes significados para los pacientes, pero en general se refiere al tránsito poco frecuente.
- **Cortisol:** es una hormona esteroidea, o glucocorticoide, producida por la glándula suprarrenal. Se libera como respuesta al estrés y a un nivel bajo de glucocorticoides en la sangre.
- **Crónico:** enfermedad que se padece a lo largo de mucho tiempo.

## D

- **Deambulación:** consiste en empezar una marcha sin rumbo ni dirección.
- **Desbridamiento:** es la eliminación del tejido muerto, dañado o infectado para mejorar la salubridad del tejido restante.
- **Dehiscencia:** se define como una fractura homeostática entre la tensión de la pared abdominal sobre la fuerza de los tejidos abdominales, la calidad de los mismos y la fuerza tensil de la sutura utilizada así como la seguridad de los nudos y la técnica quirúrgica utilizada.
- **Dentición:** Salida y desarrollo de los dientes de una persona o un animal.
- **Desaceleraciones:** periodo transitorio de disminución de la frecuencia cardíaca fetal.

- **Desgarre:** es la lesión del tejido, que va acompañada de hemorragia provocada por la rotura de los vasos sanguíneos que recorren el músculo o tendón afectado, provocando un dolor de leve a intenso que dificulta o impide contraerlo.
- **Desarrollo:** Efecto de desarrollar o desarrollarse.
- **Diagnóstico:** es el procedimiento por el cual se identifica una enfermedad, entidad nosológica, síndrome, o cualquier estado de salud o enfermedad.
- **Dilatación:** es el procedimiento o el resultado de aumentar el calibre de un conducto, de un orificio o de una cavidad.
- **Diseminación:** Capacidad de un microorganismo de entrar en un cuerpo y esparcirse a través de los tejidos.
- **Distócica:** significa de forma literal trabajo de parto difícil y se caracteriza por un avance lento anormal del trabajo de parto.
- **Doppler fetal:** son dispositivos portátiles que le permiten a uno escuchar los latidos del corazón del feto.

## E

- **Egresar:** se utiliza para referirse al procedimiento administrativo en el que un paciente ha permanecido en un hospital o centro médico durante un tiempo y luego lo abandona.
- **Embarazo gemelar:** es el desarrollo simultáneo en el útero de dos o más fetos.
- **Embarazo pretermo:** es aquel que se produce entre las 22 y las 36 semanas 6 días después de la fecha de última menstruación.
- **Endógeno:** Que se forma o engendra en el interior de algo, como la célula que se forma en el interior de otra.
- **Entuertos:** Espasmos dolorosos del útero que se presentan en la mujer en los primeros días después del parto.

- **Episiotomía:** es una incisión que se hace en el perineo, el tejido entre la abertura vaginal y el ano, durante el parto.
- **Estado pre gravídico:** Es el período en el que se producen, transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional, que hacen regresar paulatinamente, todas las modificaciones gravídicas.
- **Estéril:** significa libre de gérmenes.
- **Estetoscopio:** Instrumento médico que sirve para explorar los sonidos producidos por los órganos de las cavidades del pecho y del abdomen.
- **Estrecho:** es la disminución del diámetro
- **Estrógenos:** Hormona sexual que interviene en la aparición de los caracteres sexuales secundarios femeninos.
- **Estroma:** Tejido conjuntivo que constituye la matriz o sustancia fundamental de un órgano y sostiene los elementos celulares que lo conforman.
- **Exudado:** es líquido que se filtra desde los vasos sanguíneos hacia los tejidos cercanos. Este líquido está compuesto de células, proteínas y materiales sólidos.

## F

- **Fascia:** es una membrana fibrosa de tejido conectivo que envuelve los músculos, forma las cápsulas articulares, los tendones y los ligamentos.
- **Fase:** Estado, diferenciado de otro, por el que pasa una cosa o una persona que cambia o se desarrolla.
- **Fenilcetonuria:** trastorno hereditario poco frecuente que provoca la acumulación de un aminoácido denominado, fenilalanina, en el organismo.
- **Fétido:** Que desprende un olor malo, desagradable e intenso.
- **Feto:** Embrión de los vivíparos a partir del momento en que ha adquirido la conformación característica de la especie a que pertenece (en los humanos, a finales del tercer mes de gestación) hasta el nacimiento.
- **Fisiológico:** adjetivo que indica que algo es perteneciente o relativo a la Fisiología.

- **Flácidas:** Que es o está blando, sin consistencia ni tersura.
- **Fluctuación:** Característica típica de los abscesos, que consiste en que su área más próxima a la piel es la que más inflamada está externamente.
- **Fórceps:** es un instrumento obstétrico en forma de tenazas, que sirve para ayudar a la extracción fetal desde la parte exterior simulando los mecanismos del parto normal.
- **Frotar:** Pasar repetidamente una cosa sobre otra con fuerza.

## G

- **Gestación:** Estado de la mujer o de la hembra de mamífero que lleva en el útero un embrión o un feto producto de la fecundación del óvulo por el espermatozoide.
- **Grietas:** son heridas que se producen en el pezón por una mala técnica en el momento en el que tu bebé está mamando al pecho.

## H

- **Hematógeno:** Producido en la sangre o derivado de ella.
- **Hematoma:** Mancha de la piel, de color azul amoratado, que se produce por la acumulación de sangre u otro líquido corporal, como consecuencia de un golpe, una fuerte ligadura u otras causas.
- **Hemorragia:** Salida de sangre de las arterias, venas o capilares por donde circula, especialmente cuando se produce en cantidades muy grandes.
- **Hemostasia:** es la capacidad que tiene un organismo de hacer que la sangre en estado líquido permanezca en los vasos sanguíneos.
- **Hídrico:** Perteneiente o relativo al agua como elemento de la naturaleza
- **Híper cicatrización:** es la producción de un exceso de colágeno en la zona de la herida.
- **Hiperproteica:** es aquella que aporta más de 1,5 gramos de proteína por cada kilo de peso ideal del individuo.

- **Hipersensibilidad:** Reacción anormalmente fuerte del organismo que se produce como rechazo a una sustancia, especialmente un medicamento o una vacuna.
- **Hipogastrio:** Región media anterior e inferior del abdomen.
- **Hipoglucemias:** Disminución de la cantidad normal de glucosa en la sangre; produce mareos, temblores y cefalea, entre otros síntomas.
- **Hipotonía:** Disminución de la tensión o del tono muscular, o de la tonicidad de un órgano.
- **Histerectomía:** s la extracción del útero, ya sea por causas naturales o por causa de una intervención quirúrgica.
- **Histerorráfía:** Sutura quirúrgica de las laceraciones e incisiones uterinas.

## I

- **Incisión:** Corte hecho en un cuerpo o una superficie con un instrumento cortante o agudo
- **Ingurgitación:** es una acumulación de líquidos: líquidos, sangre, plasma, en el pecho en el posparto inmediato, que lo edematiza e impide la salida de leche por el pezón.
- **Inmediata:** Que sucede o se realiza justo antes o justo después de otra cosa, sin mediar tiempo entre ellas.
- **Instrucción:** Caudal de conocimientos adquiridos.
- **Interactuar:** Actuar recíprocamente.
- **Intervención:** esfuerzo que tiene como objeto promover buenos comportamientos relacionados con la salud.

## L

- **Laceraciones:** es un desgarro o una abertura de la piel producto de una lesión
- **Lactar:** hace referencia a la acción de amamantar o dar leche materna a una cría, está relacionado con la lactancia.

- **Lactogenesis:** es el inicio de la síntesis y secreción de la leche por las células epiteliales de los alvéolos mamarios.
- **Laparotomía:** es una cirugía que se hace con el propósito de abrir, explorar y examinar para tratar los problemas que se presenten en el abdomen
- **Lecho:** Cama, mueble donde las personas duermen o descansan.
- **Lesivo:** Que causa o puede causar lesión o perjuicio.
- **Líquido amniótico:** Es un líquido claro y ligeramente amarillento que rodea el bebé dentro del útero (feto) durante el embarazo y que está contenido en el saco amniótico.
- **Loquios:** término que se le da a una secreción vaginal normal durante el puerperio, es decir, después del parto, que contiene sangre, moco y tejido placentario.
- **Lubricación:** es el proceso o técnica empleada para reducir el rozamiento entre dos superficies que se encuentran muy próximas y en movimiento una respecto de la otra.

## M

- **Macrosomia:** término es usado para describir el desarrollo o tamaño excesivo del cuerpo, como en el caso de un recién nacido con un peso por arriba del promedio.
- **Mamogenesis:** es el crecimiento y desarrollo de la glándula mamaria.
- **Mastalgia:** es el término médico para el dolor en los senos.
- **Maternidad:** Estado o circunstancia de la mujer que ha sido madre.
- **Matrona:** Persona que tiene por oficio asistir a las mujeres en el parto.
- **Meconio:** es una sustancia viscosa y espesa de color verde oscuro a negro compuesta por células muertas y secreciones del estómago e hígado, que reviste el intestino del recién nacido.
- **Membranas:** Lámina de tejido orgánico, generalmente flexible y resistente, de los seres animales o vegetales, entre cuyas funciones están la de recubrir un órgano o un conducto o la de separar o conectar dos cavidades o estructuras adyacentes.

- **Monitoreo del feto:** s un método para comprobar la frecuencia y el ritmo de los latidos del corazón del feto.
- **Morfina:** es una potente droga opiácea usada frecuentemente en medicina como analgésico.
- **Múltiparas:** Se dice de la mujer que ha tenido varios partos.

## N

- **Neurodesarrollo:** Proceso de crecimiento y desarrollo del sistema nervioso.

## O

- **Obliteración:** Obstruir o cerrar un conducto o cavidad.
- **Otitis:** es una inflamación del oído causada, generalmente, por una infección.
- **Oxitócica:** es una hormona producida por los núcleos supra óptico y para ventricular del hipotálamo que es liberada a la circulación a través de la neurohipófisis.

## P

- **Paritorio:** Sala de un establecimiento hospitalario especialmente acondicionada para un parto.
- **Perinatología:** Es el estudio del bebe dentro del vientre y manejo de embarazos de alto riesgo. También es llamada medicina perinatal.
- **Poliuria:** es un síntoma médico que consiste en la emisión de un volumen de orina superior al esperado. Es un gasto urinario excesivo.
- **Posnatal:** refiere a aquello que se produce o se desarrolla tras el parto. El concepto alude al periodo posterior al nacimiento.
- **Posoperatorio:** periodo que sigue a la intervención quirúrgica y que finaliza con la rehabilitación del paciente
- **Postparto:** período de tiempo que engloba las primeras seis u ocho semanas después del parto.
- **Postura:** Manera de tener dispuesto el cuerpo o las partes del cuerpo una persona o un animal.

- **Presentación pélvica:** es aquella en la que el polo pélvico o caudal del feto está en relación directa con el estrecho superior de la pelvis materna.
- **Primípara:** mujer que pare por primera vez.
- **Profiláctico:** Que sirve para preservar o proteger de una enfermedad o un mal.
- **Profilaxis:** Conjunto de medidas que se toman para proteger o preservar de las enfermedades.
- **Progesterona:** Hormona sexual que segrega el ovario femenino y la placenta, y que tiene la función de preparar el útero para la recepción del huevo fecundado.
- **Prolactina:** es una hormona que estimula la producción de leche en las glándulas mamarias y la síntesis de progesterona en el cuerpo lúteo.
- **Prolapso:** Descenso o caída de un órgano interno, una víscera, etc., del cuerpo a causa de la relajación de sus medios de fijación, especialmente cuando sale a través de un orificio natural o artificial.
- **Proliferación:** Reproducción o multiplicación de algún organismo vivo, especialmente de las células.
- **Puérpera:** Mujer que hace muy poco que ha parido.
- **Puericultura:** Estudio y práctica de la salud, los cuidados y la crianza que debe darse a los niños durante los primeros años de vida para que tengan un desarrollo sano.

## Q

- **Queloides:** son crecimientos de tejido fibroso, lisos, brillantes, que aparecen, normalmente, en una zona lesionada o sobre las cicatrices quirúrgicas.
- **Quirúrgica:** De la cirugía o relacionado con esta parte de la medicina.

## R

- **Reanimación:** Técnica terapéutica destinada a hacer que una persona recupere el conocimiento y vuelva a tener una actividad cardíaca y respiratoria normal.

- **Recidivantes:** término utilizado para nombrar al resurgimiento de un trastorno de la salud cuando ya se había superado.

## S

- **Segmento asciforme:** técnica de uso habitual, la incisión se realiza en el segmento inferior, que corresponde al istmo alargado, donde el espesor del miometrio es mínimo el peritoneo no se adhiere al útero.
- **Senos galactóforos:** es uno de los numerosos conductos que transportan leche desde los lóbulos mamarios al pezón.
- **Succión:** Extracción de una cosa, generalmente un líquido, aspirándolo o absorbiéndolo con la boca o con un instrumento.
- **Sufrimiento fetal:** hace referencia a los signos que se presentan antes y durante el parto, que indican que el feto no está bien.

## T

- **Taquicardia:** es el término médico para una frecuencia cardíaca de más de 100 latidos por minuto.
- **Tejido ductal:** es una afección benigna (no cancerosa) de los senos que ocurre cuando un conducto de leche se ensancha y sus paredes se engrosan.
- **Transoperatorios:** Periodo durante el cual transcurre el acto quirúrgico y en el que se efectúa una serie de cuidados y controles que tienen como finalidad mantener al paciente en un estado lo más cercano posible a la homeostasis
- **Tricotomía:** consiste en la eliminación del vello del área circunscrita a la incisión operatoria con ayuda de dispositivos cortantes, en la fase preoperatoria.
- **Turgencia:** fenómeno que ocurre cuando una célula se dilata debido a la presión ejercida por los fluidos y por el contenido celular sobre las paredes de la célula.

## U

- **Úlcera:** lesión epitelial con pérdida de sustancia.

- **Útero:** órgano muscular hueco que se ubica en la pelvis femenina, entre la vejiga y el recto.

## V

- **Valoración:** proceso y el resultado de valorar: apreciar o reconocer el valor de algo o alguien.
- **Varicosos:** Venas tortuosas y dilatadas que aparecen con mayor frecuencia en las piernas y los pies.
- **Vísceras:** Órgano interno del cuerpo de personas o animales, contenido en la cavidad craneana, torácica o abdominal.