



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**



**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA**

---

**MUJER ADULTA JOVEN SECUNDIGESTA EN PUERPERIO FISIOLÓGICO**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA Y  
OBSTETRICIA**

**P R E S E N T A:**

**MANUEL MARTINEZ ERIKA  
No. De cuenta 407115819**

**DIRECTOR ACADÉMICO  
LEO. FEDERICO SACRISTÁN RUÍZ**

**México D.F.**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## INDICE

INTRODUCCIÓN.....	2
OBJETIVOS.....	3
METODOLOGIA DEL TRABAJO.....	4
CAPITULO I MARCO TEORICO	
1.1    El PAE y sus etapas.....	5
1.2    El Puerperio fisiológico.....	11
1.3    Complicaciones en el puerperio.....	24
1.4    Intervenciones de Enfermería.....	32
CAPITULO II APLICACIÓN DEL PAE	
2.1    Presentación del caso.....	43
2.2    Valoración.....	44
2.3    Diagnósticos de Enfermería.....	45
2.4    Planeación  Ejecución y Evaluación.....	46
CONCLUSIONES.....	64
SUGERENCIAS.....	65
GLOSARIO.....	66
BIBLIOGRAFIA.....	68

## INTRODUCCION

Dentro del Servicio de Ginecología la mayor cantidad de personas cursan el periodo de puerperio inmediato, ya sea por intervención quirúrgica (cesárea) o posteriores a un parto; es por esto que realizo el siguiente Proceso Atención de Enfermería con el fin de exponer los cuidados básicos en una persona cursando el período post-parto, brindar cuidados individualizados, organizar jerárquicamente diagnósticos de enfermería y fundamentar las actuaciones derivadas de los mismos, ayudando así a la unificación de criterios del cuidado enfermero y coadyuvando a proporcionar una atención integral y de calidad a el usuario.

## OBJETIVOS

- Proporcionar cuidados de enfermería individualizados y contribuir a la pronta recuperación y egreso de la persona.
- Elaborar un trabajo académico satisfactorio que me permita cumplir con todos los requisitos para la realización del examen profesional.
- Obtener el título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia y una cédula profesional que me permita el ejercicio legal de mi profesión.

## METODOLOGIA DEL TRABAJO

Para la elaboración del presente trabajo, primero realice mis objetivos, en ellos me base para dirigir la investigación, posteriormente elegí a una persona con el diagnóstico y los cuidados que planeaba desarrollar, un caso clínico que me permitiera dar a conocer la mayor parte de los procedimientos que se realizan en el servicio, proseguí con la obtención de datos por medio de la anamnesis y una valoración cefalocaudal, elaboré el marco teórico en base al diagnóstico, cuidados específicos y fundamentación, observando y formulando diagnósticos de enfermería; a partir de ellos, justifico la intervención y la ejecución de los mismos, ordeno de manera jerárquica los procedimientos acorde a las necesidades y a los posibles riesgos potenciales y por último evalué la efectividad de los procedimientos realizados en base a lo referido y manifestado por la persona.

## CAPITULO I. MARCO TEÓRICO

### 1.1 EL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA Y SUS ETAPAS

Algunos de los problemas de enfermería más cruciales surgen de conflictos entre principios y rapidez. En consecuencia, es necesario contar con un método que la enfermera asimile de tal manera que constituya parte de su naturaleza y pueda tomar decisiones y formular conclusiones rápidas y adecuadas acerca de la persona.

Los componentes del proceso también ayudan a la estudiante a comprender de qué modo la práctica se hace operativa. Las diversas operaciones se clasificaron durante el transcurso del tiempo por enfermeras teóricas, prácticas e investigadoras formando así ciclos de retroalimentación constantes en el proceso. El método científico se emplea en otras disciplinas para resolver los problemas que surgen en el área y como base a partir de la cual formular investigaciones que expandan sus fundamentos. Como la enfermería también tiene el objetivo de expandir su base teórica de modo que constituya un buen cimiento para la práctica, es importante que el proceso tenga cimientos científicos. Con el transcurso del tiempo el proceso de enfermería se ha dividido en cinco etapas: valoración, diagnóstico de enfermería. Planeación, intervención y evaluación.<sup>1</sup>

Diversos autores conceptualizan el proceso con terminología distinta y diferentes conceptos pero en términos generales el proceso de enfermería es el siguiente: en la valoración se obtienen datos acerca del estado de la persona y se formulan diagnósticos de enfermería a partir de ellos. Tras la elaboración de los diagnósticos, se planea la intervención basándose en los datos de la valoración y los diagnósticos; después de la planeación, la enfermera implanta las intervenciones. Al variar el estado de las personas se efectúan evaluaciones del resultado de las intervenciones y se formulan valoraciones adicionales,

---

<sup>1</sup> Reeder, Sharon J. Enfermería Materno Infantil Pág. 17

diagnósticos, planes e intervenciones, que dependen de los resultados. Así comienza a funcionar un ciclo continuo de retroalimentación.

La aplicación del proceso de enfermería tiene dos partes:

- a. Constituye un método que forma parte de la naturaleza de la enfermera, con el fin de que tome decisiones rápidas y adecuadas y pueda llegar a conclusiones.
- b. Constituye un método científico para resolver problemas, lo cual es fundamental en cualquier profesión.

Para mayor claridad y facilidad se empleara el formato de cuatro pasos: valoración, diagnostico de enfermería; planeación e intervención (combinando estos dos componentes) y evaluación.

Se emplea la taxonomía de clasificación de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) para los diagnósticos de enfermería. La NANDA es un grupo que evoluciono a partir de una serie de conferencias sobre diagnósticos de enfermería, constituidos por representantes de todas las áreas de la profesión de enfermería: práctica clínica, educación e investigación y a partir de ellas se formularon los diagnósticos de enfermería, que hoy en día se consideran de suma importancia y constituyen uno de los principales avances para el profesionalismo de la enfermería<sup>2</sup>

## ETAPAS

- A. VALORACIÓN. Es el acto de revisar el estado de la persona, mediante información que ésta le proporcione y en otras fuentes diversas; esta información constituye una base de datos muy importante. La valoración de efectúa para afirmar el grado de bienestar del individuo y diagnosticar problemas potenciales, en ciertos casos se confirma un estado de

---

<sup>2</sup> Ibídem P.19



enfermedad. La fase de valoración del proceso incorpora diversos esfuerzos y actividades para obtener datos, así incluye los siguientes:

- a. Tomar la historia de enfermería y utilizar registros.
- b. Valoración de la salud.
- c. Usar equipo diverso para obtener datos: termómetro, esfigmomanómetro, estetoscopio y otros.
- d. Usar las técnicas del examen físico: palpación, auscultación, percusión.
- e. Usar los cinco sentidos.

El objetivo de la fase de valoración es identificar y obtener datos acerca de las necesidades de la persona, los cuales permitan a la enfermera, al individuo y a la familia valorar el grado de bienestar, reconocer problemas reales y potenciales y planear cuidados que aseguren que tanto la persona como su familia obtengan soluciones adecuadas. En su valoración la enfermera tiene en cuenta la interrelación de factores como edad de la persona, sexo, educación, etapa de crecimiento y desarrollo y estado socioeconómico. Los datos específicos se obtienen de la entrevista al individuo y al efectuar un examen de salud. La entrevista y el examen incorporan dimensiones físicas y psicosociales, por lo que es necesario usar un formato sistemático. Además, hay que tener en cuenta registros previos y expedientes para asegurarse que la información sea completa con lo que se evita que se fragmente e influya en la continuidad de los cuidados.<sup>3</sup>

Mientras la enfermera recopila datos, valida sus inferencias, para asegurarse de que la interpretación sea precisa. Cuando deduce que existe algún problema o afección, a partir de los hechos que recopila, debe confirmarlo con la persona; de esta manera se tiene la oportunidad de confirmar o negar las percepciones o el diagnóstico.

---

<sup>3</sup> *Ibíd*em p 19

Carpenito señaló que tras recopilar y examinar los datos, es necesario probar y descartar explicaciones alternas. En esta etapa la enfermera llega a alguna de las cuatro conclusiones siguientes:

1. No existe padecimiento evidente de momento; en consecuencia, no se requiere ningún tipo de intervención para promover la salud.
2. No es evidente que exista enfermedad pero se requiere iniciar actividades para la promoción de la salud con el fin de asegurar y mantener el nivel actual de bienestar y evitar alteraciones de la misma.
3. Existen padecimientos clínicos potenciales o reales; que hacen necesaria una referencia al médico o que la enfermera implante algún régimen médico.
4. Hay problemas de enfermería potenciales o reales de tipo aparente, que se encuentran dentro del dominio legal y educativo de la enfermería y que hacen necesaria la formulación de órdenes de enfermería.

B. **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA** Es una afirmación que describe la respuesta humana (que pueda ser un estado de salud o un patrón de alteración de tipo potencial o real), de un individuo o un grupo, que identifica en forma legal la enfermera y para el cual ella puede ordenar intervenciones definitivas con el fin de preservar el estado de salud, reducir, eliminar o evitar alteraciones.<sup>4</sup>

La fase de valoración concluye cuando la enfermera formula uno o más diagnósticos. Los diagnósticos de enfermería, potenciales y posibles tienen dos partes. La primera, es un enunciado de tipo diagnóstico al cual sigue la segunda, una afirmación con respecto a la presencia de factores de riesgo (diagnóstico potencial de enfermería relacionado con factores de riesgo). El diagnóstico real de enfermería consta de tres partes, el diagnóstico en sí +

---

<sup>4</sup> Ibídem P. 20

los factores que contribuyen+ signos y síntomas. Como se anotó, Carpenito aconseja que el diagnóstico se formule en dos o tres partes, además de la importancia de no unir las afirmaciones con palabras que impliquen causas y efectos, porque estas relaciones pueden implicar asuntos legales o profesionales para la enfermera. El uso de la frase en relación con, en vez de, ocasionado por, debido a..., permite evitarlo<sup>5</sup>.

Definición de problemas.

- a. Toma de decisiones con respecto a déficit reales o potenciales en el estado de salud del individuo y su familia, asignación de recursos.
- b. Formulación de diagnósticos de enfermería que se basen en juicios clínicos e inferencias y revisión de la formación relacionada; es decir, formulaciones teóricas e investigaciones.

### C. PLANEACION E INTERVENCION.

El tercer componente del diagnóstico de enfermería se refiere a la planeación e implantación de las intervenciones correctas, en forma de actividades de enfermería que abarcan desde el suministro de medidas para el bienestar hasta la orientación y educación para la salud; estas actividades tienen el propósito de promover la adaptación positiva de la persona al medio y mejorar su grado de bienestar. En este momento se formulan las prescripciones u órdenes de enfermería, que tienen el fin de prevenir, reducir o eliminar la alteración de la salud y enfermedad de la persona. Carnevali indica que las órdenes de enfermería deben formularse como sigue: fecha en que se escriben; un verbo directivo: que se va a hacer, cuando, con qué frecuencia, por cuanto tiempo y en que sitio se va a llevar a cabo; y en último término la firma de la enfermera que formuló la

---

<sup>5</sup>Ibídemp.21

orden. El objetivo de la prescripción u orden de enfermería es dirigir cuidados individualizados a la persona. Las órdenes difieren de las acciones de enfermería porque estas últimas son intervenciones amplias aplicables a cualquier número de personas que compartan un problema similar o alteración de la salud

Es conveniente tener presente que la fase de implantación es fluida, porque se basa en uno o varios diagnósticos que pueden variar en cualquier punto del proceso al efectuar una revaloración. Además, al suministrar cuidados se espera que el estado de la persona varíe y al efectuar una segunda evaluación es probable que se formulen nuevos diagnósticos y se modifiquen los cuidados. En consecuencia se inician ciclos de retroalimentación continua dentro del proceso. En esta fase la enfermera es responsable de dar a conocer su plan de cuidados a los médicos y otras enfermeras, de manera que estos sean completos para la persona; esto se hace mediante un cárdex, reportes verbales, expediente y plan de cuidados según la valoración de enfermería.

#### D. EVALUACION Y REVALORACION.

El cuarto componente incluye las facetas de evaluación y predicción. Una evaluación correcta incluye estimar los resultados de las actividades y cuidados de enfermería, para ayudar a predecir la validez de los cuidados futuros. Carpenito sugiere que las evaluaciones adecuadas constan de lo siguiente:

- a. Establecer criterios para observar y medir.
- b. Valorar la respuesta actual para obtener la evidencia.
- c. Comparar la respuesta actual contra los criterios establecidos<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> Ibídem p.23

Para expresar si las acciones fueron eficaces y confiables, es mejor emplear calificativos que indiquen el grado o cantidad de eficacia y la confiabilidad de la observación.

1. ¿Cuál es el estado actual de la persona?
2. ¿se aliviaron todos los síntomas?
3. ¿Qué resultados se obtuvieron?
4. ¿Cuál fue la evidencia de los mismos (autobservación, observación de otras personas, respuesta verbal, desaparición de los síntomas...)?
5. ¿Qué persona participo (enfermera, persona, otras)?
6. ¿En qué contexto (que más sucedía) se llevó a cabo la acción?
7. Al establecer estos puntos es posible construir diversas categorías de actividades de enfermería, que son eficaces en ciertos casos, para determinadas personas, en ciertas condiciones. Al determinar hasta qué grado han sido eficaces, la enfermera se encuentra en mejor posición de predecir el cambio de la persona hacia una mayor estabilidad o bienestar.

## 1.2 PUERPERIO FISIOLÓGICO

El puerperio es el periodo que sigue a la expulsión del producto de la concepción, vivo o muerto, después de una gestación de 20 semanas o más. En esta etapa cuando los cambios anatómicos y funcionales retornan a su estado normal no gestacional<sup>7</sup>.

El puerperio se ha dividido en forma arbitraria en:

- Puerperio inmediato: primeras 24 horas postparto.
- Puerperio mediato: que continúa al anterior y abarca hasta la primera semana postparto.

---

<sup>7</sup> Castelazo Rico Germán Fundamentos en Ginecología y Obstetricia Capitulo 6

- Puerperio tardío: que abarca desde el final de la primera semana hasta el final de la sexta.

Los órganos reproductores vuelven casi a su estado normal hacia la sexta semana después del parto. También incluye el retorno al estado de pre embarazo de los otros sistemas maternos que sufrieron profundos cambios anatómicos y fisiológicos durante la gestación. Algunos de estos cambios pueden durar toda la vida, con órganos que nunca retornan a su estado original.

A. CAMBIOS ANATÓMICOS Y FISIOLÓGICOS EN ÚTERO, ENDOMETRIO Y SITIO PLACENTARIO. El útero presenta una disminución de 100 veces del volumen y de 10 veces del tamaño: de un peso de 1000 g. y dimensiones aproximadamente 15x12x10 cm. A un peso de 100 g o menos y dimensiones de 7x5x3 cm hacia el final del puerperio. Inmediatamente después de la expulsión de la placenta, el fondo del útero se palpa más o menos a nivel de la cicatriz umbilical, como un órgano firme, en forma de pera y fácilmente movable. La firmeza se debe a un estado constante de contracción de sus fibras musculares lisas entrelazadas en una forma única que comprimen y eventualmente trombosan los numerosos vasos sanguíneos que la atraviesan. Así este estado fisiológico proporciona un mecanismo homeostático eficaz y previene una hemorragia desde los senos abiertos del sitio placentario.

Hacia el segundo día postparto, el fondo se palpa a mitad de distancia entre la sínfisis y la cicatriz umbilical y hacia el día 10 y 12 nuevamente es un órgano pélvico.<sup>8</sup>

Debido a que el volumen del útero disminuye después de la expulsión del feto y la placenta, la fuerza miometrial y las presiones intrauterinas son mayores en el inicio del puerperio que antes del parto. Tales contracciones

---

<sup>8</sup> Ibídem P. 1.156

(conocidas como entuertos) son menos molestas que las del trabajo de parto y ocurren durante los primeros dos o tres días del puerperio. La separación placentaria ocurre en la parte esponjosa de la decidua vera. Esto deja a la parte esponjosa inferior de aproximadamente 2 a 5 mm de espesor, con su rugosa superficie cubierta por coágulos de sangre y fragmento de membranas. Hay una rápida y profunda infiltración leucocitaria que forma una capa de tejido de granulación que libera enzimas líticas y rompe la decidua en degeneración hasta la capa basal, lo que da origen a los loquios característicos, que van desde hemáticos y serohemáticos hasta serosos. En el trastorno denominado subinvolución del lecho placentario, ocurre obliteración incompleta de los vasos en tal sitio y provoca episodios hemorrágicos intensos<sup>9</sup>.

#### B. CAMBIOS EN EL CUELLO UTERINO, VAGINA Y PAREDES MUSCULARES DE LOS ÒRGANOS PÈLVICOS

El cuello uterino se cierra paulatinamente durante el puerperio. Al final de la primera semana tiene una dilatación un poco mayor a 1 cm. El orificio externo se transforma en una hendidura transversa que permite distinguir a la nulípara o a la mujer que ha tenido parto por cesárea de una que lo ha tenido por vía vaginal. Se observa lacerado y equimótico, su curación y reepitelización ocurrirán de seis a 12 semanas después. La vagina sobredistendida y de pared lisa recupera poco a poco su estado anterior al parto alrededor de la tercera semana.

El himen cicatriza en forma de nódulos fibrosos de mucosa, las carúnculas mirtiformes. Los cambios normales de la pelvis incluyen ensanchamiento de las articulaciones y de la sínfisis sacro ilíaca. Durante el puerperio se recupera el tono de los músculos voluntarios del piso pélvico y los de sostén de la pelvis. El desarrollo o sobredistención de la musculatura o de

---

<sup>9</sup> Ibídem\_P. 1.156

la aponeurosis en el momento del parto predisponen a la posibilidad de hernias genitales y sobre la pared abdominal, estrías en la piel o diástasis de los músculos rectos. La línea negra y otros cambios pigmentarios en los pezones y la cara habitualmente desaparecen o disminuyen, sin embargo, en algunas mujeres persisten de por vida.

#### C. CAMBIOS EN EL TRACTO URINARIO

La mucosa de la vejiga se encuentra edematosa como resultado del trabajo de parto y el parto mismo. Es frecuente la sobredistención y el vaciamiento incompleto de la vejiga, así como la presencia de orina residual. La tasa de filtración glomerular persiste alta durante la primera semana; esto, junto con el mayor volumen de sangre circulante, explica la notable diuresis de hasta 3000 ml/día durante los primeros cuatro a cinco días. Se encuentra glucosuria en 20% de los casos; proteinuria que dura de uno a dos días en 50%. La dilatación de los uréteres y pelvis renal se normalizará en promedio de tres a seis semanas, pero puede tardar hasta 12 semanas<sup>10</sup>.

#### D. CAMBIOS EN EL SISTEMA CARDIOVASCULAR

Los principales ajustes hemodinámicos ocurren durante el periodo inmediato después del parto, en el puerperio mediato se recuerda el estado normal. La presión sanguínea se incrementa ligeramente en los primeros cinco días debido a la mayor resistencia vascular uterina y a un exceso temporal del volumen plasmático, esto explica la disminución del hematocrito y el aumento de la diuresis observada en esta fase temprana.

#### E. CAMBIOS HEMATOLOGICOS.

Los leucocitos hallados durante el embarazo y parto continúan durante los primeros días postparto se encuentran valores de hasta 20 000 con

---

<sup>10</sup> Ibídem p 1.156



neutrofilia linfopenia relativa y eosinopenia absoluta, normalizándose gradualmente hacia la segunda semana. La hemoglobina, el hematocrito y el recuento eritrocitario varían notablemente durante los primeros días del puerperio

Sin embargo, un excesivo descenso de sus concentraciones por debajo del nivel observado, antes o durante el parto indica que la persona ha perdido una cantidad considerable de sangre. Los factores de coagulación persisten durante un periodo variable después del parto a los inducidos por el embarazo<sup>11</sup>.

#### F. CAMBIOS HORMONALES

El lactógeno placentario humano tiene una vida media de 20 minutos. La gonadotropina coriònica humana de nueve horas, baja a menos de 1 000 mu/ml dentro de las 48 a 96 horas postparto y disminuye por debajo de 100mu/ml hacia el séptimo día, hasta su desaparición total entre 11 y 16 días postparto.

Los estrógenos llegan a las concentraciones de fase folicular ((mayor a 50 pg/ml) hasta 19 a 21 días postparto en mujeres que no amamantan y se retrasa en las que si lo hacen desde 60 hasta 180 días, periodo durante el cual quedan amenorreicas. hacia el tercer día del puerperio la concentración plasmática de progesterona se encuentra por debajo de los valores de la fase luteínica (menor a 1 ng/ml).La prolactina, que durante el embarazo se incrementa hasta 200 ng/ml o más disminuye en forma irregular por un periodo de dos semanas en las mujeres que no amamantan. En el caso de las que están lactando las concentraciones aumentan extraordinariamente en respuesta a la succión y mientras más succión se realice en el día las concentraciones basales altas de prolactina persisten hasta por más de un año.

---

<sup>11</sup>Ibídem p.1.157

## LACTANCIA MATERNA.

*Galactopoyesis.* Es el mantenimiento de la secreción láctea establecida. Para el inicio y mantenimiento de la lactancia es esencial la presencia de un eje hipotálamo hipofisiario intacto.

Las terminaciones nerviosas sensitivas localizadas en el pezón son estimuladas por la succión, produciéndose entonces un reflejo neural aferente, vía la médula espinal al mesencéfalo, y de ahí al hipotálamo, lo que produce por un lado secreción y liberación de prolactina a nivel de la hipófisis anterior, y por otro lado secreción y liberación de oxitocina a nivel de la hipófisis posterior.<sup>12</sup>

### MECANISMO DE PRODUCCION DE LA LECHE

Cuando el niño succiona se envía un mensaje al cerebro.



El mensaje estimula la liberación de dos tipos de sustancias químicas (hormonas).

Una de las hormonas estimula la producción de la leche.

La otra, favorece su salida.

La producción de la leche será adecuada siempre que el niño succione con frecuencia.

La prolactina estimula la síntesis y producción de leche, y la cantidad que se secreta es proporcional a la cantidad de estímulo del pezón la oxitocina causa eyección de la leche de los alveolos, conductos y senos galactóforos mediante la contracción de las células mioepiteliales que rodean estas estructuras. Este es el reflejo de eyección o “bajada” de la leche. En

<sup>12</sup> *Ibíd.* p. 4.38

estados de tensión o dolor hay liberación de adrenalina que puede bloquear este reflejo, impidiendo la salida de la leche.

La síntesis de la leche es un proceso transcelular, lo que significa que todos los componentes de la leche se elaboran o pasan a través de la célula alveolar mamaria. Cada nutriente contenido en la leche sigue un camino bien identificado para su síntesis y secreción en los alveolos. Si bien la producción inicial de la leche sucede como consecuencia de mecanismos hormonales internos, para garantizar el mantenimiento de su producción es esencial el estímulo de la succión.<sup>13</sup>

### VENTAJAS DE LA LECHE MATERNA

Actualmente sabemos que la leche materna es insustituible no solo desde el punto de vista nutricional, sino por su papel protector contra diferentes enfermedades en el niño, y por la importancia que tiene sobre su desarrollo físico y mental. Las ventajas que tiene la lactancia materna son múltiples e involucran al niño y a la madre.

Desde el punto de vista nutricional, leche materna es la leche específica de nuestra especie y su contenido de nutrientes es el adecuado para satisfacer las necesidades de crecimiento propios del lactante humano, es fácilmente digerible, la absorción de sus nutrientes en el tubo digestivo es más eficiente, contiene nutrientes que la leche de vaca no tiene y que han demostrado ser vitales para el ser humano, tales como los ácidos grasos de cadena muy larga, que son lípidos que se incorporan en el cerebro de los niños amamantados, y en los niños prematuros al parecer tienen relación con ligera mejoría en el coeficiente intelectual. Presenta un alto porcentaje de compuestos nitrogenados de origen no proteico que participan en la síntesis proteica, en el control de la colonización intestinal y algunos son factores de crecimiento que regulan el desarrollo tisular.

---

<sup>13</sup> Ibídem p. 4.38

Contiene hormonas, enzimas, los niños amamantados tienen una menor carga renal de solutos. Su contenido en beta lactoglobulina, proteína responsable de alergia a la leche de vaca, es mínimo.<sup>14</sup>

La leche materna ofrece ventajas inmunológicas y confiere protección contra algunas enfermedades de origen infeccioso, principalmente gastrointestinales y respiratorias, lo que la hace ser un factor importante en la disminución de la morbimortalidad infantil.

Las ventajas para la madre incluyen una disminución del sangrado postparto, favorece la involución uterina por la producción de oxitocina, pérdida de peso de manera natural después del parto, bajo condiciones muy estrictas (lactancia materna exclusiva a libre demanda durante los primeros 6 meses postparto y cuando la madre se encuentra en amenorrea) puede disminuir la posibilidad de un nuevo embarazo, brinda también ventajas psicológicas para la madre y el niño y favorece el establecimiento del vínculo afectivo. Siempre está lista y a temperatura ideal, además de que constituye un ahorro.

## G. MANEJO DEL PUERPERIO FISIOLÓGICO

La dieta debe iniciarse tan pronto como la persona restablezca su apetito, tratándose de un parto vaginal normal. Cuando el nacimiento es por cesárea, un lapso de espera de 12 a 24 horas es recomendable, hay que motivar el inicio del baño y la ambulación temprana después del parto; esta última favorece la involución y drenaje del útero, además que reduce la frecuencia de tromboflebitis. El restablecimiento a las actividades normales dependerá de cada persona, tomando en cuenta sus necesidades, la respuesta que tenga ante las molestias ocasionadas por el parto o la cesárea, así como el apoyo que tenga en su hogar. Este periodo puede

---

<sup>14</sup> Ibídem Capítulo 6

durar de 1 a 6 semanas, en los cuidados perineales debe recomendarse el lavado frecuente con agua y jabón, evitar el uso de pomadas y mantener el área seca. Puede indicarse el uso de un analgésico o antiinflamatorio no esteroideo (metamisol, paracetamol, ibuprofeno, etc.) por corto tiempo. En cuanto al reinicio de actividades sexuales, la mayoría de las mujeres manifiesta un deseo sexual bajo o ausente al principio del puerperio. Casi la mitad informa una recuperación de la libido dentro de las dos o tres semanas y el resto entre las 6 y 8 semanas postparto.<sup>15</sup>

## ATENCIÓN DEL NEONATO NORMAL

Sin importar cuáles sean las circunstancias, el local de nacimiento, o el tipo de instalaciones disponibles para la atención todos los recién nacidos tienen ciertas necesidades que se deben satisfacer para que prosperen y tomen su lugar en la sociedad. Algunas de estas necesidades tienen prioridad, otras se pueden satisfacer simultáneamente y otras más son importantes pero no urgentes. A continuación se enlistan nueve necesidades universales del neonato; las dos primeras se deben atender en ese orden, pero las otras no requieren la misma prioridad.<sup>16</sup>

1. Vías aéreas permeables.
2. Establecimiento de la respiración.
3. Calor.
4. Protección contra hemorragias.
5. Protección contra infecciones.
6. Identificación y observación.
7. Alimentación.

---

<sup>15</sup> Ibídem P. 1.157

<sup>16</sup> Olds ENFERMERIA MATERNO INFANTIL Capítulo 13

8. Cariño, vínculo padres-bebé

9. Descanso.

**VIAS AEREAS PERMEABLES:** Si las vías aéreas no están despejadas sino llenas de líquido amniótico, partículas de meconio o sangre y el bebé no trata de respirar e inhalar, el árbol respiratorio de puede obstruir, irritar o contaminar.

Las vías aéreas deben ser despejadas utilizando los siguientes métodos:

- Limpiar la cara del bebé en el momento del nacimiento de la cabeza.
- Aspirar suavemente primero la boca y luego la nariz con un aspirador pequeño, blando y corto o con un catéter blando insertado a un sifón antes de que termine el nacimiento.
- Sostener la cabeza del bebé hacia abajo para drenar inmediatamente después del nacimiento mientras que suavemente se comprime la faringe hacia la boca para forzar la salida de secreciones

**ESTABLECIMIENTO DE LA RESPIRACION:** Si la respiración no se presenta espontáneamente después de que las vías aéreas quedan despejadas el bebé deberá ser estimulado a llorar. Esto se puede efectuar golpeando ligeramente sus alones o nalgas, frotando la espalda suavemente o aspirando cuidadosamente la nariz con un catéter blando. Se deben mantener las vías aéreas colocando la cabeza apropiadamente o usando una vía aérea orofaríngea pequeña para evitar que la lengua del bebé se retraiga y obstruya la faringe.<sup>17</sup>

**CALOR:** Los recién nacidos pueden sufrir por disminución de la temperatura corporal, no porque produzcan poco calor sino debido a que son muy vulnerables a la pérdida de él. Pierden calor fácilmente porque el área de su superficie corporal es demasiado grande en relación con su peso, y además porque tienen relativamente poca grasa subcutánea que les proporcione aislamiento. Según Phillips “La madre es una fuente de calor muy buena para el bebé normal, seco y envuelto, colocado sobre su pecho”, esto se relaciona también con las técnicas tempranas de la relación madre e hijo. La importancia de mantener el calor corporal del bebé inmediatamente después del nacimiento y en el extenso periodo neonatal, ha sido subrayada porque la temperatura del niño influye en la cantidad de calorías que éste debe consumir para mantenerse caliente, así como en su consumo de oxígeno, en la incidencia de apnea, y e equilibrio ácido básico de su

---

<sup>17</sup>Ibídem p.289

sangre. La forma en que se vista al bebé dependerá de la temperatura de la sala o del área de alojamiento. las recomendaciones actuales son que la temperatura ambiente sea de 22 a 25°C con una humedad relativa del 35-60%. La temperatura normal de recién nacido debe fluctuar entre los 36 a 37 °C.

**PROTECCION CONTRA HEMORRAGIAS:** Actualmente, para la mayoría de los bebés nacidos en hospitales se usa la técnica de sujeción del cordón umbilical con algún tipo de banda de compresión, en lugar de la cinta de tejido de algodón utilizada durante tantos años. Estos sujetadores han resultado satisfactorios y, aunque debe observarse con frecuencia el cordón para cerciorarse de que no haya sangrado la incidencia de problemas es sumamente baja.

**PROTECCIÓN CONTRA INFECCIONES:** Ésta abarca todo el medio ambiente, las técnicas de manejo del recién nacido y la alimentación del bebé. En muchos estados de la unión americana la protección del bebé implica el uso de algún agente profiláctico contra la oftalmia neonatorum causada por el microorganismo de la gonorrea; generalmente se instilan de 1-2 gotas de nitrato de plata al 1% en cada ojo en la sala de partos. La enfermera deberá advertir a la madre que las gotas causan cierta inflamación y secreción las sig. 24 hrs. La enfermera deberá recomendar a la madre un constante lavado de manos, las uñas cortas y evitar que el bebé se encuentre cerca de enfermos, realizara una curación diaria al cordón umbilical y detectara la posible presencia de inflamación o secreciones en el área-

**IDENTIFICACIÓN Y OBSERVACIÓN:** La identificación del bebé se puede efectuar en diversas formas, pero siempre deberá ser hecha fuera de toda duda antes de que salga de la sala de partos. En os nacimientos múltiples los bebes deben ser identificados inmediatamente después del nacimiento de modo que no haya ninguna confusión posterior. Se recomienda una identificación que se pueda verificar fácilmente, al como el uso de bandas dobles o triples<sup>18</sup>.

**BAÑO DE ADMISIÓN:** Aunque algunos recién nacidos reciben su primer baño en la sala de partos o en el anexo, muchos bebes reciben su baño de admisión en el cunero después de ser revisados, identificados, pesados y medidos, pero muchos bebes no son bañados completamente sino hasta varias horas después del nacimiento, cuando la temperatura del cuerpo es más alta. Los neonatos están

---

<sup>18</sup>Ibidem p.291

cubiertos con cantidades variables de v́ernix y sangre, y pueden estar sucios con meconio. Durante el baño de admisi3n la enfermera procura eliminar toda esta suciedad, reafirmar la identificaci3n, inspeccionar cuidadosamente al bebe tomar su temperatura constantemente y vestirlo de manera apropiada. Al momento de bañarlo se empleara un jab3n antibacteriano suave y la enfermera lavara sus manos antes y despu3s de cada baño y orientara a la madre sobre la t3cnica y el mejor procedimiento para realizarlo sin que el neonato pierda calor y de una manera segura y c3moda.

**ALIMENTACI3N:** La enfermera deber3 explicar de manera detallada las ventajas y desventajas de la lactancia materna, as3 como las t3cnicas de alimentaci3n al seno materno y la alimentaci3n adecuada para favorecer a la madre en este proceso.

**CARIÑO Y VINCULO ENTRE PADRES:** Tanto el padre como la madre deben tener una oportunidad de ver y tener en sus brazos al beb3 sin ninguna premura inmediatamente despu3s del nacimiento, cuando el beb3 es visto, tocado y atendido por primera vez son per3odos sensibles en el desarrollo del v3nculo. Si la madre tambi3n est3 alerta y deseosa, y las circunstancias del parto y nacimiento lo permiten, aparecer3 una pronta interacci3n padres-hijo seguida por visitantes frecuentes, lo cual parecer3 ayudar a los padres j3venes a desarrollar las satisfactorias identidades materno-paternas<sup>19</sup>.

La enfermera est3 en una excelente posici3n para evaluar y facilitar el desarrollo del v3nculo afectivo, se dice que un toque suave con la punta de los dedos sobre las manos y pies progresa a movimientos de masaje de la palma sobre el tronco del beb3, el contacto visual es notable y con frecuencia es demostrable una posici3n caracter3stica cara a cara, esta observaci3n ayuda a establecer una identidad del reci3n nacido como una persona y proporciona una provechosa retroalimentaci3n a la madre.

---

<sup>19</sup> Idem p.309



DESCANSO: Tal vez no haya más individual para cada lactante que el ciclo de sueño-actividad. Es importante que la enfermera reconozca las variaciones individuales de cada recién nacido y ayude a los padres mientras desarrollan la visibilidad ante los signos de comunicación de su hijo y sus ritmos de actividad y sueño. El recién nacido presenta varios estados diferentes de sueño y vigilia, no es raro que un lactante duerma casi en forma continua durante los primeros dos o tres días después del parto; solo despierta para alimentarse cada tres o cuatro horas. Algunos neonatos evitan esta etapa de sueño profundo y solo pueden requerir 12 a 16 horas de sueño. Los padres necesitan saber que esto es normal.<sup>20</sup>

EDUCACIÓN DE LOS PADRES: La madre reciente tendrá un nivel más bajo de ansiedad si se le proporciona un conocimiento amplio sobre su bebé. Aunque esté en el hospital por poco tiempo en el periodo postparto, es responsabilidad de la enfermera iniciarla o educarla en los siguientes aspectos: Importancia de la estimulación, posible rivalidad con los hermanos, atención del bebé, baño, cuidados de la piel, cuidados del cordón, cuidado de la circuncisión, nutrición, alimentación al seno materno, preparación del biberón y fórmula en caso necesario, introducción de alimentos sólidos, períodos de sueño, patrones de eliminación, seguridad. (en el asiento del automóvil, prestar atención todo el tiempo al bebé, condiciones ambientales, pacificadores, recursos disponibles, cunas...)

---

<sup>20</sup> Ingalls ENFERMERIA MATERNO INFANTIL Y PEDIATRICA P.897

### 1.3 COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO

La vigilancia y valoración de la mujer ha de ser un trabajo prioritario en los cuidados de enfermería durante el puerperio. La detección de una complicación y la rápida actuación son vitales para la efectividad del tratamiento.

Las complicaciones en el puerperio pueden presentarse en cualquiera de sus periodos. En el puerperio inmediato la más frecuente es la hemorragia. En el puerperio clínico o en el tardío puede aparecer la infección puerperal en cualquiera de sus formas y la depresión puerperal o en su forma más grave, la psicosis puerperal.

- A. HEMORRAGIA. La hemorragia puerperal, puede presentarse dentro de las 24 horas después del parto y en este caso se considera como una hemorragia del puerperio inmediato o hemorragia puerperal temprana. La hemorragia del puerperio clínico o tardío ocurre después de las 24 horas e incluso puede producirse dentro de las 6 semanas posteriores. La hemorragia puerperal se define como una pérdida sanguínea superior a los 500 ml.<sup>21</sup>

Hemorragia del puerperio inmediato. Después del parto hay que considerar los factores que predisponen a la mujer con riesgo de hemorragia:

- a. Antecedentes con problemas hemorrágicos o de coagulación.
- b. Fibromas en la pared uterina.
- c. Anemia durante el embarazo.
- d. Un feto grande o un embarazo múltiple.
- e. Gran multiparidad.
- f. Retención de restos placentarios.
- g. Exceso de líquido amniótico (hidramnios).

---

<sup>21</sup> Torrens Sigalés Rosa María Enfermería de la Mujer Pág. 291

- h. Traumatismos por procedimientos obstétricos (extracción con ventosa, extracción manual de placenta).
- i. Disfunción uterina con administración de oxitocina.
- j. Trabajo de parto prolongado o precipitado y/o uso de anestésicos con relajación muscular.

Generalmente las principales causas de la hemorragia postparto son: atonía uterina, traumatismos del canal de parto, retención de fragmentos placentarios y problemas de coagulación.<sup>22</sup>

1. ATONIA UTERINA: La retención de restos placentarios, un parto muy rápido o prolongado, placenta previa, embarazo múltiple, un feto grande, polihidramnios. Pueden ser las causas de que no se produzca una correcta contracción uterina inmediatamente después del parto, no produciéndose las ligaduras vivientes de Pinard. Se observa:
  - Útero distendido y aumentado de tamaño.
  - Perdida hemática.
  - Taquicardia y agitación.
  - Hipotensión.
  - Signos de shock.
2. RETENCION PLACENTARIA: Los trozos de placenta o de membranas que puedan haber quedado adheridos al útero impiden que este se contraiga y son un potencial para desencadenar una hemorragia precoz o tardía. La retención placentaria se puede producir por una atonía durante el alumbramiento, por una mala inserción de la placenta, por una implantación anómala o placenta accreta.

---

<sup>22</sup> Ibídem p.291

La retención placentaria requiere un tratamiento con oxitocina, y si con ello no se logra la expulsión de los restos placentarios, será necesaria una extracción manual bajo anestesia.

3. TRAUMATISMOS EN EL CANAL DE PARTO. Desgarros y laceraciones. Las partes blandas del tracto vaginal que intervienen en proceso del parto como son: el cuello uterino, la vagina, la vulva y el periné son potencialmente susceptibles de haber sufrido algún desgarro y pueden dar lugar a una pérdida de sangre abundante en el periodo de postparto inmediato.

La hemorragia producida por un desgarro en el canal del parto se diferencia de la hemorragia secundaria a una atonía uterina o a una retención placentaria en el hecho de que mientras la sangre fluye de color rojo brillante de forma abundante o en goteo, el útero permanece contraído y de tamaño normal. Los hematomas pueden dar lugar a una pérdida de sangre sin que se visualice la hemorragia. Se localizan en el periné en la zona de episiotomía o de los desgarros, en la vagina o en cualquier zona del canal blando<sup>23</sup>.

La presencia de un hematoma se caracteriza inicialmente por la manifestación de un intenso dolor en la zona donde se halle el hematoma, en el periné, en las nalgas o en la cavidad abdominal, en cualquier caso produce un gran malestar.

- B. HEMORRAGIA DEL PUERPERIO TARDÍO. La hemorragia del puerperio tardío sucede entre los 10 y 15 días después del parto. La presencia de estas hemorragias tienen como causas principales: la retención de restos placentarios que no se identificaron en el puerperio inmediato. La presencia

---

<sup>23</sup> Ibídem p.293

de algún coagulo de grandes dimensiones y una deficiente reepitelización del lecho placentario.

- C. INFECCIÓN PUERPERAL. Una vez transcurridas las primeras 24 horas después del parto, toda puérpera que tenga una temperatura superior a los 38°C mantenida en dos determinaciones separadas por un intervalo de seis horas, se considera que padece una infección puerperal.

La infección puerperal se produce como consecuencia de una afectación inflamatoria séptica de las heridas producidas en el aparato genital durante el parto.<sup>24</sup>

Los factores que inciden en la aparición de una infección son:

- a. La herida placentaria en la pared uterina, las heridas del canal de parto, la herida de la episiotomía o los desgarros perineales que junto a la pérdida hemática favorecen a la contaminación bacteriana.
- b. La involución uterina implica la presencia de productos de desintegración (loquios) que en un medio anaerobio favorece el desarrollo de gérmenes.
- c. Los partos prolongados y los tactos vaginales muy repetidos son un potencial para una posterior infección.
- d. La exposición quirúrgica como es en el caso de cesáreas, sobre todo las que se realizan en situaciones de urgencia.
- e. El estado de salud de la mujer previo al parto como puede ser: déficit nutricional, obesidad o diabetes.
- f. Bajo nivel socioeconómico y cultural que incluye escasa preparación, creencias y valores que afectan a la nutrición, a la higiene y a los cuidados sanitarios.

Infecciones puerperales localizadas:

---

<sup>24</sup> Ibídem p.293

1. VULVITIS. Como consecuencia de los desgarros o la episiotomía. Se observa dolor local, rubor, tumefacción, malestar general, la puérpera no se puede sentar y se siente incapaz de deambular.
2. VAGINITIS. Como consecuencia de los traumatismos del canal blando del parto y frecuentemente por el olvido de una gasa en la vagina. La puérpera refiere un dolor muy intenso, aparece fiebre alta con disuria y retención de orina.
3. ENDOMETRITIS. En la que aparece un dolor localizado en el hipogastrio, el útero esta blando y la puérpera refiere dolor a la presión y a la movilización, hay fiebre, los loquios tienen un dolor fétido y son de color achocolatado.
4. INFECCIÓN PUERPERAL EN FORMAS PROPAGADAS.
5. SALPINGOFORITIS. Aparece con fiebre muy alta, escalofríos, astenia y postración, dolor hipogástrico que puede irradiarse hacia la ingle y muslo.
6. METRITIS Y PARAMETRITIS. Asociadas a la endometritis; la infección es propagada por vía linfática. Aparece con la misma clínica que la endometritis pero con mayor virulencia y gravedad.
7. PELVIPERITONITIS. Suele aparecer a las dos semanas después del parto. Presenta hipertermia, escalofríos y distensión abdominal.
8. SEPTICEMIA. Propagada por vía hemática y provocada por cualquiera de las formas de infección ya mencionadas, el cuadro general es grave, fiebre alta, escalofríos y signos de shock.<sup>25</sup>

D. ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA. El concepto de enfermedad tromboembólica venosa incluye: tromboflebitis, flebotrombosis y trombosis venosa profunda.

---

<sup>25</sup> Ibídem p.295

El factor responsable de esta enfermedad es la estasis venosa, que en el puerperio viene determinada por la desaparición de los cambios hemodinámicos, desarrollados durante el embarazo y las modificaciones hematológicas, que se producen después del alumbramiento para asegurar una buena hemostasia. Existen unos factores que disponen a padecer esta enfermedad como son: Obesidad y/o mayor edad de la mujer.

#### E. COMPLICACIONES PUERPERALES DE LA MAMA.

##### a. Alteraciones funcionales.

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

##### b. Alteraciones estructurales. Son las que afectan al pezón e impiden la correcta succión por parte del neonato.

1. Pezón plano.
2. Pezón invaginado.
3. Grietas del pezón que suelen aparecer al segundo o tercer día del parto y pueden originar mastitis posteriores.<sup>26</sup>

##### c. Mastitis. Es la infección purulenta de la mama producida por el estaphylococcus aureus y secundaria al vaciado incompleto y la estasis de leche en los conductos de la mama.

Los factores de riesgo son:

---

<sup>26</sup> Ibídem p.295

- a. La presencia de pezones agrietados y doloridos, que hacen que la madre limite la duración de cada toma con un vaciamiento insuficiente de las mamas.
- b. Una mala colocación del pezón en la boca del lactante.
- c. La succión excesiva y mala higiene materna.

#### F. INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO.

La infección del tracto urinario en el puerperio es de un 5%; en las mujeres que han tenido un sondaje vesical es de un 15 %. La disminución de la percepción de la necesidad de orinar como consecuencia de las laceraciones del periné, así como por los efectos de la analgesia o anestesia puede provocar una retención transitoria de la orina, la estasis urinaria y el residuo de orina proporcionan un medio de cultivo a las bacterias como E. Coli, Proteus, Pseudomonas, S. aureus y Streptococcus faecalis causantes de la cistitis y la pielonefritis.

#### G. COMPLICACIÓN PSIQUIÁTRICA PUERPERAL.

Inicialmente la depresión puerperal o tristeza puerperal es el proceso de ajuste y readaptación; su presencia está además relacionada con los cambios hormonales, que se producen de forma rápida después del parto. Se presenta alrededor del 50% de las nuevas madres.

Como complicación psiquiátrica se entiende: la psicosis puerperal y la depresión mayor o neurosis puerperal.<sup>27</sup>

- a. PSICOSIS PUERPERAL. Se presenta con una frecuencia de entre el 0.5 y el 5% en las primíparas y la recurrencia en gestaciones posteriores es de entre el 5 y el 15 %. La púérpera con psicosis puerperal presenta

---

<sup>27</sup> Ibídem p.295



agitación, inquietud, insomnio, fragilidad emocional, confusión, lloriqueo, irracionalidad, alucinaciones y delirio.

Hace su aparición normalmente entre el 3º y el 10º día del puerperio. Este hecho hace que sea muy importante la preparación al alta ya que, además de los factores orgánicos como:

1. Agotamiento físico y psíquico del parto.
2. Hemorragia intensa.
3. Embarazo difícil.
4. Infección puerperal o sepsis con reacciones toxicoinfecciosas y metabólicas importantes.
5. Eclampsia en la que se produce edema cerebromeningeo.
6. Modificaciones endocrinas<sup>28</sup>.

Y los factores hereditarios y constitucionales, con los que también se relacionan factores psicosociales basados en la relación madre-hijo, la relación de la pareja y el establecimiento del vínculo, puede aparecer una psicosis tardía a partir del 29º mes del parto en la que aparecen cuadros depresivos de un alto componente melancólico.

#### b. DEPRESION MAYOR O NEUROSIS PUERPERAL.

La neurosis puerperal se desarrolla en aproximadamente el 10% de las púerperas y aparece entre las cuatro semanas un año después del parto.

Los factores de riesgo son:

1. Antecedentes de depresión puerperal.
2. Primiparidad.
3. Embarazo no deseado.
4. Falta de apoyo familiar, de una relación estable de pareja o con los padres.

---

<sup>28</sup> Ibídem p.296

5. Falta de autoestima.

1.4 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

1. CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL PUERPERIO FISIOLÓGICO INMEDIATO.

El puerperio inmediato comprende las primeras 24 horas después del parto; es el periodo en el que pueden surgir la mayor parte de complicaciones relacionadas con la atonía uterina y la hemorragia. En este periodo debemos vigilar principalmente:

- |                      |                                     |
|----------------------|-------------------------------------|
| ✓ Constantes vitales | cada quince minutos                 |
| ✓ Perdidas hemáticas | Abundantes, moderadas o escasas.    |
| ✓ Tono uterino       | Globo de seguridad                  |
| ✓ Altura uterina     | Vejiga urinaria, masaje en fondo u. |
| ✓ Estado del periné  | Hematoma                            |

Necesidades básicas:

- |  |   |
|--|---|
| ✓ Escalofríos                            | Cubrir a la puérpera con una manta.                                 |
| ✓ Hambre y sed                           | Proporcionar líquidos y cubrir la necesidad según el tipo de parto. |
| ✓ Reposo                                 | Crear un ambiente tranquilo   |
| ✓ Excitación emocional                   | Facilitar el contacto de los padres con el hijo.                    |
| ✓ Higiene corporal y boca. <sup>29</sup> | Ayudar a la higiene de cara manos                                   |

---

<sup>29</sup> Ibídem p.298

a) Objetivos:

1. Observar todos los signos de involución.
2. Favorecer la curación y evitar complicaciones.
3. Ayudar a la mujer a la satisfacción de necesidades básicas.
4. Facilitar el descanso y el sueño.
5. Estimular la micción espontánea entre las 5 y las 6 horas postparto.
6. Ayudar a la mujer en la fase de adaptación.
7. Identificar los factores de riesgo puerperal.
8. Cooperar con el contacto madre e hijo desde el primer momento.
9. En el puerperio inmediato la evaluación del estado de la mujer y los controles postparto se realizan con el objeto de evitar e identificar las posibles complicaciones y satisfacer sus necesidades.

b) En el control postparto hay que valorar:

1. Factores de riesgo puerperal: tipo de parto, retención de placenta, patologías inducidas por el embarazo, enfermedades coexistentes con el embarazo.
2. El estado del útero, mediante la palpación y el nivel del fondo uterino en relación de este con la cicatriz umbilical. Si el útero está blando, la enfermera verificará que la vejiga no esté llena ya que ello puede favorecer una atonía uterina. Hará un masaje sobre el fondo con las puntas de los dedos<sup>30</sup>.
3. La cantidad de la pérdida hemática.
4. Las constantes vitales.
5. Color de la piel y de las mucosas.

---

<sup>30</sup> Ibídem p.230

6. El estado del periné presencia de edema o formación de hematoma.
7. Control de la vejiga urinaria.
8. Estado inicial de las mamas.
9. Necesidad de beber y comer con relación a las horas desde la última ingesta y tipo de parto.
10. El reposo y el sueño, facilitando las condiciones apropiadas para ello.
11. Respuesta psicológica de acuerdo con las manifestaciones de dependencia y aceptación.
12. Interacción materno filial y vinculación inicial.

## 2. CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL PUERPERIO FISIOLÓGICO CLÍNICO O PRECOZ

El concepto de puerperio clínico comprende la primera semana después del parto. Si el parto ha sucedido en un centro hospitalario, se considera puerperio clínico al periodo que va desde el puerperio inmediato hasta el alta hospitalaria, que puede variar dependiendo de la evolución y/o de los criterios del centro asistencial entre las 24 horas a los 3 o 4 días.

En el breve periodo de tiempo que la mujer permanece en el centro hospitalario, la enfermera, al proporcionar los cuidados diarios, ha de ayudar a la mujer para que sea capaz de autocuidarse y adaptarse a su papel de madre<sup>31</sup>.

### a) Objetivos:

1. Controlar el equilibrio de Líquidos restablecidos con la observación de las constantes vitales, las pérdidas hemáticas, la eliminación y la hidratación.

---

<sup>31</sup> Ibídem p.231

2. Identificar de manera anticipada cualquier signo de complicación puerperal.
  3. Ayudar al restablecimiento de los hábitos normales de eliminación.
  4. Alentar a la realización autónoma de los cuidados personales.
  5. Promover el establecimiento del vínculo.
  6. Preparar a la mujer para el amamantamiento normal de su hijo.
- b) En los cuidados de enfermería la enfermera valorará:
1. Las constantes vitales.
  2. Las extremidades inferiores con la finalidad de detectar signos de una complicación tromboembólica.
  3. La normal evolución del proceso de involución mediante la palpación del fondo y consistencia del útero.
  4. Aspecto y cantidad de los loquios.
  5. Mamas y pezones para determinar la aparición de dolor, enrojecimiento, calor, firmeza, secreción láctea y la posible presencia de grietas.
  6. Aspecto del perineo, evaluar la cicatrización de la episiotomía, presencia de edema, rubor, equimosis, secreción y aproximación.
  7. Preparación para el alta.<sup>32</sup>

El alta tiene que prepararse desde el primer día del puerperio. Hay que tener en cuenta la estancia de la mujer en el centro hospitalario, en un parto normal puede variar de entre las 24 hrs. y los 3 o 4 días. En el momento del alta, es preciso asegurarse de que la mujer está informada, de todo lo relacionado con su autocuidado y el cuidado de su hijo.

Los aspectos que la mujer ha de conocer:

- a. Características de los loquios.

---

<sup>32</sup> *Ibíd*em 298

- b. Cuidados e higiene del periné.
- c. Cuidados de posibles hemorroides y medidas de prevención del estreñimiento.
- d. Alimentación adecuada para las madres que lactan.
- e. La no utilización de tampones durante las dos o tres semanas mientras dura la eliminación del exudado vaginal (loquios).
- f. Ejercicio físico de recuperación abdominal.
- g. No ha de realizar esfuerzos físicos (levantar cosas pesadas o subir grandes escaleras)
- h. Reanudación de la actividad sexual y contracepción.
- i. Necesidades de reposo y sueño.
- j. Cuidados del recién nacido.
  - Incremento de peso.
  - Recursos para el mantenimiento de la lactancia materna.
  - Preparación del biberón en casos necesarios y medidas higiénicas.
  - El baño como efecto relajante, necesidad higiénica, juego.
  - Lloro como único lenguaje del recién nacido, posición en la cuna.
  - Importancia de las relaciones afectivas, del contacto madre-padre-hijo<sup>33</sup>.
- k. Cambios hormonales que pueden afectar a las emociones y al estado de ánimo.
- l. Signos de complicación puerperal: color de los loquios después del 4º día (rojo brillante-sangre oscura):
  - Olor fétido de los loquios o exudado vaginal.
  - Temperatura igual o superior a 38°C
  - Dolor en mamas, piernas o pelvis.

---

<sup>33</sup> Ibídem p.298

- Urgencia al orinar.
- Dolor en el costado.
- Síntomas gripales.
- Sensación de inestabilidad emocional con periodos de depresión, que impiden el autocuidado y el cuidado del recién nacido de manera normal.<sup>34</sup>

### 3. ACTIVIDADES ENFERMEROS EN LA HEMORRAGIA DEL PUERPERIO INMEDIATO.

Observación y valoración. Ante la evidencia de una hemorragia el objetivo primordial de los cuidados de enfermería en el puerperio inmediato son:

- a. Valorar el proceso del parto, intervenciones y estado de la placenta.
- b. Valoración periódica de la perdida hemática.
- c. Valoración frecuente de la altura y consistencia del fondo uterino.
- d. Valoración de la episiotomía y del estado del periné.
- e. Identificar la presencia de los entuertos o de dolor perineal.  
Masaje en el fondo hasta que este firme.

Actividades.

1. Vaciar el útero de coágulos.
2. Controlar el vaciado de la vejiga y/o practicar un cateterismo vesical.
3. Control periódico de los signos vitales (cada 5 o 15 min). Si la hemorragia persiste, acompañándose del resto de las

---

<sup>34</sup> Ibídem p.298

manifestaciones en el cuadro clínico de shock; avisar inmediatamente al médico, extraer sangre y solicitar pruebas de coagulación y pruebas cruzadas y cateterizar una vía intravenosa para perfusión.<sup>35</sup>

Los hematomas requieren una actuación rápida ya que además del dolor, pueden representar una importante pérdida hemática. Los hematomas perineales responden a la aplicación de de bolsas de hielo y requieren una observación periódica por parte de enfermería. Los hematomas grandes requieren una intervención quirúrgica para evacuar el coagulo y conseguir la hemostasia; puede ser necesaria la indicación de factores de coagulación, antibióticos y/o transfusiones dependiendo la gravedad de cada caso.

#### 4. ACTIVIDADES ENFERMEROS EN LA INFECCIÓN PUERPERAL.

Observación y valoración. La infección puerperal de una mujer representa un riesgo para el resto de las mujeres hospitalizadas, por este motivo ha de aislarse hasta que el tratamiento médico esté instaurado y se haya normalizado la temperatura.

- a. Atención a la presencia de dolor.
- b. Fiebre.
- c. Aspecto y olor de los loquios.
- d. Aspecto de la herida quirúrgica, presencia de calor, rubor, tumefacción.

Actividades.

1. Administrar el tratamiento con antibióticos.
2. Si hay manifestaciones de dolor es preciso administrar analgésicos.

---

<sup>35</sup> Ibídem p.298



3. Control de las constantes vitales.
4. Facilitar reposo y sueño.
5. Proporcionar medidas higiénicas encaminadas a mejorar el bienestar de la mujer.
6. Aplicar medidas físicas para favorecer el descenso de la fiebre.
7. Efectuar la higiene del periné y cambio de apósito frecuentemente.
8. Verificar los conocimientos de la mujer en relación a la higiene y autocuidado.
9. Proporcionar el apoyo psicológico necesario<sup>36</sup>.

## 5. ACTIVIDADES ENFERMEROS EN ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA

Observación y valoración.

- a. Valoración de los factores predisponentes.
- b. Valoración de las piernas de la mujer para evidenciar el edema, cambios de temperatura o dolor a la palpación.
- c. Atención a cualquier queja de dolor en la pierna, del área inguinal o parte baja del abdomen: puede indicar trombosis venosa profunda.
- d. Fiebre.

Actividades.

1. Movilización de la mujer.
2. Evitar compresión de las extremidades inferiores.
3. Administrar heparina profiláctica a las mujeres de riesgo.
4. Elevar las piernas cuando la mujer este sentada.

---

<sup>36</sup> Ibídem p. 293

5. Multiparidad.
6. Anestesia en el parto e intervención quirúrgica con posible traumatismo vascular y estasis venosa por inactividad prolongada.
7. Antecedentes de trombosis venosa.
8. Anemia.
9. Enfermedad cardiaca.
10. Uso de estrógenos para la supresión de la lactancia.
11. Varicosidades.<sup>37</sup>

## 6. ACTIVIDADES ENFERMEROS DE COMPLICACIONES PUERPERALES DE LA MAMA.

- a. Observación y valoración.
- b. Ingurgitación mamaria, enrojecimiento y calor.
- c. Pezones inflamados y agrietados.
- d. Fiebre y malestar general.
- e. Falta de conocimiento de las técnicas de la lactancia materna.
- f. Falta de seguridad en la capacidad para dar de mamar eficazmente.

### Actividades.

1. Verificar el nivel de conocimientos con relación a las técnicas de la lactancia, con el fin de planificar las necesidades de enseñanza de la madre.
2. Explicar las técnicas de los cuidados de la mama y del pezón.
3. Comentar los síntomas de la mastitis con el objetivo de disminuir los riesgos.
4. Proporcionar una relación de apoyo para facilitar el aprendizaje y la aceptación de las técnicas de la lactancia y los cuidados de la mama.

---

<sup>37</sup> Ibídem p.295

5. Administrar los analgésicos y antibióticos prescritos.

## 7. ACTIVIDADES ENFERMEROS DE INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO.

Observación y valoración.

- a. Presencia de polaquiuria.
- b. Hematuria, disuria, nicturia.
- c. Fiebre.
- d. Dolor suprapúbico.
- e. Escalofríos.
- f. Dolor en el costado.
- g. Nauseas y vómitos.<sup>38</sup>

Actividades.

1. Recoger una muestra de orina para un cultivo y antibiograma.
2. Insertar una sonda vesical permanente.
3. Administrar el tratamiento médico.
4. Informar a la mujer de la necesidad del vaciado de la vejiga siempre que sienta urgencia de orinar y de una minuciosa higiene perineal.
5. Procurar un incremento en la ingesta de líquidos.

## 8. ACTIVIDADES ENFERMEROS EN LA COMPLICACIÓN PSIQUIÁTRICA PUERPERAL.

Los cuidados de enfermería tienen un sentido profiláctico y de prevención. Los problemas psiquiátricos puerperales aparecen cuando la mujer está en su domicilio y en este caso la valoración y cuidados dependerá de los servicios de atención comunitaria y atención domiciliaria. Es en este sentido

---

<sup>38</sup> Ibídem p.295

que desde la preparación al alta, hay que informar a la mujer con factores de riesgo de lo que la enfermera y el equipo asistencial han podido detectar.

Observación y valoración.

- a. Factores de riesgo.
- b. Aparición de signos de depresión:
  - Ansiedad.
  - Irritabilidad.
  - Falta de concentración.
  - Falta de memoria.
  - Insomnio.
  - Cambios en el apetito.
  - Llanto fácil.
  - Expresión de sensación de fracaso.

Actividades.

1. Informar a la madre y pareja sobre la posible aparición de tristeza puerperal en los primeros días después del parto.
2. Informar a la madre y pareja de los síntomas de una psicosis o neurosis puerperal, indicando la necesidad de acudir a un especialista si los síntomas persisten o se agravan.
3. Ayudar a la puérpera a planear su llegada al hogar como apoyo para enfrentar la nueva situación.<sup>39</sup>

---

<sup>39</sup> Ibídem p.296

## **CAPITULO II PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA**

### **2.1 PRESENTACIÓN DEL CASO**

Se trata de La persona Fabiola Estrada Suárez, de 26 años, estado civil casada, escolaridad preparatoria, originaria del Estado de Michoacán, ocupación comerciante, vive en casa rentada con tres habitaciones, y todos los servicios sanitarios, no tiene animales domésticos, no cuenta con servicio médico asistencial, realiza hábitos higiénicos aceptables y consume alimentación balanceada, no practica ningún deporte

**ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS:** Tabaquismo negado, alcoholismo ocasional, niega epilepsia, HTA, cardiopatías, nefropatías y enfermedades infectocontagiosas, amigdalectomía a los quince años, niega transfusionales y antecedentes traumáticos.

**ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS:** Menarca 12 años con duración 4/5 , IVSA 19 años con un solo compañero sexual , control prenatal previo DIU, ultimo Papanicolaou en Enero y sin patologías aparentes G2 P2 A0 C0, periodo intergenésico de 3 años., no presentó complicaciones en embarazo previo.

Persona que Ingresa a consultorio de urgencias en trabajo de parto fase activa, signos vitales de T/A 110/70 FC 80, FR 21, Temp. 36.5º, 2 contracciones cada dos mín. apróx. Un peso de 72 Kg., FUM 12-Nov-2009 FPP 19/Agosto/2010, a la exploración encontramos producto único vivo, con FCF de 152 latidos por min., en posición cefálica, situación longitudinal, dorso fetal a la izquierda, al tacto encontramos dilatación cervical de 7cm y borramiento del 90%, por lo que ingresa a sala de labor para resolución de su embarazo, se proporciona orientación psicológica, se instalan soluciones intravenosas, se realiza amniorexis y evoluciona favorablemente, pasa a sala de expulsión con 10 cm de dilatación y 100% de borramiento

Se acomoda a la persona en posición ginecológica, se colocan campos estériles, y se realiza aseo genital y episiotomía obteniéndose producto único vivo que llora y respira al nacer, se realiza extracción de placenta, revisión de cavidad y administración de oxitocina, se realiza episiorrafia, se limpia el área y se procede a retirar campos estériles pasando persona a sala de recuperación para la atención del binomio.

## 2.2 VALORACIÓN

Persona puérpera inquieta, orientada y cooperadora, la cual refiere adinamia, dolor en zona perineal, entuertos presentes, estreñimiento, disuria y desconocimiento parcial sobre la involución uterina, alimentación postparto, técnicas de lactancia, detección de signos y síntomas de alarma durante el puerperio y cuidados al recién nacido, la cual se encuentra en el momento con moderada palidez de tegumentos, mucosas orales semihidratadas, signos vitales estables, senos turgentes con lactopoyesis presente, útero contraído a nivel de cicatriz umbilical con buena involución uterina, episiorrafia en proceso de cicatrización, ligeramente edematizada y sin secreciones purulentas presentes, con sangrado transvaginal moderado de color rojo brillante, miembros inferiores sin presencia de edema y reflejos osteotendinosos normales, la cual se encuentra con su hijo recién nacido para la atención del binomio.

### 2.3 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA

- 1) Dolor R/C proceso de cicatrización del periné M/P inflamación, eritema y la propia persona.
- 2) Estreñimiento R/C hipomotilidad intestinal en un tiempo prolongado y ayuno M/P más de 48 horas sin deposición.
- 3) Alteración del patrón de sueño R/C dolor en el postparto, atención del bebé y rutinas hospitalarias M/P adinamia e incomodidad y referido por la propia persona.
- 4) Déficit de conocimientos R/C una sobrecarga sensorial, física y mental M/P las dudas planteadas por la persona.
- 5) Retención urinaria R/C distensión vesical y disminución de la sensación de plenitud vesical M/P dificultad para orinar y molestias abdominales
- 6) Lactancia materna ineficaz R/C falta de conocimientos M/P una técnica deficiente de lactancia materna.
- 7) Riesgo potencial de hipotensión severa y taquicardia R/C el déficit sanguíneo, generado durante el parto y el puerperio inmediato
- 8) Riesgo de infección mamaria R/C la congestión láctea y el vaciamiento incompleto de la mama.
- 9) Alto riesgo de hemorragia R/C atonía uterina en la primera hora del puerperio inmediato
- 10) Riesgo de hipertermia las primeras 24 h R/C el esfuerzo y la deshidratación sufrida en el parto
- 11) Riesgo de infección R/C defensas primarias inadecuadas M/P presencia de herida (episiotomía).
- 12) Riesgo de depresión R/C postparto M/P llanto excesivo, cambio de ánimo, irritabilidad pronunciada, sentimientos de inadecuación.

## 2.4 PLANEACIÓN, INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA Y EVALUACIÓN

- 1) Dolor R/C proceso de cicatrización del periné M/P inflamación, eritema y la propia persona.

### OBJETIVOS:

- La persona estará informada del origen de su dolor.
- La persona manifestará tener menos dolor tras la aplicación de las medidas terapéuticas necesarias.

### INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:

- a) Informar a la persona del origen y el porqué de su dolor y vigilar sus características.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA: Una de las influencias más importantes en el alivio del dolor es la relación que existe entre la enfermera y la persona. En la mayor parte de los métodos, la enfermera tiene el poder de aliviar el dolor y mantener el alivio. Este conocimiento crea una ansiedad anticipadora en la persona. El enfermo solicita menos cantidad de fármacos cuando la enfermera proporciona apoyo, atención y ayuda para el tratamiento del dolor

- b) Vigilar episiotomía y realizar los cuidados necesarios.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA: Debemos observar el estado del perineo y el área en torno al mismo en forma regular durante el periodo de postparto. Se examina el perineo y la episiorrafia, se palpa para detectar signos de complicaciones como hematomas, equimosis, edema, eritema y/o sensación de dolor, valorar el estado de las suturas.



- c) Valorar la aplicación de calor local o hielo en episiorrafia (las primeras 24 horas), relajación y fomentar baños de asiento en agua tibia, colocación de apósitos húmedos y aplicación de anestésicos.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA: La aplicación de calor húmedo en el área produce vasodilatación local, mejora el metabolismo tisular, aumenta la circulación, favorece la comodidad, favorece la cicatrización y reduce el dolor. Las aplicaciones frías favorecen la vasoconstricción, disminuyen el edema, reducen el dolor, disminuyen la temperatura y reducen o suspenden la hemorragia local.

EVALUACIÓN: La persona hizo referencia de disminución progresiva del dolor gracias a las medidas terapéuticas dictaminadas, la episiotomía se encontraba en buen estado al momento del alta hospitalaria.

- 2) Estreñimiento R/C hipomotilidad intestinal en un tiempo prolongado y ayuno M/P más de 48 horas sin deposición.

OBJETIVO: La persona hará una deposición antes del momento del alta, para recuperar su patrón de eliminación habitual.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:

- a) Estimular a la persona para que deambule un rato a lo largo del día para recuperar el movimiento en el tracto intestinal.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA: La ambulación temprana ayuda a la persona a disminuir el tiempo de hospitalización, evita complicaciones como la tromboflebitis, mejora el bienestar físico y mental, aumenta la fuerza muscular, la movilidad articular, el intercambio respiratorio, el tono muscular gastrointestinal y la circulación. La valoración de enfermería incluye auscultar los ruidos

intestinales, palpar para detectar distensión del abdomen y preguntar a la persona si ha expulsado gases, la presencia de ruidos intestinales indica que todos los procesos intestinales se están llevando a cabo.

- b) Fomentar el consumo de una dieta rica en frutas y verduras que contenga una importante cantidad de fibra y abundantes líquidos.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA: Poco después del parto la mujer expresará deseo de ingerir algo, en general no hay contraindicación para darle alimento, la dieta del puerperio debe proporcionar una nutrición balanceada, suficientes alimentos para cubrir las calorías adicionales y nutrientes que se requieren durante la lactancia. Ayudando así a acelerar la convalecencia, mejorar la calidad de la leche y la resistencia a infecciones.

- c) Valorar el uso de laxantes siempre por orden facultativa.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA: Debemos fomentar una ingesta rica en fibras para facilitar la digestión pero en algunos casos previa valoración ayudaremos a la evacuación con el uso de laxantes solo bajo indicación médica.

- d) Aseo genital para favorecer cicatrizaciones

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA: Los cuidados higiénicos incluyen la limpieza del perineo y de los órganos genitales para prevenir un crecimiento bacteriano que pueda aumentar rápidamente en un ambiente cálido, oscuro y húmedo. Los cuidados perineales se proporcionan frecuentemente como parte regular del baño, pero más a menudo es posible que se requieran para prevenir irritaciones en la piel, infección molestias, ayudar a la cicatrización y evitar el mal olor.

Se deberá enseñar a la madre la manera correcta de aplicar y remover las toallas sanitarias del perineo y la manera de limpiar el área después de orinar y defecar (de adelante hacia atrás limpiando una sola vez) con el fin de reducir el riesgo de infecciones en caso de episiotomía o laceraciones

EVALUACIÓN: Se administran laxantes al inicio presentando la primera deposición, posteriormente inicia la deambulaci3n continua y se regula la funci3n intestinal.

- 3) Alteraci3n del patr3n de sue1o R/C dolor en el postparto, atenci3n del beb3 y rutinas hospitalarias M/P adinamia e incomodidad y referido por la propia persona.

OBJETIVO: La persona recuperar3 su patr3n de sue1o habitual.

INTERVENCI3N DE ENFERMERÍA:

- a) Proporcionar un ambiente de relajaci3n, sin ruidos ni luces molestas para la persona con el fin de favorecer su descanso, reposo y sue1o.

FUNDAMENTACI3N CIENTÍFICA: Durante el puerperio la madre necesita reposo adecuado, es conveniente que se relaje y duerma siempre que sea posible. El reposo se facilita reduciendo la preocupaci3n y las situaciones que producen ansiedad y manteniendo c3moda a la madre.

EVALUACI3N: Se logra mantener en reposo a la persona y con largos per3odos de sue1o.

- 4) D3ficit de conocimientos R/C una sobrecarga sensorial, f3sica y mental M/P las dudas planteadas por la persona.

OBJETIVO: La persona manifestar3 comprender y dominar todos los cuidados materno-infantiles pautados en el alta.

## INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:

- a) Instruir y enseñar técnicas de cuidados post-parto.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA: La enfermera identifica el nivel de conocimientos y destrezas de la persona y repasa los puntos necesarios con respecto al cuidado personal y actividades para el cuidado del recién nacido, reanudación de la ovulación y la menstruación, métodos anticonceptivos, reanudación de las relaciones sexuales, poniendo especial énfasis en signos y síntomas de alarma, como son; hemorragia vaginal abundante, o secreción con mal olor, fiebre, área inflamada, enrojecida, adolorida o caliente, dolor al orinar o dolor persistente.

- b) Instruir y enseñar técnicas de cuidados al recién nacido.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA: Los recién nacidos tienen conductas muy distintas y la nueva madre debe determinar el comportamiento exclusivo de su hijo y la manera de comunicarse. Con frecuencia se preocupa acerca de si dicho comportamiento es adecuado, en especial por lo que respecta al aumento de peso, llanto, evacuaciones, alimentación, patrones de sueño, en qué momento introducir nuevos alimentos, etc. La intervención de enfermería tiene el objeto de incrementar la sensación de competencia y la satisfacción de la madre en el cuidado del niño, promoviendo así las relaciones más sanas de tipo materno-infantil y el desarrollo del lactante. Se debe ayudar a las madres a reconocer y responder de manera adecuada a la individualidad del niño, su manera de comunicarse y sus necesidades de especiales de sueño, alimentación y estímulos.

- c) Pautar ejercicios para el reforzamiento de la musculatura pélvica.

**FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:** Es conveniente iniciar ejercicios en el puerperio para acelerar la recuperación, evitar complicaciones y reforzar los músculos de la espalda, piso pélvico y el abdomen. Al tonificar los músculos, estos ejercicios ayudan a la madre a recuperar su figura y tienen efectos psicológicos benéficos. Los ejercicios de Kegel ayudan a aumentar el tono vaginal, ya que esta zona queda flácida y distendida después del parto. Dichos ejercicios consisten en contraer los músculos del perineo con suficiente fuerza para detener el chorro de orina, la contracción se mantiene durante algunos segundos y después se efectúa la relajación, el ejercicio se repite varias veces entre las micciones, en dos a cuatro series diarias. Estos ejercicios facilitan la cicatrización de perineo y ayudan a restaurar el tono muscular al aumentar la circulación y la actividad muscular isométrica.

- d) Enseñar las necesidades nutricionales después del parto en el periodo de amamantamiento.

**FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:** La dieta en el puerperio debe proporcionar una nutrición balanceada y suficientes alimentos para cubrir las calorías adicionales y nutrientes que se requieren durante la lactancia. Cuando se cubren bien estas necesidades nutricionales, la convalecencia de la madre es más rápida, recupera su fuerza más pronto, la calidad y cantidad de la leche es mejor y proporciona más resistencia a las infecciones. En general, las madres tienen buen apetito y sienten hambre entre comidas, en especial cuando amamantan. Se les debe proporcionar bocadillos entre comidas, incluyendo leche o productos lácteos, que ayuden a cubrir los requerimientos adicionales de calcio que necesitan durante la lactancia.

EVALUACION: La Persona se observa más tranquila y segura para con los cuidados de su bebé y nos explica y muestra como realizara cada procedimiento recomendado.

- 5) Retención urinaria R/C distensión vesical y disminución de la sensación de plenitud vesical M/P dificultad para orinar y molestias abdominales

OBJETIVO: La persona recuperará su patrón de eliminación urinaria normal y sus molestias disminuirán.

**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:**

- a) Estimular la micción espontánea dentro de las 4-6 horas de producido el parto.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA: Puede producirse distensión vesical, en particular cuando se administran líquidos por vía intravenosa durante el trabajo de parto, la distención de la vejiga produce desplazamiento del útero hacia la parte superior e interfiere con su capacidad para contraerse, produciendo atonía y aumentando la hemorragia

- b) Evaluación de la presencia de globo vesical, considerando un eventual cateterismo vesical.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA: Es conveniente que la mujer vacíe su vejiga en las seis u ocho horas después del parto para evitar la distensión. Aunque la mujer tenga la vejiga llena, durante el puerperio con frecuencia no experimenta la necesidad de orinar. La enfermera deberá valorar el estado de la vejiga mediante la palpación abdominal, percusión y observación, también valora el contorno del abdomen, la altura y consistencia del fondo y las características del área supra púbica. Si después del parto la madre no puede vaciar por completo su vejiga debe sondearse cada 6 horas. El sondeo intermitente es preferible debido a la incidencia de infección en las vías urinarias.

- c) Evaluar volumen de diuresis.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA: Otro signo de distensión vesical incluye una micción inicial de 300 ml y un ruido mate en vez de timpánico al percutir el área supra púbica.

- d) Promover la deambulación temprana en la persona.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA: Es conveniente que la madre comience a deambular de 4 a 8 horas después del parto a menos que este contraindicado con el fin de favorecer la circulación y reducir el riesgo de tromboflebitis. El funcionamiento de la vejiga y el intestino mejora durante la deambulación y así se evita el uso de sondas y se reduce la distensión abdominal y la constipación. La primera vez que la madre se levanta es conveniente que cuelgue las piernas sobre un lado de la cama durante algunos minutos. La enfermera valora su estado y verifica si está mareada o débil. Después procede a ayudarla a pararse y a caminar algunos pasos, para determinar si tiene equilibrio, la acompaña al baño o la silla y permanece cerca de ella para ayudarla de inmediato en caso de que se sienta débil o se vaya a desmayar.

- e) Respetar la intimidad de la persona.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA: La persona es una unidad que tiene deseos, valores, emociones y necesidades que durante el estado de enfermedad generalmente se alteran, lo que motiva que en esta situación la persona adopte actitudes diversas, que la personal de enfermería durante el proceso de atención, identificará para darle una atención óptima a fin de hacerle retornar a su hogar en condiciones óptimas posibles de vida, estudio y trabajo o bien ayudarle a disminuir o eliminar complicaciones durante su estancia.

EVALUACIÓN: La persona mantiene una sensación de plenitud vesical durante su estancia hospitalaria.

6) Lactancia materna ineficaz R/C falta de conocimientos M/P una técnica deficiente de lactancia materna.

OBJETIVO: La persona será capaz de llevar a cabo una lactancia materna con eficacia y normalidad.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:

a) Vigilar las características de las mamas y la producción de leche

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA: La valoración de las mamas durante el puerperio incluye determinar su tamaño, forma, color y simetría, y palparlas para sentir su consistencia y ver si hay dolor y para determinar el estado de la lactancia. En el primero o dos primeros días después del parto las mamas experimentan pocos cambios, con excepción de cierta secreción de calostro. Detectar oportunamente dolor a la palpación, enrojecimiento, temperatura, nos ayuda a evitar la posible suspensión de la lactancia

b) Poner al bebe al pecho para iniciar la lactancia materna lo antes posible y enseñar a la persona las ventajas de la lactancia materna

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA: Desde el punto de vista nutricional, la leche materna contiene los nutrientes adecuados para satisfacer las necesidades de crecimiento, físico y mental propios del lactante, es fácilmente digerible, la absorción de sus nutrientes en el tubo digestivo es más eficiente, contiene un mayor número de nutrientes que cualquier leche, ofrece ventajas inmunológicas y confiere protección contra algunas enfermedades de origen infeccioso principalmente gastrointestinales y respiratorias. Le proporciona amplias ventajas a la madre pues disminuye el sangrado postparto, favorece la involución uterina por la producción de



oxitocina, ayuda a la pérdida de peso de una manera natural (en caso de lactancia materna exclusiva), es económica, se encuentra a temperatura adecuada y disminuye las posibilidades de un embarazo y brinda ventajas psicológicas favoreciendo el vínculo afectivo de la madre con el hijo

- c) Valorar el reflejo de succión del recién nacido, así como las características de los pezones.

**FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:** Es importante orientar a la madre para preparar sus pezones en caso de tenerlos planos o invertidos así como estimular al lactante a alimentarse al seno materno, después del nacimiento y siempre que las condiciones de la madre y el niño lo permitan, el bebé debe colocarse en contacto directo con la piel de la madre y la enfermera deberá apoyarla para iniciar el amamantamiento lo antes posible

- d) Enseñar a la persona los cuidados que requieren sus mamas durante el periodo de amamantamiento y la prevención, signos y síntomas de la mastitis.

**FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:** Las mujeres suelen experimentar considerable congestión al iniciarse la lactancia. Al producirse la congestión de las mamas aumentan de tamaño y se sienten duras y tensas, la piel se observa brillante y distendida, se perciben venas azulosas por debajo de ella, estas suelen estar sensibles y adoloridas, se sienten calientes a la palpación y los pezones pueden estar agrietados, esto se puede evitar con una adecuada orientación a la persona sobre medidas higiénicas adecuadas y el vaciamiento correcto de las mamas.

EVALUACION: La producción de la leche fue normal. El bebe tiene un buen reflejo de succión y en el momento del alta realizaba una lactancia materna eficaz completada por 30 cc de leche en biberón.

7) Riesgo potencial de hipotensión severa y taquicardia R/C el déficit sanguíneo, generado durante el parto y el puerperio inmediato

OBJETIVO: Favorecer en la persona el restablecimiento de la volemia.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:

a) .Medición frecuente de signos vitales.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA: La bradicardia es un cambio fisiológico normal en el puerperio mediato con frecuencias de pulso de 40-70 latidos por minuto. Las frecuencias mayores de 100 (taquicardia) pueden indicar infecciones, hemorragia, dolor o ansiedad. El pulso rápido y débil se relaciona con hipotensión sugiere hemorragia, choque o embolia. La hipotensión ortostática en el postparto es debida a desplazamientos cardiovasculares del volumen de líquidos y a la extensión del lecho vascular. La hipotensión persistente o grave indica choque o embolia

. Utilizar la posición de Trendelemburg.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA: La persona en decúbito dorsal con elevación de la piecera de cama entre 30-45° favorece el drenaje postural e incrementa el riego sanguíneo cerebral, mejorando así la circulación.

b) . Realizar maniobras de retracción uterina en forma manual.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA: Durante el masaje del fondo uterino, la enfermera anota la cantidad de hemorragia. Cuando el masaje no produce una contracción adecuada en un lapso corto, o si la hemorragia es abundante a pesar de que el fondo se sienta firme, se debe notificar al médico de inmediato ya que es probable que la hemorragia continúe. En general éste receta medicamentos

oxitócicos para estimular la contracción uterina y controlar el sangrado.

EVALUACIÓN: Se logra mantener el estado hídrico de la persona.

- 8) Riesgo de infección mamaria R/C la congestión láctea y el vaciamiento incompleto de la mama.

OBJETIVO: La persona no presentará infección mamaria durante el periodo de lactancia.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:

- a) Identificar las áreas específicas del déficit de conocimientos de la madre y enseñar las técnicas de lactancia materna.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA: La forma correcta en que el recién nacido debe tomar el pezón se logra al tener su cara totalmente de frente al pezón, y cuando la mayor parte de la areola queda entre su boca. Para lograrlo, es muy importante que al tomar el pezón la boca del bebé se encuentre totalmente abierta, y esto se logra provocando el reflejo de búsqueda al estimular el labio inferior del bebé con el mismo pezón para que el niño abra la boca, al estar lactando, la madre no debe experimentar dolor y al término de la succión la forma del pezón deberá ser cilíndrica, ya que si adopta una forma triangular confirmaremos que la técnica no es la correcta, debemos enseñar también las diferentes posiciones de lactancia para una mejor comodidad de la madre y del lactante.

- b) Proporcionar una relación afectuosa de apoyo.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA: Los cuidados de enfermería durante el puerperio toman en cuenta las necesidades físicas y psicológicas de la madre y la familia, es preciso observar con cuidado el funcionamiento fisiológico para realizar las intervenciones

de enfermería en el momento oportuno y con el enfoque adecuado; la madre tiene además importante necesidad de apoyo emocional por lo que la enfermera deberá orientar de forma afectuosa respecto al cuidado de su salud y resolverá las inquietudes de la madre de forma empática y comprensiva.

**EVALUACIÓN:** La madre comprende, verbaliza y demuestra las técnicas de lactancia que reducen el riesgo de mastitis.

- 9) Alto riesgo de hemorragia R/C atonía uterina en la primera hora del puerperio inmediato.

**OBJETIVO:** Prevenir complicaciones que retarden la evolución normal de la persona

**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:**

- a) Valorar consistencia, tamaño y posición del fondo uterino y presencia del globo de seguridad de Pinard

**FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:** El progreso de la involución se determina valorando la altura y consistencia del fondo uterino y el carácter y cantidad de los loquios. La altura del fondo disminuye cerca de un centímetro, o el ancho de un dedo al día, a los diez días después del parto ya no se puede palpar el fondo desde el abdomen. La consistencia del mismo debe ser firme, con forma redondeada y lisa. Para valorar el fondo con precisión es necesario que la vejiga este vacía ya que de lo contrario desplazará al útero y elevará la altura del fondo.

- b) Valoración física para identificar con prontitud un sangrado excesivo.

**FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:** La hemorragia es uno de los principales riesgos para la madre en el período inmediato de postparto. El sangrado excesivo del útero o el perineo se considera

un signo evidente de hemorragia. La hemorragia se define como una pérdida superior a 500 ml no obstante, el cálculo de la pérdida hemática es una mera conjetura a no ser que se infiera a partir del peso de las compresas y las sabanas sabiendo que 1 ml de sangre equivale a 1g

c) Medición constante de Signos vitales.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA: Los signos vitales no son tan fiables, como los primeros signos de advertencias de la hemorragia. Debido al mayor volumen total de sangre que existe durante el embarazo, una mujer puede perder del 30-35 % de su volumen sanguíneo antes de que se produzca un descenso de la presión arterial o un aumento del pulso. La diuresis y la PVC son una medida del volumen de sangre circulante y pueden reflejar con mayor exactitud la pérdida hemática. Una disminución de la presión arterial y un pulso rápido y filiforme son indicativos de una pérdida importante de sangre y de un shock inminente, situación que debe tratarse de forma agresiva.

d) Observar, color, características y cantidad de los loquios.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA: El carácter y la cantidad de los loquios indican en forma indirecta el progreso de cicatrización del endometrio. En los procesos de cicatrización normales, la cantidad de loquios disminuye en forma gradual experimentando cambios característicos de color, que reflejan disminución de los componentes sanguíneos en el flujo loquial. Los loquios pueden incrementarse cuando se inicia la ambulación en etapas tempranas debido al estancamiento vaginal y al aumento de contracciones uterinas. Los loquios tienen color rojo oscuro del primero al tercer día

después del parto y en general se producen en cantidades moderadas, en el cuarto día suelen adquirir apariencia serosa y color rosado (serosos) y el flujo disminuye, transcurrida de una semana a diez días, los loquios se hacen blancos amarillentos y el flujo es escaso. Cuando se vuelve a observar sangre fresca y roja después de que los loquios han pasado por la etapa serosa o blanca, puede ser indicio de infección o hemorragia retrasada, los loquios tienen un olor similar al flujo menstrual normal y no deben tener un olor desagradable. Los loquios abundantes, persistentes y de mal olor en especial cuando están acompañados de fiebre, indican infección potencial o retención de fragmentos de la placenta y cuando los loquios serosos o blancos continúan produciéndose más allá de lo normal, la secreción es café y mal oliente, hay fiebre y dolor abdominal, es muy probable que la mujer tenga endometritis.

EVALUACIÓN: La persona tuvo pérdidas de sangre normales y no sufrió de fuertes hemorragias.

10) Riesgo de hipertermia las primeras 24 h R/C el esfuerzo y la deshidratación sufrida en el parto

OBJETIVO: La persona se mantendrá afebril durante su estancia hospitalaria.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:

a) Toma de constantes vitales con vigilancia de signos y síntomas que indiquen febrícula.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA: Los signos vitales son fenómenos o manifestaciones objetivas que se pueden percibir y medir en un organismo vivo, en una forma constante, los cuales en estado de salud no varían pero en enfermedad cualquiera de ellos o todos pueden variar de forma considerable, nos permiten valorar el estado de salud o

enfermedad y nos ayudan a establecer un diagnóstico. Los signos y síntomas clásicos de la inflamación e infección localizada son: eritema, calor, tumefacción y sensibilidad, dolor y/o exudado purulento.

- b) Mantener la habitación en una temperatura ambiente agradable.
- c) FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA: La unidad clínica se deberá encontrar en óptimas condiciones para que la persona se sienta cómoda y colabore en su tratamiento, esta unidad debe cumplir con los requisitos indispensables para que la estancia sea lo más agradable, limpia, cómoda y segura.

EVALUACIÓN: La persona no presentó hipertermia en su ingreso.

#### 11) Riesgo de infección R/C parto vaginal

OBJETIVO: La persona no manifestará infección.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:

- a) Medición constante de signos vitales.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA: El principal síntoma de una infección puerperal lo constituye la fiebre, por lo que toda elevación térmica de 38° C o más que se presente a partir de las 48 hrs del puerperio, deberá obligar a descartar la existencia de infección puerperal. Por lo que ante la presencia de fiebre deberá descartarse la posibilidad de un cuadro a nivel de vías urinarias como es la pielonefritis, a nivel de vías respiratorias bajas, mastitis etc.

- b) Fomentar y facilitar la higiene personal (persona autónoma).

FUINDAMENTO TEÓRICO: La estancia intrahospitalaria representa una amenaza para las personas por la presencia de ciertos microorganismos. Para que las personas se sientan más cómodas y descansadas tanto física como mentalmente, deberán realizar prácticas higiénicas constantes, en el caso de una persona postparto deberá limpiar con frecuencia el perineo con el fin de favorecer la

comodidad y reducir el riesgo de infección. La forma más habitual, es derramando agua tibia, a la cual suele añadirse una solución antiséptica, sobre la vulva y el perineo después de la micción o defecación, cambiando frecuentemente la toalla sanitaria, es importante orientar a la persona y ayudarla pero sobre todo enseñarle y fomentar el auto cuidado.

- c) Educar a la persona con respecto al aseo genitourinario, cambio de compresa perineal y lavado de manos.

**FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:** Mantener o fomentar los buenos hábitos de limpieza en las personas es una de las funciones primordiales del equipo de salud, un aseo constante y efectivo nos ayudara a evitar infecciones cruzadas, mejorar los hábitos de higiene y prevenir posteriores enfermedades.

**EVALUACIÓN:** No se produjo infección y la herida se mantuvo limpia, seca y protegida.

## 12) Riesgo de depresión R/C postparto

**OBJETIVO:** La persona no sufrirá alteración psicológica depresiva

**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:**

- a) Explicar la depresión postparto.

**FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:** Muchas madres experimentan depresión transitoria en el segundo o tercer día después del parto. La depresión postparto impide el buen funcionamiento familiar y está relacionada con la falta de autoestima materna. Los síntomas de depresión transitoria incluyen llanto fácil, sentimientos de impotencia, pérdida de apetito, mala concentración, dificultad para dormir, sensación de decepción y ansiedad. En general desaparecen en un lapso de una a dos semanas. La enfermera deberá ayudar a la



madre a comprender sus sentimientos y explicara que es una experiencia habitual, ayudará a aliviar su preocupación con respecto a experimentar una reacción inadecuada o anormal ante el parto. Se considera que estos síntomas se relacionan en parte con los cambios fisiológicos y hormonales, con el ajuste personal y social que se lleva a cabo en esta transición crucial de papeles, sin duda la incomodidad, la fatiga y el agotamiento contribuyen gran parte a esta afección. Si los síntomas se exageran y se prolongan es importante canalizarla y proporcionarle un tratamiento.

EVALUACIÓN: La persona no tuvo ningún tipo de alteración depresiva y su estancia hospitalaria fue agradable.

## CONCLUSIONES

La realización del presente trabajo me deja una gran satisfacción, pues me doy cuenta de que al desarrollar lo mejor posible mi trabajo y verlo reflejado en una madre que egresa con mejoría clínica, paridad satisfecha y los conocimientos suficientes para continuar con los cuidados y el tratamiento necesario para ella y su bebé; estoy contribuyendo a mejorar la imagen de mi profesión, el bienestar de las personas y el nombre de la institución para la cual laboro y de la cual soy egresada, esto es, sin lugar a dudas un pago extra a los beneficios obtenidos por realizar mi trabajo, concluyo también que el campo del conocimiento es infinito y a la vez motivante, me despierta un gran interés por investigar y conocer más acerca de éste y muchos temas más, me doy cuenta de que es apasionante involucrarse con algún trabajo de investigación, poco a poco se logra dominarlo o al menos entenderlo, pero quedan muchos caminos más por conocer, es una satisfacción personal donde sabemos que el conocimiento es parte de tu formación, de tu cultura y principalmente de tu desarrollo como profesional.

## **SUGERENCIAS**

Así mismo, me permito recomendar a mis colegas estudiantes de enfermería, poner especial atención a la educación para la salud, considero que en las diferentes instituciones se brinda poco tiempo a esta labor educativa hacia las personas, y podríamos obtener muchos beneficios llevándola a cabo correctamente ya que fomenta la higiene, disminuye los reingresos hospitalarios, mejora el nivel cultural de nuestra población, las habilidades personales y el autoestima necesarios para adoptar medidas destinadas a perfeccionar la *salud*. También me permito recomendar que sigamos actualizándonos, que leamos, colaboremos con la investigación y perfeccionemos día a día los diferentes procedimientos de enfermería con la finalidad de lograr una profesionalización digna, reconocida y respetada por las demás profesiones.

## GLOSARIO

**ATONIA:** pérdida del tono de la musculatura del útero y un consecuente retraso en la involución del útero.

**DESGARRO:** Es la lesión del tejido muscular, generalmente de las fibras interiores del mismo, que va acompañada por la rotura de los vasos sanguíneos que recorren el músculo afectado

**DIÁSTASIS:** Es una separación de los lados derecho e izquierdo del músculo recto mayor del abdomen que cubre la parte frontal de la superficie de esa área.

**DISURIA:** Dificultad para orinar.

**EOSINOPENIA:** Disminución del número de eosinófilos (leucocitos).

**EPISIOTOMIA:** Es un procedimiento quirúrgico que comprende el corte del perineo durante el trabajo de parto para agrandar el canal vaginal y ayudar al nacimiento, evitando los desgarros vaginales espontáneos

**FIBROMA:** Tumor benigno derivado del tejido fibroso uterino.

**HEMATURIA:** Expulsión de sangre con la orina

**HEMORRAGIA:** Pérdida de sangre hacia un órgano interno (el tubo digestivo, la cavidad abdominal), o hacia el exterior (herida arterial).

**INVOLUCIÓN:** Reducción rápida del útero en volumen y peso

**LEUCOCITOSIS:** Aumento en el número total de glóbulos blancos, por encima de 11.000/mm<sup>3</sup>.

**LINFOPENIA:** Cuando se presentan recuentos seriados de linfocitos por debajo de 1.0x10<sup>3</sup>/mL.

**LOQUIOS:** Flujo uterino que aparece después del parto como consecuencia de la involución del útero y de la zona de inserción placentaria, este derrame es

sanguíneo, serosanguíneo y seroso. Se presenta en las primeras semanas después del parto.

**NEUTROFILIA:** Aumento en el número absoluto de neutrófilos circulantes por encima de dos derivaciones estándar del valor medio en individuos normales, que corresponde a cifras superiores a  $7.500/\text{mm}^3$ . Es la causa más frecuente de leucocitosis

**NICTURIA:** Aumento en la emisión de orina durante la noche

**OBLITERACIÓN:** Desaparición de la luz de un conducto o un vaso a causa de la adherencia de sus paredes o la obstrucción del mismo

**POLAQUIURIA:** Micciones repetidas y de escasa cuantía.

**PRIMIPARIDAD:** Mujer que se encuentra cursando su primer embarazo.

**TROMBO:** Coagulo sanguíneo.

**TROMBOSIS:** Alteración de los vasos sanguíneos en la que se desarrolla un trombo en su interior pudiendo dar lugar a obstrucciones de arterias o venas.

## BIBLIOGRAFIA

Castelazo Rico Germán

### FUNDAMENTOS EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Méndez Editores 1ª. Ed.

México D.F. 2004

F. Smith, RN, MS Sandra

Donna J. Duell

### ENFERMERÍA BÁSICA Y CLÍNICA

Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

3ª. Ed.

México D.F. Santafé de Bogotá

Ingalls

### ENFERMERIA MATERNO INFANTIL Y PEDIATRICA

Editorial Limusa

1ª. Edición

México D.F.

1991

Jiménez Trujano Laura

Mendoza Colorado Catalina

Montoya Martínez Adelina

OBSTETRICIA II

UNAM

2ª Ed. México 2008

626 Pág.

Reeder, Sharon J

ENFERMERÍA MATERNO INFANTIL

Editorial McGraw-Hill Interamericana

17a ed.

México, 1995.

1421 p

Sally B. Olds

ENFERMERIA MATERNO INFANTIL

Editorial McGraw-Hill Interamericana

4ª. Ed.

México D.F.

Torrens Sigalés Rosa María

Martínez Bueno Cristina

ENFERMERÍA DE LA MUJER

Editores: Madrid

2ª. Ed.

Difusión Avances de Enfermería, 2000

525 p

<http://universomedico.com.mx/diccionario-medico/terminos-medicos/a/page-9.html>

(Consultado el 10-Septiembre-2010)