

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

CLAVE 8722



TESIS

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA ETAPA PRENATAL, EN LA
PERSPECTIVA DE LA ENFERMERA TEÓRICA DOROTHEA ELIZABETH OREM

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:
PALOMA SARAHÍ AMBRIZ ROBLES

ASESORA DE TESIS:
LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN. 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIA

A mi familia.

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, por los ejemplos de perseverancia y constancia que los caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante, pero más que nada, por su amor.

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar un sincero agradecimiento, en primer lugar, a Dios por brindarme salud, fortaleza y capacidad, a las personas que se han involucrado en la realización de este trabajo, sin embargo, merecen reconocimiento especial mi Madre y mi Padre que con su esfuerzo y dedicación me ayudaron a culminar mi carrera universitaria y me dieron el apoyo suficiente para no decaer cuando todo parecía complicado e imposible.

A mis hermanos por llenarme de alegría día tras día, por todos los consejos brindados, por compartir horas y horas de películas, series y muchos juegos, por las peleas, los gritos y herir mi cuerpo de puro amor. A mis amigos. Con todos los que compartí dentro y fuera de las aulas, que se convierten en amigos de vida y aquellos que serán mis colegas, gracias por toda su ayuda y diversión, y a uno en especial por acompañarme en cada paso, dándome consejos, por no dejarme caer, por su gran cariño y su apoyo incondicional.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO TEÓRICO	5
2.1. VIDA Y OBRA DEL AUTOR	5
2.2. INFLUENCIAS.....	8
2.3. HIPÓTESIS	9
2.4. JUSTIFICACIÓN	10
2.5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
2.6. OBJETIVOS	12
2.6.1. GENERAL.....	12
2.6.2. ESPECÍFICOS.....	12
2.7. MÉTODOS A UTILIZAR.....	13
2.7.1. CUALITATIVO	13
2.8. VARIABLES	13
2.9. ENCUESTA Y RESULTADOS	14
2.10. GRAFICADO.....	15
3. CAPÍTULO I LA ENFERMERA EN UNA VISTA GENERAL	19
3.1. CONCEPTOS GENERALES	19
3.2. LA ENFERMERA ANTE LA SOCIEDAD	20
3.3. ENFERMERA Y CUIDADO.....	22
3.4. ROL DE LA ENFERMERÍA	25
3.5. ENFERMERA COMUNICANDO.....	26
3.6. LA ENFERMERA Y LA PROMOCIÓN DE LA SALUD.....	27
3.7. PSICOPROFILAXIS PERINATAL	30
3.8. ENFERMERA CON GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	35
4. CAPITULO II EL EMBARAZO	39
4.1. DIAGNÓSTICO	39
4.3. FACTORES DE RIESGO PERINATAL	44
4.4. EDUCACIÓN PARA LA MATERNIDAD.....	46
4.5. SINTOMATOLOGÍA HABITUAL DURANTE EL EMBARAZO	47
4.6. ESTADOS PATOLÓGICOS INDUCIDOS POR EL EMBARAZO	49
4.7. ANALGESIA Y ANESTESIA DURANTE EL PARTO.....	53
4.8. LA NUTRICIÓN EN EL EMBARAZO	55

5. CAPÍTULO III PARTO	58
5.1. LA ENFERMERA EN EL PARTO	58
5.2. EVALUACIÓN DEL BIENESTAR MATERNO DURANTE EL PARTO.....	59
5.3. APOYO DURANTE EL PARTO	63
5.4. ALIVIO DEL DOLOR.....	65
5.5. CUIDADOS DE ENFERMERÍA DURANTE LA SEGUNDA FASE DEL PARTO.....	69
5.6. SEGUIMIENTO DEL PROGRESO DEL PARTO	72
5.7. CUIDADOS DURANTE LA SEGUNDA FASE DEL PARTO	73
5.8. POSTURA MATERNA DURANTE LA SEGUNDA FASE DEL PARTO	75
5.9. CUIDADOS DE LA MADRE INMEDIATAMENTE DESPUÉS DEL ALUMBRAMIENTO	77
6. CAPITULO IV PUERPERIO	78
6.1. CUIDADO DE ENFERMERÍA A LA MUJER, EL RECIÉN NACIDO Y LA FAMILIA EN EL POSPARTO HOSPITALARIO	78
6.2. CUIDADO DE ENFERMERÍA A LA MADRE Y EL RECIÉN NACIDO UNA VEZ EGRESAN DEL HOSPITAL EN COMUNIDADES RURALES	81
6.3. CUIDADO DE ENFERMERÍA A LA MUJER CON INFECCIÓN POSPARTO	85
6.4. CUIDADO DE ENFERMERÍA A LA MUJER CON DEPRESIÓN POSPARTO	86
6.5. CUIDADO DE ENFERMERÍA A LA MUJER CON HEMORRAGIA POSPARTO	88
6.6. EDUCANDO A LA MADRE Y A LA FAMILIA PARA EL CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO	91
6.7. FORTALECIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA (LM) Y EL VÍNCULO AFECTIVO.....	96
6.8. REGULACIÓN DE LA FECUNDIDAD EN EL POSPARTO	100
7. CAPÍTULO V ASPECTOS NUTRICIONALES DEL EMBARAZO Y EL PUERPERIO	102
7.1. OBJETIVOS DE ENFERMERÍA EN LA ASISTENCIA NUTRICIONAL	102
7.2. NECESIDADES NUTRICIONALES EN EL EMBARAZO	103
7.3. VALORACIÓN	103
7.4. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	105
7.5. NECESIDADES NUTRICIONALES DE LA MADRE EN EL PUERPERIO.....	107
7.6. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	107
7.7. NECESIDADES NUTRICIONALES DEL LACTANTE DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA	110
7.8. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	110
8. CAPÍTULO VI VALORACIÓN DE ENFERMERÍA DE LA EMBARAZADA	113
8.1. CUIDADOS PRENATALES	113
8.2. PRIMERA CONSULTA PRENATAL	114
8.3. CONSULTAS PRENATALES SUBSECUENTES	115

8.4. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA	116
8.5. MANIOBRAS DE LEOPOLD.....	118
8.6. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	121
8.7. MOLESTIAS EN EL EMBARAZO	124
9. CONCLUSIÓN	130
10. BIOGRAFÍA	133
10.1. BÁSICA	133
10.2. COMPLEMENTARIA.....	136
11. GLOSARIO	139
12. ANEXOS.....	144

1. INTRODUCCIÓN

La enfermería es, hoy, una disciplina compleja del área de salud, con un gran impacto social que, constantemente, aumenta sus funciones para satisfacer las necesidades que impone el cuidado de la salud en un mundo en cambio. Como tal ciencia cuenta con principios propios, pero por su carácter de profesión vinculante debe nutrirse de los conocimientos alcanzados por las ciencias médicas, a su vez sustentadas por avances en biología, sociología y psicología. De esta forma, el enfermero se caracteriza por poseer una sólida formación teórico y práctica que le permite un desempeño altamente cualificado en sus funciones asistencial, docente, gestora e investigadora.

El enfermero, hoy, se integra activamente y coordina las tareas del equipo de salud, desde su cualificación técnica, su capacidad reflexiva, así como una forma de relación personalizada, sustentada por la reflexión, la metodología y un humanismo integral. Por su formación en la ética, en el servicio a los demás, en la solidaridad y el sentido de justicia, será capaz de propiciar aquellos cambios que la sociedad requiera en el campo de la salud.

Cuando se habla de cuidado, es necesario ampliar la esencia del término, para no delimitarlo a la parte mecánica. La acción de cuidar va más allá de lo manual, implica del ser que lo proporciona unas habilidades que forman parte de su estructura psicosocial, la cual se reflejará de manera negativa o positiva en su actuar frente al sujeto de cuidado. Ante esto, la enfermera juega un papel esencial a la hora de brindar cuidados, un papel que debe conocer para poder aplicar el cuidado de la manera más integral posible.

La enfermería es, hoy, una disciplina compleja del área de salud, con un gran impacto social que, constantemente, aumenta sus funciones para satisfacer las necesidades que impone el cuidado de la salud en un mundo en frecuente cambio. Como tal ciencia cuenta con principios propios, pero por su carácter de profesión vinculante debe nutrirse de los conocimientos alcanzados por las ciencias médicas, a su vez sustentadas por avances en biología, sociología y psicología. De esta

forma, el enfermero se caracteriza por poseer una sólida formación teórica y práctica que le permite tener un desempeño altamente calificado y preparado en sus funciones asistencial, docente, gestora e investigadora, sustentado con grandes conocimientos que guían su servicio humanitario.

El enfermero, se integra activamente y coordina las tareas del equipo de salud, desde su calificación técnica, su capacidad reflexiva, así como una forma de relación personalizada, sustentada por la reflexión, la metodología y un humanismo integral. Por su formación en la ética, en el servicio a los demás, en la solidaridad y el sentido de justicia, será capaz de propiciar aquellos cambios que la sociedad requiera en el campo de la salud.

Hoy se acepta que la enfermería es una ciencia aplicada, que toma principios y leyes de otras ciencias para aplicar el fenómeno de enfermería, sus procesos, métodos y resultados. En este sentido se acepta, también, que la enfermería es una ciencia de la salud y también es una ciencia humana porque el centro de su responsabilidad, de la atención, del cuidado que ofrece, es el hombre en todas sus dimensiones, es decir, de manera integral. Toma y aplica los principios de las ciencias sociales y humanas y los valores humanos para explicar las metas específicas que propone, los fundamentos y las dinámicas de la relación enfermera-paciente (familia, comunidad), proceso en el cual ocurre el cuidado de enfermería.

La interacción se describe como actos humanos relacionados con acciones humanas; percepción, comunicación y transacción son características que definen a las interacciones independientemente de sus conceptos y definiciones individuales.

Todos los acontecimientos de la vida entrañan un elemento de tensión o stress y este es, efectivamente, un concepto esencial para entender las interacciones humanas.

Sabemos que la relación de ayuda integral del profesional de enfermería se encuentra condicionada por las características; del lugar, del objeto del cuidado y las propias del profesional que proporciona el cuidado, las cuales deben estar

orientadas al conocimiento del cuidado integral para desarrollar esa otra forma del ser humano, además de completar ciertos principios científicos, éticos y sociales mediante los cuales se logra una comunicación eficaz entre la familia, el niño, y el resto de los trabajadores de la salud.

Estas características del cuidador profesional permitirán estar preparado para escuchar, es decir, tener habilidad para “comunicarse con los pacientes según su nivel de entendimiento y saber interpretar el lenguaje verbal y no verbal que el paciente expresa, para comprender y responder a la demanda de ayuda del otro, teniendo siempre presente las posibles reacciones del niño, la familia, para poder realizar valoración individual de sus necesidades y planificar su actuación.

El conocimiento implica entender quién es la persona que se cuida, sus necesidades, fortalezas y debilidades y lo que refuerza su bienestar; incluye conocer las propias fortalezas y limitaciones. El valor, se obtiene de experiencias del pasado, es la sensibilidad para estar abierto a las necesidades del presente. La paciencia, es dar tiempo y espacio para la autoexpresión y exploración; comprende el grado de tolerancia ante la desorganización y problemas que limitan el crecimiento de sí mismo y de los otros.

En todos los ámbitos la enfermera debe tener como prioridad la atención integral para ayudar a sanar desde el alma.

La enfermera obstetra es la profesional de enfermería que tiene como misión atender y cuidar el bienestar físico, emocional y social de la mujer en estado grávido, detectar oportunamente cualquier alteración en el estado fisiológico del embarazo y ofrecer las mejores prácticas desde el punto de vista técnico, de relación interpersonal y de respeto a la interculturalidad de tal forma que se asegure el nacimiento del nuevo integrante de la familia en las mejores condiciones posibles.

La enfermera obstetra cuenta con una formación profesional que le permite comprender los factores que condicionan la calidad de vida, analizar la realidad nacional y los problemas de salud reproductiva para definir su participación en el desarrollo de las estrategias y acciones que requieren estos problemas de salud.

Asimismo, está preparada para diseñar o implementar los métodos para lograr una comunicación efectiva con los usuarios de sus servicios y con los grupos de trabajo multi e interdisciplinarios.

El modelo de atención obstétrica en enfermería, al igual que el de partería profesional, tiene como características principales la atención centralizada en la mujer gestante y su familia.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. VIDA Y OBRA DEL AUTOR

Orem nació en Baltimore, y se educó con las Hijas de la Caridad de S. Vicente de Paúl. Se graduó en 1930.

Orem define su modelo como una teoría general de enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre sí:

Teoría del Autocuidado: En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar".

Define además tres requisitos de autocuidado, entendiéndolos por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado:

- Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
- Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.
- Requisitos de autocuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud.

Teoría del déficit de autocuidado: En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado

dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

Teoría de los sistemas de enfermería: En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

- Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera suplente al individuo.
- Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona autocuidados.
- Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda.

Orem define el objetivo de la enfermería como: " Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además, afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.

El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto.

Por otro lado, supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad de autocuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el autocuidado, etc.) y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo.

La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede autocuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería que D. Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, y son:

- 1.- Actuar en lugar de la persona, por ejemplo, en el caso del enfermo inconsciente.
- 2.- Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.
- 3.- Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.
- 4.- Promover un entorno favorable al desarrollo personal, como por ejemplo las medidas de higiene en las escuelas.
- 5.- Enseñar a la persona que se ayuda; por ejemplo, la educación a un enfermo colostomizado en cuanto a la higiene que debe realizar.

2.2. INFLUENCIAS

Dentro de su trayectoria como teorista no influyó ninguna enfermera más que otra, sino que fue el conjunto de todas con las que había tenido contacto, y la experiencia de las mismas lo que le sirvió de fuente teórica.

2.3. HIPÓTESIS

La mujer gestante aun estando en un proceso fisiológico sufre un desequilibrio en todos los ámbitos de la vida: emocionales, espirituales, físicos y sociales; es ahí donde la labor de la enfermera influye para el bien de la paciente.

El cuidado debe ser de una manera integral, involucrándose el personal de salud en todo momento para el beneficio de la etapa prenatal y que la resolución de ésta resulte de la manera satisfactoria.

Esto se logrará incluyendo actividades acordes a la paciente y para evitar la complejidad al momento de aplicarse el personal de salud deberá mantenerse en capacitación.

2.4. JUSTIFICACIÓN

La educación perinatal comprende el estudio de la salud reproductiva, el embarazo, el parto, el puerperio y al recién nacido. Es un tratamiento dado a mujeres durante el embarazo para que tuvieran un parto menos doloroso.

Parir para muchas mujeres es un acontecimiento traumático, por lo que necesitan una preparación en diferentes planos, información sobre funciones sexuales, menorrea, concepción, embarazo, alumbramiento y aprendizaje de la distensión abdominal.

Los profesionales de la salud deberían tener un conjunto de procedimientos de analgesia verbal para el parto, las variaciones adecuadas en el lenguaje que permite a las mujeres experimentar el parto como suceso no doloroso.

La enfermera abarca la atención y los cuidados autónomos que en colaboración con otros especialistas son dispensados a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no enfermos, es por eso que la función de enfermería es relevante, en esta labor de acompañar a la mujer gestante y su familia para favorecer la situación de manera multidisciplinaria.

2.5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el campo de acción de la enfermería, en específico, de obstetricia, se han generado distintos estudios y teorías sobre las intervenciones que debe tener la enfermera obstetra con la mujer gestante. Sin embargo, la mayoría de estas propuestas han pasado desapercibidas ante las prácticas de las profesionistas, debido a la falta de enfoque en intervenciones psicológicas, físicas y sociales.

Actualmente, la mayor parte de los profesionales de la salud que se ven involucrados en el ámbito de ginecología y obstetricia se encaminan de manera prioritaria por los cuidados generales de enfermería y del servicio tratante como la ministración y administración de medicamentos, cambio de ropa de cama, asistencia en baño y deambulación, curación de herida en caso de cesárea, entre otros, dejando de lado el apoyo psicológico situacional, estado nutricional de la madre, actividades físicas, entre otros.

La mujer embarazada y su familia permanece intranquila, con inquietudes que nosotros podemos resolver de forma sencilla pero que siendo con paciencia, comprensión y dedicación se logrará transmitir tranquilidad.

La educación perinatal es un tema muy poco tratado, pero con una influencia realmente relevante, tanto que si es aplicada adecuadamente puede aumentar el nivel de confort de la gestante y familia cercana y mejorar la comunicación enfermera - paciente.

De manera general y como ya se ha mencionado, las intervenciones de la enfermera no se limitan a lo clínico; pero esto no quiere decir que las intervenciones perinatales se limiten a lo emocional y psicológico, sino que también existe la intervención física y cognitiva.

Si las intervenciones de la etapa perinatal no son tomadas en cuenta la etapa gestacional se mantiene en una línea de confusión, dolor e insatisfacción.

Por ende, mi pregunta guía de investigación es ¿cuáles son las intervenciones de enfermería en la etapa perinatal?

2.6. OBJETIVOS

2.6.1. GENERAL

Conocer las intervenciones de enfermería en la etapa perinatal.

2.6.2. ESPECÍFICOS

- Identificar la importancia de la implementación de la educación perinatal.
- Analizar la influencia de la enfermera durante el embarazo.
- Encontrar los diferentes aspectos a evaluar en la gestante
- Detectar problemas en la aplicación de las intervenciones de enfermería

2.7. MÉTODOS A UTILIZAR

2.7.1. CUALITATIVO

Encuestas, ya que evaluaré actitudes y aptitudes del profesional de salud por medio de la opinión de las mujeres gestantes y enfermeras.

2.8. VARIABLES

Independiente: Los profesionales de enfermería, porque ellos influirán para que se alteren los cuidados e intervenciones para una atención benéfica o no.

Dependiente: Los cuidados e intervenciones, que favorecerán o perjudicarán la situación de la gestante de acuerdo a la calidad de éstos.

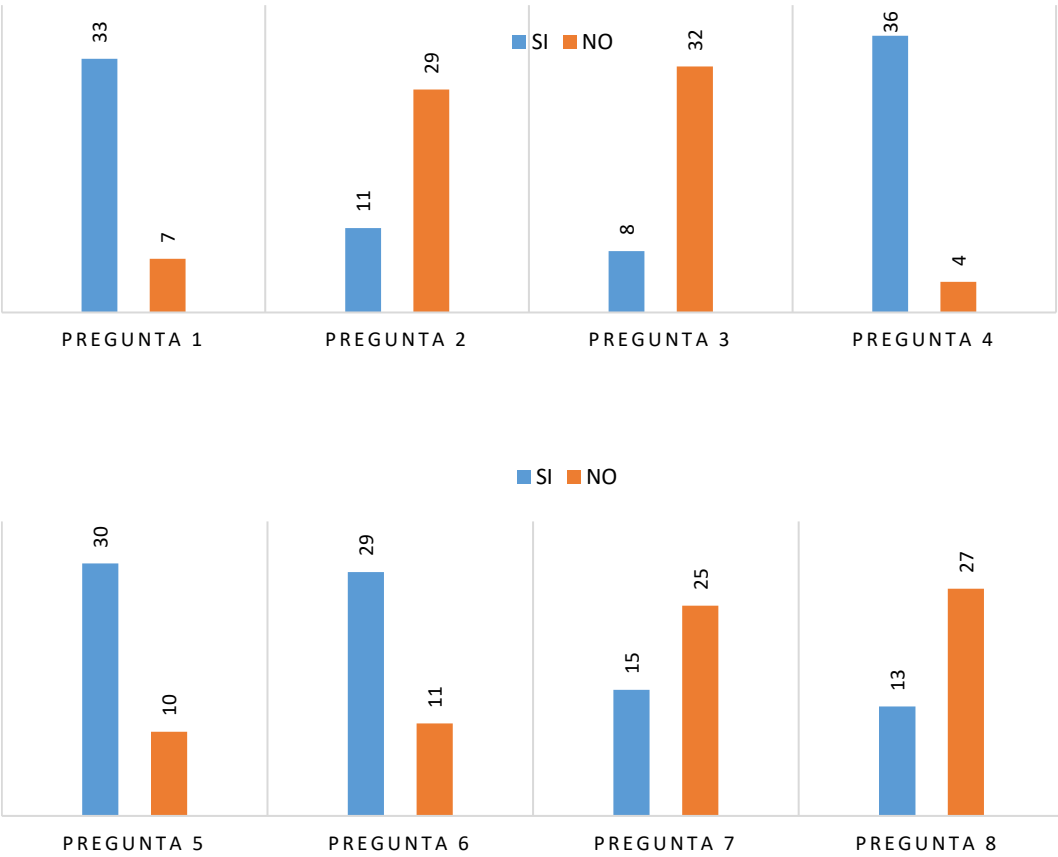
2.9. ENCUESTA Y RESULTADOS

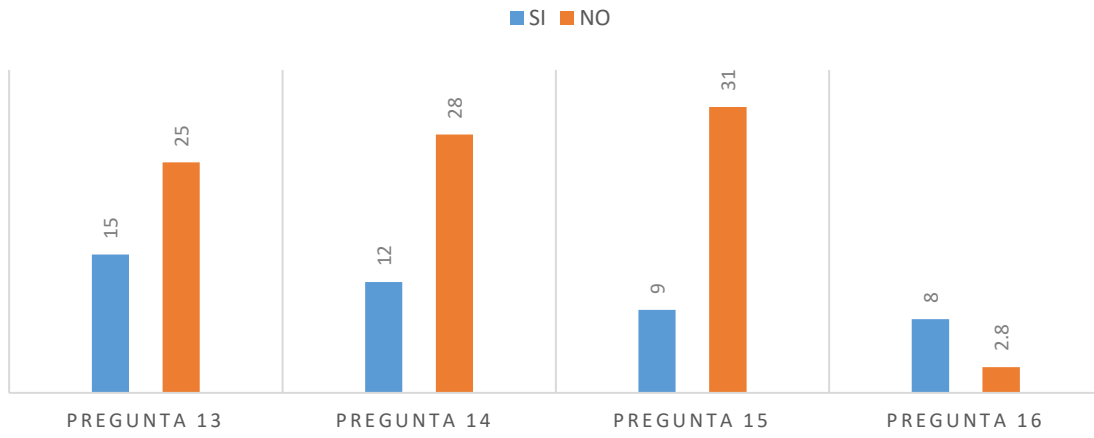
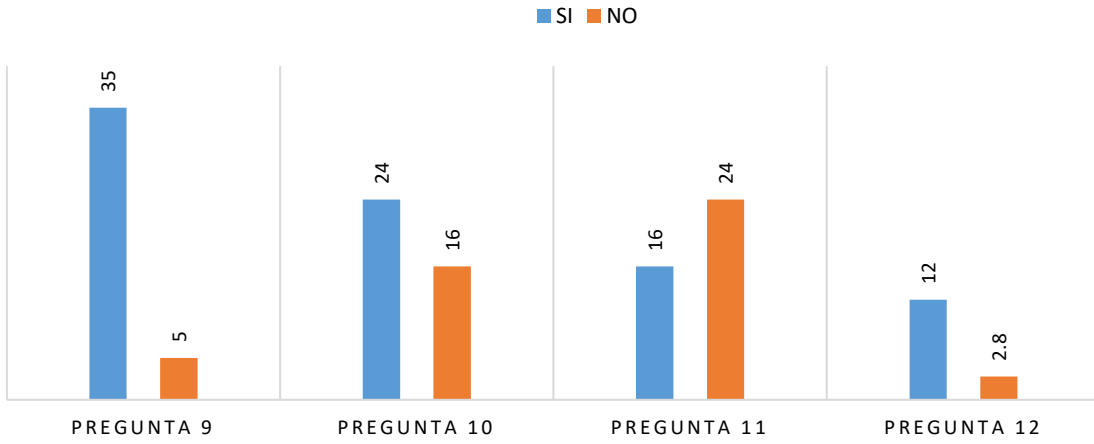
Dirigido a la mujer gestante

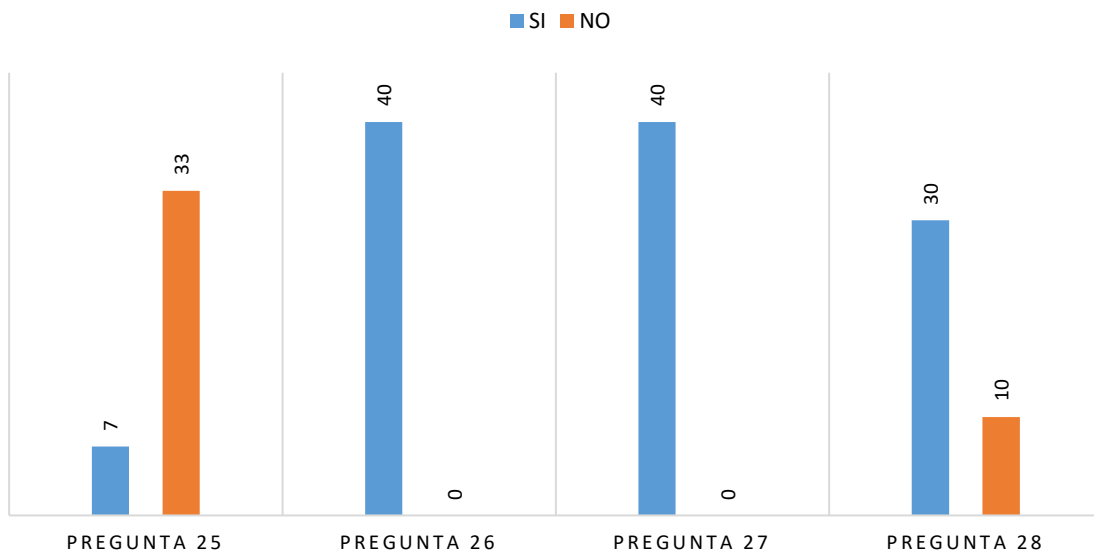
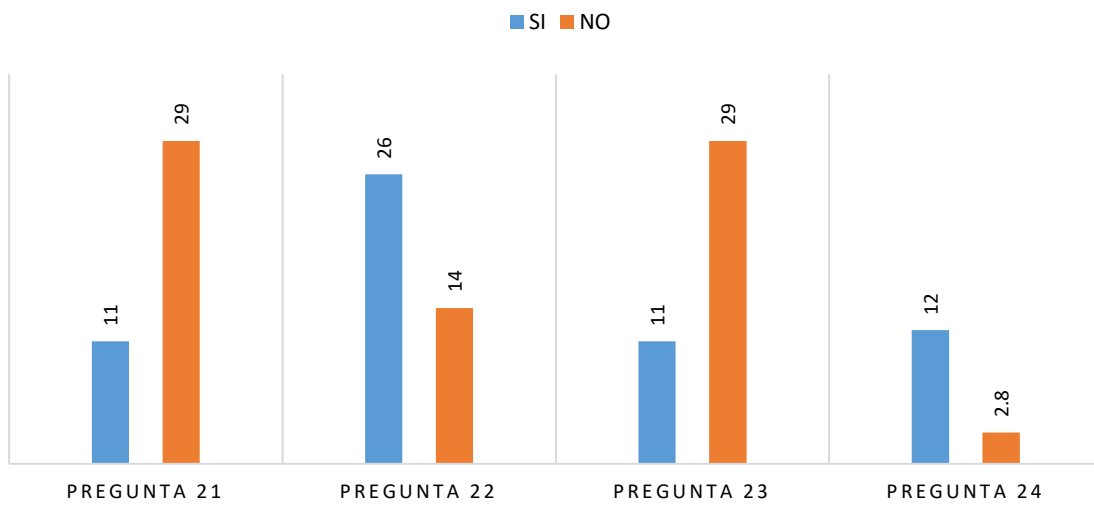
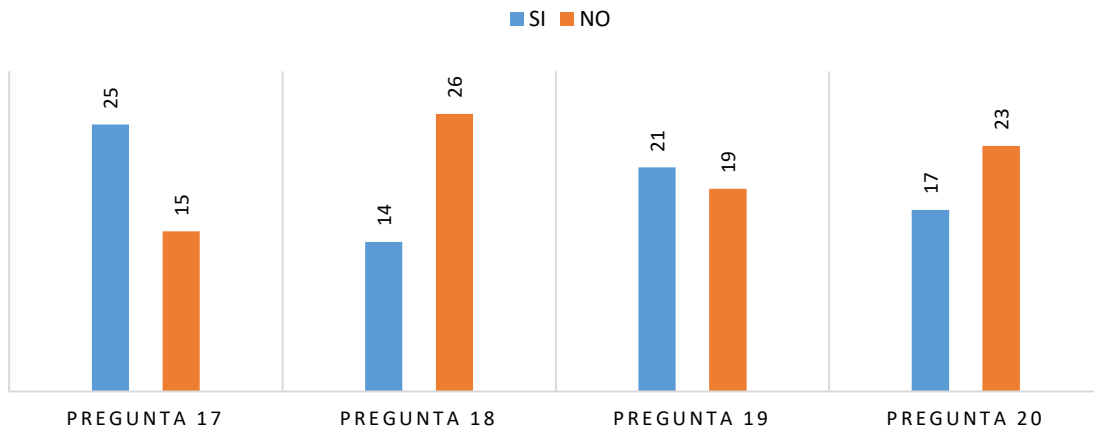
En base a el tema de educación perinatal

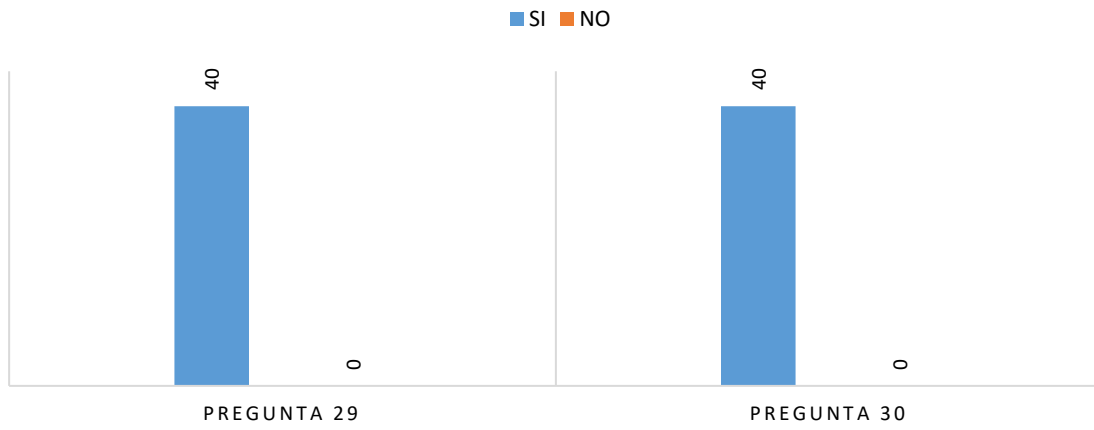
1. ¿Actualmente está en proceso de gestación?	SI	NO
2. ¿Sabe qué es la educación perinatal?	SI	NO
3. ¿Ha recibido alguna plática de educación perinatal?	SI	NO
4. ¿Sabe en qué consiste la planificación familiar?	SI	NO
5. ¿Tuvo alguna complicación durante su embarazo?	SI	NO
6. ¿Tuvo infecciones antes, durante y después del embarazo?	SI	NO
7. ¿Conoce las complicaciones que existen al rededor del embarazo?	SI	NO
8. ¿Sabe cómo identificarlas?	SI	NO
9. ¿Acude o acudió a sus consultas periódicas de embarazo?	SI	NO
10. ¿Le brindaron información sobre la lactancia materna?	SI	NO
11. ¿Conoce la manera adecuada de brindar la lactancia materna?	SI	NO
12. ¿Conoce la higiene que se debe de tener antes y después de amantar?	SI	NO
13. ¿Sabe qué es la ablactación?	SI	NO
14. ¿Sabe que durante el embarazo se puede realizar actividad física?	SI	NO
15. ¿Sabe qué ejercicios son permitidos?	SI	NO
16. ¿Ha oído hablar de los ejercicios de kegel?	SI	NO
17. ¿Conoce la alimentación adecuada que se debe tener en el embarazo?	SI	NO
18. ¿Conoce la diabetes gestacional?	SI	NO
19. ¿Sabe cómo se diagnostica el embarazo?	SI	NO
20. ¿Conoce la postura materna durante el trabajo de parto?	SI	NO
21. ¿Ha oído hablar de los ejercicios respiratorios durante el parto?	SI	NO
22. ¿Sabe cómo identificar el dolor en el recién nacido?	SI	NO
23. ¿Conoce la manera correcta de la higiene del muñón umbilical?	SI	NO
24. ¿Sabe cuáles son los cuidados del posparto?	SI	NO
25. ¿Sabe qué es el puerperio?	SI	NO
26. ¿Cree que el papá debería incluirse en pláticas del embarazo?	SI	NO
27. ¿Cree que el embarazo ocasiona conflictos emocionales?	SI	NO
28. ¿Durante su embarazo ha obtenido alguna información de utilidad del personal de enfermería?	SI	NO
29. ¿Le gustaría tener alguna plática de educación perinatal?	SI	NO
30. ¿Cree que la enfermera tiene una importante intervención de ayuda en el embarazo?	SI	NO

2.10. GRAFICADO









3. CAPÍTULO I LA ENFERMERA EN UNA VISTA GENERAL

3.1. CONCEPTOS GENERALES

La enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal.

Es de relevancia tener en cuenta los diferentes conceptos que son parte de este trabajo para poder comprender y saber de lo que se está hablando en cada texto.

Gestante. - Mujer en estado de gravidez, desde la fecundación hasta el parto.

Factores de riesgo. - Característica o atributo cuya presencia se asocia con un aumento de probabilidades de padecer el daño, por ejemplo: La desnutrición en la gestante condiciona entre otras, niños de bajo peso al nacer, anemia materna; por lo tanto, la mal nutrición es un factor de riesgo que se asocia a patologías tanto materna como neonatales, resulta así ser un factor asociado que aumenta la probabilidad del daño.

Equipo didáctico básico de Psicoprofilaxis Obstétrica. - Denominado también Kit de Psicoprofilaxis Obstétrica, es el conjunto de herramientas, piezas, objetos o productos que constituyen el material didáctico básico para facilitar la sesión de PPO. Está constituido por una colchoneta, dos almohadas y un cojín.

Gimnasia gestacional (GG)). - Actividad física a través de ejercicios gestacionales (EG) y movimientos generales y/o localizados que realiza la gestante para lograr bienestar general, entre ellos: refuerzo de músculos, elasticidad de tejidos, flexibilidad de articulaciones, mejor oxigenación tanto pulmonar como celular, comodidad, entre otros. La gimnasia gestacional se debe realizar con prudencia y de acuerdo a las condiciones de la gestante.

Movimiento (Mv). - Cambio de posición del cuerpo o alguna zona del cuerpo respecto de una postura anterior.

Posición inicial (PI).- Manera de acomodarse físicamente o postura adoptada antes de iniciar un movimiento, ejercicio o técnica

Posiciones aconsejables (PAc). - Posturas recomendables para la madre por prevenir y reducir dificultades, incomodidades o perjuicios durante la evolución de su gestación.

Posiciones antálgicas (PAn).- Posturas que reducen las molestias, incomodidad o dolor en el cuerpo o algunas de sus partes.

Posiciones prohibidas (PPh).- Posturas no recomendables para la madre por sus probables riesgos o perjuicios.

Sesión de PPO (S#).- Unidad de medida de cada atención de un programa de PPO en la cual se desarrolla el contenido de la preparación integral a la gestante/pareja gestante. Se denomina también: Consulta de PPO, dado que implica un diagnóstico obstétrico y un tratamiento de PPO individualizado de acuerdo a las condiciones exhaustivas de cada gestante.

Éstos son pocos de los muchos conceptos que existen en este tema tan amplio que ha repercutido de manera positiva en gran parte de su trayectoria, aunque ahora no se conoce lo suficiente sé que se puede retomar y volver a tener elocuencia al hablar de ello. Es difícil dar a entender lo que es bueno, pero se tiene que intentar; los seres humanos saben lo que les conviene, y una atención integral nos conviene a todos, una que involucre cada parte de nuestro ser para comenzar a vivir y no sobrevivir.

Las enfermeras obstetras, debemos de estar al tanto de lo que nuestra paciente refiere y erradicar cada molestia que le acontezca para que su camino a la evolución sea beneficioso y lleno de salud, o por lo menos que no sea traumático.

3.2. LA ENFERMERA ANTE LA SOCIEDAD

Hay innumerables estereotipos con los que la sociedad ha etiquetado a la enfermera, cada uno de ellos incluye factores causantes. Se han realizado estudios

donde se hace notar que la enfermera a través de la historia no ha logrado cambiar esos papeles con los que es percibida por la sociedad; uno de ellos es el de ayudante del médico, muchas personas siguen creyendo que es su principal función, claro, el médico con la enfermera forma un colectivo, pero no hay existencia de jerarquías entre ellos.

A pesar de este pensamiento la enfermería como carrera universitaria es tomada como opción y aunque no es tan demandante como la medicina se ha logrado tener un valor alto, es ahí donde se demuestra la importancia de su contribución en el sistema sanitario. Su rol es muy relevante y de gran interés, ya que desempeña una serie de actividades en las que cada vez trata de dar una atención holística encargándose no sólo de la aplicación de medicamentos, baños a pacientes o cambio de pañal, sino que incluye también prevención de enfermedades, promoción de la salud y lo más importante, se involucra en sus necesidades psicológicas que son parte fundamental para mantener una salud plena.

Los profesionales de enfermería están en la línea de acción en la prestación de los servicios y desempeñan una función importante en la atención centrada en las personas y comunidades. En muchos países son líderes o actores clave en los equipos de salud multiprofesionales e interdisciplinarios. Proporcionan una amplia gama de los servicios a todos los niveles del sistema de salud. Hay escasez de enfermeras en la Región de las Américas debido principalmente a la migración de profesionales a otras regiones, a las diferentes condiciones de desarrollo económico de los países, las políticas de recursos humanos en salud y de enfermería, las precarias condiciones de empleo y de trabajo y a la falta de regulación profesional.

Cabe mencionar que el punto de vista de la enfermera ante la sociedad tiene bastantes variaciones ya que depende mucho de la manera en la que actúe ella; muchas personas no conocen cuál es el quehacer diario de las enfermeras y confunden muchas de ellos. También se ha visto y valorado el grado de confianza que se le tiene a la enfermera y se puede decir que se le tiene para realizar ciertas actividades que ha venido atribuyéndose con el paso del tiempo, actividades que las personas saben que son propias de las enfermeras; son pocas las que son

reconocidas, pero se ha comprendido que la enfermería es un campo sin explorar, desconocido y poco visible, la sociedad no le ha encontrado una independencia e ignora que tiene más funciones y actividades que las que tradicionalmente se le han encargado, lo que sí se ha expuesto es que se le ha visto más preparada.

“El comportamiento propio de los profesionales tiene un efecto tanto sobre la imagen como sobre el conocimiento que el público tiene sobre la enfermería. Como profesión de servicio que es, esto es de suma importancia ya que si la población desconoce cuál es el quehacer de las enfermeras, no podrá recurrir a ellas. Asimismo, consideramos importante que los profesionales de enfermería reflexionemos sobre lo que hemos logrado y dónde estamos, para así poder definir bien lo que somos y lo que queremos ser y proyectar a la sociedad. Si como profesión y disciplina no somos capaces de «dar voz» a lo que somos y podemos ofrecer, difícilmente otros profesionales y la sociedad entenderán nuestra esencia.”

La imagen que tenemos ante la sociedad depende mucho de la labor que hagamos en ella, eso hará la diferencia en todos los sentidos, ya que es un servicio encaminado a satisfacer las necesidades de salud de las personas sanas o enfermas, individual o colectivamente, el plantearse hasta qué punto la población lo percibe así puede ser oportuno y hasta necesario, ya que, si desconocen lo que hacen las enfermeras, no recurrirán a ellas para beneficiarse de sus servicios.

La práctica enfermera es mucho más que el cumplimiento de múltiples tareas. Requiere de una agudeza intelectual que, vista desde el exterior, parece indicar intuición, ya que se trata de acertar a escoger una acción pensada, reflexionada, que responda a las necesidades particulares de la persona.

3.3. ENFERMERA Y CUIDADO

“Con frecuencia el cuidado es invisible, como expresa Collière (1986), cuidar o preocuparse de alguien, creer en alguien, reforzar sus capacidades, permitirle recobrar la esperanza, acompañarle en su experiencia de salud enfermedad estando presente, son acciones invisibles. Para cuidar en el sentido más amplio, es

decir, conocer a la persona, su entorno y apoyarla hacia mejorar su salud, la enfermera necesita algo que es limitado: "tiempo". Un tiempo muy corto significa un cuidado de enfermería incompleto, ya que se cumplirá sólo con las actividades rutinarias, pero entonces se sacrifica una parte esencial del cuidado, el que exige reflexión, apoyo, confort y educación."

Por lo antes citado se puede percibir que el cuidado de enfermería es una de las cuestiones más importantes en el ámbito de la salud, ya que logrando un cuidado integral se puede llegar a comprender al paciente y, por lo tanto, sus necesidades serán más fáciles de identificar y así se podrá llegar a una situación de mejoría contando con el apoyo de su familia, la comunidad y nosotros, los profesionales de la salud, para asegurar el cumplimiento de las terapéuticas.

La gestión del cuidado debe incluir la creación de instrumentos, análisis reflexivo de datos para realizar un diagnóstico de enfermería donde se hable la respuesta de la persona y la causa de ésta. Se debe realizar una planeación de las intervenciones de enfermería para asegurar que la persona se encontrará en perfectas condiciones de cuidado humanizado.

Autoconocimiento, empatía, respeto, observación, escucha activa y conciencia de las propias habilidades, son los requisitos para poder formar a un profesional para poder realizar una correcta relación terapéutica. Por lo tanto, son los objetivos que se deberían incluir en la actualidad en las escuelas de enfermería, y no como pasa actualmente, que estas habilidades se creen innatas.

La práctica de los cuidados ha ido cambiando a lo largo de la historia; ha pasado de ser considerado como un arte, a desarrollar un marco conceptual propio. Los cuidados de enfermería han tenido un importante desarrollo en los últimos años con el establecimiento de Procedimientos, Protocolos y Planes de Cuidado.

Esta profesionalización de los cuidados con actividades ejecutadas por enfermería, dan respuesta a una necesidad específica de salud en todos los campos: promoción, tratamiento y prevención.

La enfermera debe guiar sus actividades por los conocimientos que le brindan las ciencias, y debe considerar los valores y actitudes de las disciplinas que le otorgan una visión distinta y específica a la gestión de los cuidados.

Cada vez más la acción de la enfermera debe ir ampliándose para poder abrir más campo de trabajo al momento de ir incluyendo actividades que puedan intervenir en la mejora de los distintos aspectos de la persona.

Es importante que la Enfermería identifique la necesidad de volver la vista hacia el cuidado y su responsabilidad en la calidad de vida de las personas. Queremos dejar en el pasado los espacios tradicionales de la práctica (hospital), transformarla y también hacer a un lado las actividades rutinarias de cuidado médico delegado y la excesiva carga administrativa.

Dependiendo de la actitud que tengamos hacia el paciente realizamos un estilo diferente de relación de ayuda y por ello obtendremos diferentes resultados. Si nos centramos en el problema del paciente, en resolverlo de forma directa, y no se buscan los recursos propios del paciente, sino que utilizamos los propios, se trata de un modelo autoritario. Si centramos el problema en el paciente y se adopta una actitud facilitadora y se implica al paciente para buscar la manera de resolver el problema, se trata de un modelo democrático o cooperativo. Por otro lado, si centramos el problema en la persona, en cómo vive el problema y adoptamos una actitud directiva y tomamos la responsabilidad de la situación del paciente y le sobreprotegemos, se trata de un estilo paternalista. Por último y para que se vea la diferencia, el modelo empático que es el ideal a seguir: se dirige a la persona, se adopta una actitud facilitadora y se ayuda al otro, insistiendo en que cree que debe hacer en relación a lo que puede realizar.

La creación de modelos de cuidado basados en la concepción de la disciplina de enfermería, el uso de un lenguaje común, de símbolos, de conceptos comunes en la práctica clínica que refuercen el potencial, el compromiso y la identidad profesional de la enfermería, pero sobre todo la calidad del cuidado que se otorga a los usuarios y su familia deben ser estimulados por la gestión de los cuidados.

3.4. ROL DE LA ENFERMERÍA

La enfermería se ha autoidentificado como una profesión humanista, que se adhiere a una filosofía básica centrada en el ser humano y su interacción con el entorno, donde la persona elige, se autodetermina y es un ser activo. El objetivo de la enfermería debe ser, esencialmente, para el beneficio del paciente, y su trabajo debe estar centrado en él.

El profesional en enfermería competente es aquel que utiliza sus conocimientos, habilidades y actitudes para emitir juicios clínicos, solucionar problemas y realizar tareas costo-eficaces. La función de la enfermería, al igual que la de otras profesiones de la salud, debe incluir la información y educación del cliente sobre la salud, para que él pueda elegir entre las diversas opciones posibles, una vez considerados los distintos riesgos y beneficios de cada alternativa. Esta función de educación se está convirtiendo en prioritaria, ya que la tendencia del cuidado de la salud se centra en el cliente, como centro de la atención y como persona que toma la decisión del tratamiento y el tipo de cuidado que se va a realizar.

Además, el profesional en enfermería debe ser la conexión o unión entre los profesionales de la salud, el paciente y su familia. Esta función tiene por objetivo la integración de los esfuerzos y la prevención de la fragmentación de los servicios de salud asociada a la especialización. Es la enfermera quien crea relaciones, mediante el reconocimiento mutuo enfermera-paciente, conociendo sus percepciones y necesidades, y negociando el cuidado para alcanzar los objetivos propuestos en el plan de cuidados holísticos.

Creemos que es importante definir la enfermería como una ciencia, en el sentido de adquisición de conocimientos mediante la observación y la experimentación, y la práctica basada en la evidencia científica. Asimismo, la enfermería es un arte y una filosofía, compatibles con la visión científica. En la actualidad, el modelo de cuidado es fundamentalmente biomédico, centrado en la enfermedad, y deja poco espacio para las dimensiones sociales, psicológicas, culturales y espirituales de la salud.

3.5. ENFERMERA COMUNICANDO

En esta revisión se presenta una visión global de la comunicación y su relevancia en la profesión enfermera. Es de gran importancia la adquisición de habilidades y actitudes fundamentales a la hora de iniciar una relación de ayuda. Por ello queremos demostrar a los docentes de esta disciplina, profesionales de enfermería y al resto de profesionales sanitarios, la importancia de formar al colectivo enfermero en este aspecto. En la práctica profesional la relación persona - enfermera aparece como una constante y es que las enfermeras teóricas definen la profesión como una relación de ayuda. Se puede afirmar que la relación terapéutica es una relación profesional basada en un proceso de interacción e influencia social cuyo objetivo es la curación del enfermo.

La relación terapéutica se podría definir como una negociación intersubjetiva en la que a través del discurso que se establece entre terapeuta y paciente se va construyendo-reconstruyendo el binomio salud-enfermedad. Por lo tanto, es considerada como un proceso, método o instrumento, por medio del cual son transmitidos los significados entre personas y grupos.

Tal como describen los estudios presentados por Stickley y the College of Nurse of Ontario, establecer una efectiva relación terapéutica contribuye a una disminución del tiempo de recuperación. El primero de los artículos presenta como resultados que el aumento de la calidad de la comunicación enfermera disminuye la ansiedad, mejora sus habilidades de autocuras y se consigue una mayor adherencia al tratamiento. Además, los pacientes están más insatisfechos con una pobre comunicación que con otros aspectos de las curas durante la estancia hospitalaria.

Actualmente muchas personas tienen enfermedades psicosociales que podrían ser tratadas a partir de una relación terapéutica, cosa que disminuiría el abuso de antidepressivos u otro tipo de tratamientos.

Es importante tener en cuenta que escuchar no es una acción pasiva, sino que es un arte o habilidad que sólo se puede alcanzar con la práctica. Hemos de incorporarla para poder desarrollar una relación terapéutica efectiva. La comunicación terapéutica que se utiliza no es igual que la comunicación social, ya

que en la terapéutica tenemos la responsabilidad de la calidad de la comunicación con el paciente, pensando y escuchando con una metodología específica desde el rol de enfermería. En la comunicación terapéutica el paciente es el protagonista, el que habla, y el profesional el que escucha y lo acompaña en su proceso de elaboración.

Por lo tanto, es muy importante que el paciente se sienta escuchado, sea escuchado y se escuche a sí mismo con la ayuda del profesional. Muchas veces el profesional de enfermería se queja de no disponer de tiempo para desarrollar esta actividad, pero puede que el paciente sólo necesite tres minutos, y esos tres minutos que se le dediquen hay que escucharlo con tranquilidad, interés, atención, respeto, sin interrumpirlo ni juzgarlo y dirigiéndose a él de manera empática y con respeto.

La comunicación verbal es muy importante porque permite clarificar las ideas que el paciente intenta transmitirnos, sin embargo, la traducción del lenguaje y expresión no verbal son igual de importantes. Es decir, el profesional sería capaz de traducir lo que sin decir nada, expresa la corporalidad del paciente en toda su complejidad.

3.6. LA ENFERMERA Y LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Actualmente, las enfermedades predominantes son principalmente alteraciones debilitantes crónicas, en donde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad se reconocen como estrategias efectivas. Así, la enfermería debe intentar anticiparse a las situaciones que surgen y prevenir aquellas que dan lugar a riesgos para la salud.

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla y que se dedica a estudiar las formas de favorecer una mejor salud en la población.

Hay distintos objetivos que manejan las enfermeras en la promoción de la salud para lograr obtener los resultados esperados, como es la prevención, entre ellos está el explicar de qué manera influye el cuidado en la promoción de la salud,

exponer como está involucrado el personal de enfermería en estos procesos y relacionar esto dos procesos para decir cómo se obtiene una atención de calidad

Para el cumplimiento con la gran misión de prevenir el papel de la enfermería tiene un significado mucho más amplio y se refiere básicamente al aspecto humano. Se define así al cuidado como “ayudar al otro a crecer y a realizarse como persona”.

El objetivo principal del cuidado de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir las necesidades del paciente, la familia y la comunidad, es aquí donde la labor de los profesionales de la salud debe de aprender a identificar cuáles son los factores de riesgo que corre cada población, así como cuáles son las medidas de salud y seguridad que deben comenzar a implementarse que incluyen a los distintos protagonistas de este entorno para poder modificarlos. El cambio que se producirá sólo se obtendrá dando información completa, adecuada y de confianza con capacitaciones, actividades y apoyo brindado por el personal de salud encargado.

Las relaciones forjadas durante la promoción de la salud entre personal de salud y sociedad hacen referencia a la ayuda que se ofrece a una población determinada mediante estrategias para controlar su salud y ayudar a prevenir enfermedades, esto indica que la influencia es grande.

El funcionamiento de la promoción de la salud se basa fundamentalmente en brindar cuidados y atenciones a las personas de todas las poblaciones en un trabajo en equipo que nos involucra de igual manera a todos los participantes y en donde cada voz cuenta. En estos cuidados y atenciones se busca que se promuevan estilos de vida saludables, la acción comunitaria en favor de la salud y que se permita el control sobre los determinantes de la salud del individuo para establecer una modificación que favorezca a todos los habitantes de dicho lugar.

Las enfermeras deben contener en sus actividades de promoción de la salud en nuestras vidas que se pueden desarrollar en diferentes escenarios y están dirigidos a grupos diversos de población, como lo es el hogar, la escuela, las unidades de salud, los lugares de trabajo establecimientos de servicios, así como el barrio o el

municipio que se desea tratar. No se tienen existencias de limitaciones en ningún campo de trabajo, o no deberían; aunque las condiciones no sean las mejores se encontrará la manera de participar junto con la sociedad y obtener resultado mejor que los esperados

También cabe resaltar que la carta de Ottawa es algo fundamental para el cuidado de enfermería en la promoción de la salud porque su acción se dirige a reducir las diferencias en el estado actual de la salud y a asegurar la igualdad de oportunidades y proporcionar los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su salud potencial. Esto implica una base firme en un medio que la apoye, acceso a la información y poseer las aptitudes y oportunidades que la lleven a hacer sus opciones en términos de salud. Las gentes no podrán alcanzar su plena salud potencial a menos que sean capaces de asumir el control de todo lo que determina su estado de salud. Esto se aplica igualmente a hombres y mujeres

Una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal económico y social y una dimensión importante de la calidad de la vida. Los factores políticos económicos, sociales, culturales, de medio ambiente, de conducta y biológicos pueden intervenir bien en favor o en contra de la salud. El objetivo de la acción por la salud es hacer que esas condiciones sean favorables para poder promocionar la salud.

La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana: en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo. La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud.

El cuidado del prójimo, así como el planteamiento holístico y ecológico de la vida, son esenciales en el desarrollo de estrategias para la promoción de la salud. De ahí que los responsables de la puesta en práctica y evaluación de las actividades de promoción de la salud deban tener presente el principio de la igualdad de los sexos en cada una de las fases de planificación.

Es natural entonces que esto requiere de promover transformaciones en la organización de enfermería, en su manera de planear y ofertar servicios y particularmente de brindar cuidado de calidad que satisfaga las expectativas del usuario y que además para las instituciones sea costo-efectivo. Al respecto no existen fórmulas mágicas, ni modelos perfectos para mejorar la prevención.

3.7. PSICOPROFILAXIS PERINATAL

En esta investigación tomé como objetivos conocer la importancia e influencia de la aplicación de la psicoprofilaxis perinatal en el servicio de obstetricia y encontrar la manera de incluir la psicoprofilaxis perinatal en la labor diaria de la enfermera y médicos ya que no he notado que sea aplicada ni es tomada con la importancia debida.

La psicoprofilaxis perinatal (PP) fue pensada a mediados del siglo pasado como un método educativo y de entrenamiento para mejorar las condiciones de la mujer gestante en vistas del parto, para no temer ni sufrir dolor por éste (Valley, 1985). La definición de Orts (1983) sobre la PP aún tiene vigencia: “Preparación física y psicológica de la pareja, para lograr el nacimiento de la forma más natural y más segura a través de un parto consciente y activo y como consecuencia sin sufrimiento”. Así, incluye actividades preparatorias para las mujeres, como ejercicios obstétricos, relajación y manejo de la respiración; y para los hombres, dinámicas como el manejo de su “embarazo” y la elaboración de juguetes u obsequios para cuando nazca el bebé.

Esto es importante para el tema ya que se menciona y denota que se ha pensado en la psicoprofilaxis perinatal tiene desde tiempo atrás, sin dejar de lado que siempre se ha tenido en cuenta que es una parte fundamental e importante para el buen comienzo, evolución y conclusión del proceso de embarazo de una manera adecuada, así como también el aspecto psicológico de cada gestante y los integrantes de la familia, el físico que se trabaja por medio de ejercicios que son de mucha ayuda al momento de un parto fisiológico y que deben ser indicados por

personas capacitadas para que sean practicados de forma correcta para que se logre el beneficio que se busca en cada uno. Todo esto con el único objetivo de mantener en constante mejora la situación de la mujer gestante involucrando a su alrededor y una serie de actividades que tienen que ser impartidas con regularidad para obtener un desenlace óptimo del embarazo y que sigan teniendo un impacto positivo en la etapa del puerperio inmediato, mediato y tardío ya que sus consecuencias van más allá del embarazo.

En su origen, la PP como encontró Chevalier, (1982), parir para muchas mujeres es un acontecimiento traumático, por lo que necesitan una preparación en tres planos: ejercicios de gimnasia médica, información sobre funciones sexuales, menorrea, concepción, embarazo y alumbramiento, y aprendizaje de la distensión corporal ante el dolor. Valley (1985) explicó que el método psicoprofiláctico, con bases teóricas en el condicionamiento pavloviano, es un conjunto de procedimientos de analgesia verbal para el parto. Las variaciones adecuadas en el lenguaje, o segundo sistema de señales, y un apropiado manejo de reflejos condicionados, permiten a las mujeres resignificar y experimentar el parto como un suceso no doloroso. El método fue desarrollado por Velvovski en la ex Unión Soviética al inicio del tercer decenio del siglo pasado al recuperar los hallazgos de Pavlov sobre reflejos condicionados. En 1950, los neurofisiólogos Platonov y Velvoski y los obstetras Ploticher y Shugan le hicieron otras aportaciones. El objetivo era que el parto ocurriera sin que la mujer sintiera dolor, puesto que se habían obtenido evidencias de que las emociones pueden alterar las sensaciones del trabajo de parto. Por ese tiempo también el papa Pío XII lo autorizó como medio para dar a luz. En 1960 ya se aplicaba en 42 países de Europa, Asia, África, América del Sur, Norteamérica y Australia. En ese año, Lamaze lo aprendió en Rusia y lo llevó a Francia, donde fue perfeccionado por tocólogos como Vellay, Bourrell y Hersilie, y los psiquiatras Vermorel y Anguelgues. Con Vellay a la cabeza, el grupo europeo fundó en 1958 la Société Internationale de Psychoprofilaxie Obstetricale, con sede en París.

El método fue traído a México por Stefanovich y Stoopan en 1957. Santibáñez y Fuentes Calvo lo practicaron por primera vez en el Hospital Central Militar, al

principio con esposas de soldados rasos, y después con las de oficiales. Fuentes lo puso en práctica sólo cinco años, y después se trabajó en Molino del Rey. El nexo principal fue entre Stefanovich y Fuentes, Mateos Cándano y Orgay hicieron el método más médico e intervencionista, y más tarde, en 1959, Fuentes Calvo se unió con Santibáñez y juntos fundaron la Clínica Psicosomática en Ginecoobstetricia, donde, en trabajo de tutoría, formaron instructoras de psicoprofilaxis. Santibáñez estudió en Francia el método de Lamaze y era miembro de la sociedad mencionada arriba. Fuentes Calvo, a su vez, recomendaba observar permanentemente a la parturienta. Enseñó la extensión abdominal, esto es, a inflar el abdomen durante las contracciones uterinas, en vez de oponerles resistencia.

Es muy notorio el objetivo principal del método psicoprofiláctico perinatal. Tras los años en los que se ha estudiado se han ido incluyendo más teorías que van aportando opiniones que son tomadas en cuenta y que al practicarlas en conjunto se nota un resultado mucho mejor, algo extraño, ya que han sido profesionistas de diferentes ramas, pero todo concluye a que éstos se complementan por tratar las distintas esferas del ser humano, como lo son, la física, espiritual, emocional e intelectual.

Sus trabajos en conjunto toman una forma increíble de analgesia que ellos llaman verbal, y como ya sabemos, la analgesia es una “desaparición, natural o provocada, de cualquier sensación de dolor”, y el dolor es un hecho biológico que está íntimamente ligado al ser humano por consecuencias de diferente etiología, en este caso la etiología es el trabajo de parto, y la analgesia al incluir la palabra verbal se sabe que no se habla de aspectos farmacológicos, sino de un tipo que se centra en el alivio o erradicación del dolor por medio de actividades que modulan la tensión y así experimentar el parto como un proceso natural sin dolor y poder utilizar la energía de manera positiva para que sea más rápido y menos traumático.

En enero de 1971 se impartió el primer curso teórico y práctico para formar instructoras de PP, donde se formaron quince, de las cuales dos se encuentran activas aún. El parto era considerado en esa época como psicósomático: importaban los aspectos corporales y psicológicos, por lo cual se llegó a utilizar la

hipnosis para facilitar el parto. Aunque esto no era aceptado por la tradición obstétrica, un médico atendió a parturientas hipnotizadas. En el ambiente obstétrico a las instructoras se les conocía como “las psicósomáticas”, ya que confiaban en mejorar lo fisiológico incidiendo primero en las emociones. En 1975, en el Centro Materno-Infantil “General Maximino Ávila Camacho”, en Los Pinos, se fundó el Departamento de Psicoprofilaxis Obstétrica, coordinado por Álvarez del Castillo. Fue la primera vez que la PP se trabajó en una institución pública de salud, impartándose como un curso prematrimonial. En 1978, el Instituto Nacional de Perinatología fundó el Departamento de Educación Pregestacional, que atendía a la totalidad de las usuarias y que consistió en una preparación regular para el parto, de modo que las mujeres asistían al curso y los padres podían observar el parto. Se hacía además investigación, pero esto terminó en 1976 durante el gobierno de Luis Echeverría. En agosto de 1981, Sergio Villalobos, Jefe de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional 1° de Octubre del ISSSTE, inauguró el Servicio de Psicoprofilaxis Perinatal, el cual se presta ahí desde entonces. Fechas y otros datos de esta etapa se exponen en el hospital, junto con el bosquejo histórico de la PP hecho por González (1983) y Orts (1983). En 2005 el servicio cumplió 24 años en dicho centro hospitalario. La utilización de la PP ha implicado un logro para las mujeres, como el ejercicio de su derecho a parir no dormidas sino conscientes. Así, el propósito del presente trabajo es dar a conocer la PP, tal como se practica en una institución de salud del sector público de la ciudad de México, para lo que se recurrió a la observación de tipo etnográfico en el lugar. La finalidad última es recomendarla como un método educativo y de entrenamiento dirigido a mujeres embarazadas y parejas para el nacimiento.

Los hallazgos del estudio sobre las experiencias y significaciones que mujeres y hombres tienen respecto de las actividades psicoprofilácticas, y lo recomendable que podría ser el empleo de la PP en una parte del proceso de reproducción, son analizados de conformidad con estas premisas. Cuando se habla de Reproducción, es entendida como un conjunto de hechos, procesos, comportamientos y disposiciones de ubicación y significación histórica, contextual e individual en relación con la fecundación, embarazo, desarrollo fetal, trabajo de parto, parto y

cuidados neonatales, y también como un fenómeno social relacional entre los géneros masculino y femenino, ya que los hombres son actores tan importantes como las mujeres en los procesos reproductivos y en los psicoprofilácticos, aunque los papeles de cada quien y los modos como los experimentan o significan sean distintos. Así como las mujeres se han insertado en la actividad productiva (Lara, 1998; Lara y Acevedo, 1998), los hombres se han incorporado a las labores domésticas, la crianza de los hijos y el cuidado de la gestación, que antes les eran más ajenas. Ambos se “apoyan” en el cumplimiento de “sus” asuntos, cargas o deberes. Esos “apoyos” mutuos acaecen en una sociedad y cultura tradicionales de supremacía masculina.

El método ha sido impartido por distintas personas y con varias técnicas como lo es la hipnosis para la no percibir el dolor durante el parto. Las mujeres embarazadas no quería permanecer dormidas, querían estar conscientes de lo que se realizaba, aún en el siglo XXI las mujeres durante el parto están anestesiadas de la región abdominal hacia abajo, lo cual les impide tener una colaboración en la expulsión como lo es con los pujidos, evitando una salida del feto natural y necesitando ayuda de otros elementos quirúrgicos como los fórceps que pueden llegar a perjudicar la anatomía y fisiología del recién nacido por una manipulación y expulsión forzada.

Yo podría llamarlo “entrenamiento psicoprofiláctico perinatal” por lo que éste comprende, una preparación que ayuda a perfeccionar el desarrollo y que beneficia el proceso de embarazo que incluye actividades físicas, técnicas y psicológicas, que pueden ser tomadas con la mujer únicamente o con su pareja para lograr que la mejora sea en conjunto.

La Psicoprofilaxis obstétrica (PPO), reconocida como una herramienta de prevención en la atención obstétrica, tiene un impacto positivo en la salud materna y perinatal. En un mundo globalizado, es necesario y conveniente uniformizar criterios, con la finalidad que el personal que integra el programa, pueda trabajar mejor, bajo los mismos conceptos, comprendiendo el mismo significado y objetivos de la PPO, para lograr un trabajo en equipo, con calidad y de esta manera, conseguir el máximo beneficio para las madres, bebés y su entorno. La psicoprofilaxis

perinatal se ha convertido así en un valioso método que desde su creación no sólo se ha tornado importante y satisfactorio para la labor de los profesionales en Obstetricia, sino que ha recibido significativo apoyo empírico, lo que demuestra efectividad y su importante contribución en la disminución de la morbi-mortalidad materno-perinatal de los países.

Tiene como objetivo la eliminación de los temores en la gestante, lo cual contribuiría con la disminución de la experiencia del dolor en el momento del parto y por ende en la disminución de las repercusiones negativas para la salud de la madre y el feto.

La psicoprofilaxis perinatal llevada a cabo de una manera adecuada y completa ha podido descender los niveles de morbimortalidad materno – infantil, por lo que se puede ver que en realidad es una teoría verídica con muchos fundamentos capaz de tener un impacto más grande si se toma en cuenta para la práctica clínica de enfermeras, médicos y otros profesionales de la salud, porque ya lo mencioné, no sólo es el aspecto físico lo que se debe de valorar y cuidar, sí, es de importancia el cuidado de lo físico, pero recordemos que el ser humano está conformado por más ámbitos, y si uno falla el equilibrio no se encontrará completo y por tanto, el ser estará enfermo.

La salud según la OMS es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, es por eso que la mujer al sufrir emocionalmente se encontrará enferma y eso alteraría la sensación del trabajo de parto. La embarazada se deberá encontrar en un estado óptimo en todos sus sentidos y preparada porque se necesita de su plena concentración y fuerza para poder llevar a cabo el trapajo de parto y concluirlo sin alteraciones ni complicaciones.

3.8. ENFERMERA CON GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

A la enfermera desde su origen se le ha atribuido el cuidado y la atención de niños, mujeres embarazadas y ancianos, por lo que conforme la profesión ha avanzado en

los niveles educativos ha logrado que el cuidado que otorga sea especializado de acuerdo con cada etapa de la vida.

La enfermera obstetra cuenta con una formación profesional que le permite comprender los factores que condicionan la calidad de vida, analizar la realidad nacional y los problemas de salud reproductiva para definir su participación en el desarrollo de estrategias y acciones que requieren estos problemas de salud. Así mismo, está preparada para diseñar o implementar los métodos para lograr una comunicación efectiva, con los usuarios de sus servicios y con los grupos de trabajo multiprofesional e interprofesionales.

En la atención obstétrica se ha hecho necesario un sistema de clasificación que permita distinguir a las mujeres con mayor o menor riesgo de presentar complicaciones que ocasionan tanto muertes maternas como fetales. Las enfermeras obstetras como parte del equipo del servicio de salud, conocen y aplican el sistema de evaluación de riesgo de un modo efectivo. Con los resultados que se obtienen de esta valoración, se establece un plan de cuidados ya sea para la vigilancia del estado de la salud y prevención de complicaciones o para la referencia a servicios especializados.

La enfermera obstetra es el profesional de enfermería que tiene como misión atender y cuidar el bienestar físico, emocional y social de la mujer en estado grávido, detectar oportunamente cualquier alteración en el estado fisiológico del embarazo y ofrecer las mejores prácticas desde el punto de vista técnico, de relación interpersonal y de respeto a la interculturalidad de tal forma que se asegure el nacimiento del nuevo integrante de la familia en las mejores condiciones posibles.

Para cumplir efectivamente con su misión la enfermera obstetra cuenta con conocimientos y aptitudes que se traducen en competencias y acciones derivadas de ellas.

La enfermera otorga atención holística a la embarazada durante el periodo gestacional con base en la identificación oportuna de los factores de riesgo ya que cuenta con los conocimientos y aptitudes para confirmar el embarazo y determinar

el riesgo obstétrico con base en los criterios de clasificación establecidos y derivar oportunamente al siguiente nivel de atención en caso de detección de alto riesgo mediante acciones, concertar con la embarazada el plan de control y cuidados dependiendo de las condiciones físicas, emocionales, espirituales, sociales y culturales, así como identificar, utilizar o implementar las redes de apoyo familiar y de la comunidad para la atención del parto.

También debe proporcionar atención continua a la embarazada durante el trabajo de parto y parto, atendiendo a las condiciones generales y obstétricas y previene la aparición de complicaciones que puedan afectar la seguridad de la madre y el feto, porque cuenta con los conocimientos y aptitudes para valorar inicialmente las condiciones maternas y fetales, procurar un estado de bienestar físico, mental, emocional y espiritual del binomio madre-hijo durante la fase de trabajo de parto y controlar la evolución, atender a la mujer en el periodo expulsivo y atender a la mujer en la etapa de alumbramiento.

De igual manera debe brindar atención integral en el puerperio inmediato, mediato y tardío con base en las condiciones físicas, psicológicas y sociales de la puérpera y su familia ya que cuenta con los conocimientos y aptitudes para valorar la evolución del puerperio en sus tres etapas, otorgar cuidados específicos en el puerperio inmediato, mediato y tardío.

Proporciona atención inmediata, mediata y tardía, al recién nacido con el fin de disminuir el riesgo de enfermedad o muerte. Para ello cuenta con los conocimientos y aptitudes necesarias para evaluar sistemáticamente el estado general del neonato de acuerdo con esquemas establecidos, propiciar el bienestar, seguridad física, legal y emocional del recién nacido.

Atiende situaciones críticas que representan amenazas para la vida de la mujer en cualquier etapa del embarazo, parto y puerperio, ya que cuenta con los conocimientos y aptitudes para: Brindar atención ante la presencia de preeclampsia – eclampsia, a través de las siguientes actividades, proporcionar atención ante la presencia de sangrado transvaginal en el embarazo, atiende a la paciente para lograr su estabilización, identifica datos de sufrimiento fetal, valora la necesidad de

referir a la paciente para su atención especializada, identifica presencia de problemas de tipo emocional o mental.

Otorgar atención inmediata ante la presencia de hemorragia durante el parto y el puerperio inmediato, para ello realiza las siguientes actividades: evalúa el estado físico, mental y emocional de la embarazada a través del interrogatorio y exploración física, determina el tratamiento general y específico de la paciente para lograr su estabilización, valora la necesidad de referir a la paciente para su atención especializada, identifica presencia de problemas de tipo emocional o mental.

Proporcionar atención inmediata ante la presencia de infección temprana o tardía posparto, para ello realiza las siguientes actividades: evalúa el estado físico, mental y emocional de la paciente a través del interrogatorio y exploración física, identifica la posible causa de la infección, determina el tratamiento para la estabilización de la mujer a través de las siguientes acciones, valora la necesidad de referir a la paciente para su atención especializada, identifica presencia de problemas de tipo emocional o mental.

En el plan de acción de las enfermeras obstetras también se incluye competencias de atención de urgencias del recién nacido como son:

Atender situaciones críticas que representan amenazas serias para la vida del recién nacido, ya que cuenta con los conocimientos y aptitudes para: Identificar la presencia de hipoxia en el recién nacido, identifica las posibles causas de asfixia o hipoxia (hipotermia, hipoglucemia, deshidratación, entre otros) y refiere al neonato, una vez estabilizado para la atención especializada.

4. CAPITULO II EL EMBARAZO

4.1. DIAGNÓSTICO

Debe plantearse ante cualquier retraso menstrual superior a diez días en una mujer sana, en edad fértil con ciclos regulares y espontáneos, aunque, en ocasiones, la clínica puede quedar enmascarada por pequeñas pérdidas hemáticas debidas a la implantación.

Es necesario tener presente la posibilidad de embarazo en mujeres en edad reproductiva con clínica inespecífica:

Astenia.

- Trastornos del sueño.
- Náuseas y vómitos matutinos.
- Tensión mamaria.
- Aumento de temperatura basal.
- Estrías abdominales.
- Aumento de pigmentación areolar y cutánea.
- Percepción de movimientos fetales, en mujeres con edad gestacional avanzada.

Es conveniente, además, considerar el diagnóstico en otras situaciones menos características (mujeres premenopáusicas con cese de menstruación, dolores abdominales con sangrados vaginales irregulares, adolescentes o jóvenes con retrasos menstruales que niegan actividad sexual, mujeres en periodo de lactancia con ausencia de método anticonceptivo).

El método diagnóstico de gestación más frecuentemente utilizado se basa en la detección de gonadotropina coriónica humana en sangre o en orina.

HCG en sangre: Los niveles son detectables desde la implantación (21 días desde la fecha de la última regla). Valores muy elevados hacen sospechar enfermedad trofoblástica (mola), isoinmunización, cromosomopatías o gestación múltiple. En abortos y embarazos ectópicos, los valores son bajos o negativos.

HCG en orina: Los valores detectables aparecen a partir de la 4ª semana de amenorrea. Los test domiciliarios de embarazo son capaces de detectar niveles de 25-50 mU/ml de hCG en orina, con una sensibilidad del 100% a partir de estos valores.

En casos de niveles bajos -técnica incorrecta de gestación muy temprana, orina muy diluida, amenaza de aborto o embarazo ectópico- pueden aparecer falsos negativos y es aconsejable repetir el test (en mujeres con amenorrea y sospecha de embarazo, se recomienda realizar hasta dos tests más, con un intervalo semanal) o utilizar otras pruebas complementarias para detectar la hCG (detección específica de beta-hCG, titulación de hCG en sangre) o ecografía.

Ecografía.

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

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

4.2. SEGUIMIENTO Y VISITAS EN EL EMBARAZO

La primera visita de la mujer embarazada debemos realizarla tan pronto como podamos, intentando siempre que sea antes de la 12 semana; existen evidencias de que si lo hacemos así obtendremos mejores resultados obstétricos.

Debemos tener en cuenta que cuanto más precoz sea esta visita, antes detectaremos las posibles situaciones de riesgo y podremos actuar sobre ellas.

Tras la realización de estudios observacionales se llegó a la conclusión de que un mayor número de visitas proporcionaba unos mejores resultados obstétricos.

Posteriormente se han realizado ensayos clínicos en los que hay evidencias de que se obtienen buenos resultados con tan sólo 7 visitas.

La realización de 10 visitas no ha demostrado mejores resultados obstétricos, pero sí se acompaña de mayor satisfacción en la gestante.

Tras la primera visita, realizada lo antes posible, recomendamos realizar visitas cada 4 semanas hasta la semana 36, cada 2 semanas hasta la semana 38 y posteriormente semanal.

Anamnesis.

- Antecedentes familiares: enfermedades crónicas (hipertensión arterial, diabetes), malformaciones en la familia, presencia de cromosomopatías.
- Antecedentes personales: enfermedades crónicas, infecciones.
- Antecedentes gineco-obstétricos: fórmula menstrual, fórmula obstétrica (embarazos y partos anteriores), patología ginecológica previa (intervenciones quirúrgicas, infecciones)
- Fecha de última regla (FUR) y cálculo de la fecha probable de parto
- Esta la calculamos mediante la fórmula de Naegele: $FUR - 3 \text{ meses} + 1 \text{ año} + 7 \text{ días}$.
- Presencia de DIU.
- Ingesta previa de fármacos.
- Hábitos tóxicos: alcohol, tabaco, drogas.
- Valorar aceptación del embarazo.
- Valoración del riesgo existente al inicio de la gestación basándonos en la anamnesis.
- Debemos preguntar por la existencia de síntomas secundarios a la gestación: náuseas, vómitos, edemas en extremidades inferiores.

Exploración física.

Peso, talla e índice de masa corporal. Tanto la delgadez como la obesidad extrema al inicio del embarazo se asocian con malos resultados obstétricos, por lo que es importante conocer estos parámetros desde el primer momento.

En principio, no hemos encontrado evidencias que apoyen pesar a las gestantes en cada visita sin la existencia de otros parámetros alterados (tensión arterial, proteinuria o edemas), puesto que parece que podría crear ansiedad en la mujer. Sin embargo, tampoco existen evidencias que desaconsejen esta medida, por lo que nosotros seguimos recomendando repetirlo en cada visita.

Respecto a la talla, la capacidad pélvica se reduce cuando es inferior a 1.50m., por lo que su medición es necesaria para valorar la posible existencia de una desproporción céfalo-pélvica a la hora del parto.

Presión arterial: se debe medir en la primera visita y en las siguientes para hacer un cribado de la pre-eclampsia.

Exploración general: auscultación cardio-pulmonar, palpación abdominal, exploración tiroidea, examen de la pelvis y extremidades inferiores (edemas, varices). La existencia de edemas en EEII debe valorarse conjuntamente con la presencia de proteinuria e hipertensión arterial.

Exploración ginecológica.

Debe realizarse en el caso de mujeres nulíparas que no hayan sido exploradas anteriormente, para poder valorar la existencia de posibles problemas en el canal del parto. En el resto de las gestantes sanas no es imprescindible.

Pruebas analíticas.

Exudado vaginal: para detectar posibles infecciones en el canal del parto.

Citología: debe realizarse en el caso de que la mujer no esté incluida en el programa de detección precoz del cáncer de cérvix, o hayan pasado más de 2 años desde la última realizada.

Hemograma completo.

Bioquímica: Debe incluir: glucosa, urea, creatinina y ácido úrico. Es importante tener una determinación de ácido úrico en la primera visita, ya que es un marcador precoz de preeclampsia que aparece antes que la proteinuria.

Grupo sanguíneo y Rh: No es necesario pedir por sistema test de Coombs indirecto hasta que no sepamos el Rh. En el caso de Rh negativo, lo realizaremos de forma seriada a lo largo del embarazo.

Serología de Lúes: se realiza como test de cribado a todas las embarazadas. En el caso de ser positivo, se debe poner tratamiento a la gestante para evitar la fetopatía luética.

Serología de Toxoplasma: en el caso de realizar esta serología en la gestante con IgG negativa, explicaremos medidas higiénico-dietéticas para evitar el contacto con el parásito durante el embarazo.

Serología de Rubéola: también aconsejaremos que extremen precauciones en IgG negativa.

Serología de VIH: se debe recomendar a las mujeres con factores de riesgo. No existen evidencias para ofertar este test a todas las mujeres en comunidades con baja prevalencia de VIH. Sin embargo, algunos organismos (plan Nacional del SIDA, US Public Health Service) aconsejan su realización a todas las gestantes para poder realizar el tratamiento adecuado durante el embarazo y el parto y disminuir la transmisión vertical en caso de positividad.

Serología de Hepatitis B (HbsAg): determinar siempre en la primera visita para conocer el estado inmunitario de la gestante. Parece que mejora su rendimiento cuando se realiza una nueva determinación entre las semanas

Urocultivo: la bacteriuria asintomática en embarazadas debe tratarse siempre, ya que en las no tratadas desemboca en pielonefritis en un 30-40 %. Sin embargo, según las últimas recomendaciones, es preferible tratarla entre la 12-16 semana, así que retrasaremos la realización de este test a este momento.

Sedimento urinario: tiene utilidad para la detección de glucosuria en el 1er trimestre, aunque no exista evidencia para recomendar realizarlo de forma sistemática.

Diagnóstico prenatal.

En esta primera visita informaremos a la mujer sobre las posibilidades de diagnóstico prenatal de cromosomopatías y defectos del tubo neural.

Menores de 35 años: informaremos sobre la posibilidad de determinación de los marcadores bioquímicos entre la 15-17 semana, para realizar cribado de síndrome de Down y defectos del tubo neural.

Mayores de 35 años: se ofertará la posibilidad de realizar amniocentesis (entre la 15-18 semana) o biopsia corial (entre 10-14 semana).

4.3. FACTORES DE RIESGO PERINATAL

El embarazo es un hecho fisiológico normal en la vida de la mujer y, por tanto, en la consulta conviene abordarlo con criterios de actividad preventiva. Pero desde la visita preconcepcional debemos estar atentos a la presencia de factores de riesgo para el desarrollo de una gestación normal. Se investigará la presencia de factores de riesgo familiares, psicosociales, obstétricos y personales, presentes antes de la gestación o que pudieran aparecer en su desarrollo. No hay una tabla que cuantifique el riesgo, para saber en qué momento debemos derivar a la paciente.

En todo caso, podemos agrupar a las gestantes en dos subpoblaciones:

Subpoblación con situación de alto riesgo que debe ser remitida a atención especializada y/o contar con otros profesionales en el seguimiento del embarazo.

Subpoblación con bajo riesgo o sin riesgo cuyo embarazo puede ser atendido en atención primaria de salud.

Malformaciones

Representan el 60% de los defectos congénitos, afectando al 2-3% de los fetos.

Suele ser de origen ambiental o multifactorial, y su aparición es de características esporádicas, por lo tanto, el grupo de riesgo puede ser el 100% de las gestantes.

Las pruebas fundamentales para su detección se basan en la ecografía. Series de casos que han evaluado la ecografía sistemática en la mujer de bajo riesgo, describen una sensibilidad para detectar anomalías fetales mayores antes de la semana 22, que oscila entre 21-74%.

Los defectos del tubo neural (DTN) -anencefalia, meningocele, espina bífida- pueden ser cribados mediante marcadores bioquímicos. Los niveles elevados en suero materno de alfa-fetoproteína, entre la 15-18 semana, se correlacionan significativamente con los DTN (sensibilidad 72%, tasa de falsos positivos 1,1%).

El uso conjunto del cribado bioquímico y la ecografía de alta resolución aumenta la sensibilidad y especificidad del cribado.

Si la ecografía no explica los resultados anormales se indicará una amniocentesis para determinar los niveles de alfa-fetoproteína y acetilcolinesterasa en el líquido amniótico, prueba que confirmará o descartará los defectos del tubo neural.

Los niveles séricos de AFP antes de la semana 15 no son válidos para la detección de DTN, por lo que debería obtenerse una muestra a partir de esta semana, si se realiza el cribado de cromosopatías en el primer trimestre del embarazo.

Se realizará la determinación de alfa-fetoproteína a todas las mujeres embarazadas, en centros que cuenten con servicios adecuados de consejo y de seguimiento, con capacidad de realizar ecografía de alta resolución, amniocentesis y laboratorios estandarizados y fiables.

Enfermedades hereditarias mendelianas

Presentes en el 1,4% de las gestaciones, representan el 28% de los defectos congénitos. El cribado se realiza mediante la historia familiar, con el fin de seleccionar las gestantes de riesgo elevado para ser sometidas a pruebas de diagnóstico prenatal.

4.4. EDUCACIÓN PARA LA MATERNIDAD

Los cambios sociales de las últimas décadas (disminución del número de hijos, edades más tardías de la maternidad, aumento de embarazos conseguidos a través de técnicas asistidas etc.) hacen cada vez más necesario ofrecer a la población recursos apropiados para contribuir a que la gestación, parto y postparto se vivan de forma positiva tanto física como emocionalmente.

En su inicio los creadores de la preparación al parto se movían impulsados por la necesidad de aliviar el dolor a través de técnicas de hipnosis y teorías sobre el reflejo condicionado. En la actualidad suele darse un enfoque más amplio, orientando la educación maternal, no sólo hacia la mejora de aspectos biológicos del parto sino también de los factores psicológicos y sociales.

Objetivos de la educación

- Proporcionar a la mujer y su pareja los conocimientos y la motivación necesarios que favorezcan el autocuidado, manteniendo o mejorando la salud de la madre y el hijo.
- Preparar la musculatura implicada en la gestación para conseguir un mayor bienestar durante el embarazo, disminución de las complicaciones y fatiga durante el parto y una recuperación precoz y satisfactoria durante el postparto. Realice
- Ofrecer apoyo psicológico que ayude a enfrentarse a los cambios físicos y emocionales que se van a producir en esta etapa de su vida.
- Dotar a la mujer de habilidades que le ayuden durante el parto a disminuir los niveles de tensión, miedo y dolor, y así poder colaborar de forma positiva en el proceso.

La finalidad deberá ser informar precozmente a través de las consultas de embarazo sobre la conveniencia de la preparación maternal y forma y momento de acceder a los cursos para que el inicio sea antes de la semana 32.

4.5. SINTOMATOLOGÍA HABITUAL DURANTE EL EMBARAZO

El embarazo de bajo riesgo se acompaña con frecuencia de síntomas, que pueden originar cambios significativos en las actividades habituales de la mujer gestante. En la atención prenatal es importante el tratamiento o alivio de los mismos.

Náuseas y vómitos

Las náuseas y vómitos son los síntomas más frecuentes en el primer trimestre del embarazo. Las náuseas afectan al 70-85% de las gestantes y los vómitos al 50%. Solo en un 17% su aparición se limita a las horas de la mañana y el 13% de las embarazadas están afectadas hasta después de la 20 semana.

La hiperémesis únicamente aparece en el 0,35%. La etiología se desconoce, aunque se ha sugerido que se debe al aumento de los niveles de gonadotrofina coriónica humana en la sangre.

Estreñimiento

Es muy frecuente sobre todo al final de la gestación, debido a la disminución de la motilidad gastrointestinal y al retraso de vaciado intestinal que produce la presión del útero.

Diabetes

La diabetes es la condición patológica que con mayor frecuencia complica el embarazo. La diabetes gestacional se define como cualquier grado de intolerancia a la glucosa que aparece o se diagnostica por primera vez durante la gestación actual.

La diabetes pregestacional hace referencia a los casos de mujeres con diabetes ya diagnosticada que se quedan embarazadas.

Aproximadamente el 10% de los casos de diabetes en el embarazo corresponden a diabetes pregestacional y el 90% a diabetes gestacional.

La diabetes gestacional se produce como consecuencia de un déficit en la respuesta pancreática, incapaz de compensar la resistencia fisiológica a la insulina, durante el embarazo.

En la diabetes pregestacional, nos podemos encontrar 3 situaciones:

1.- Diabética en edad fértil:

- Desea gestación: Está indicado un control preconcepcional estricto de la diabetes desde al menos 6 meses antes de la fecundación y durante ese periodo se recomienda el uso de un método anticonceptivo que no debe suspenderse hasta el control óptimo. Una serie de circunstancias desaconsejan la gestación y deben ser valoradas con la paciente: mal control metabólico, retinopatía proliferativa, cardiopatía isquémica o nefropatía con deterioro de la función renal.
- No desea gestación: Es prioritario establecer un método anticonceptivo

2.- Diabética embarazada:

Es una mujer que debe ser controlada en el Servicio de Obstetricia y de Endocrinología, pero nuestra labor es de apoyo en el tratamiento y seguimiento.

3.- Postparto:

Deberemos establecer un método anticonceptivo eficaz e informar de un control estricto preconcepcional si desean gestación. Debe aconsejarse la lactancia materna.

Diabetes gestacional

Para el cribado se utiliza el test de O'Sullivan, se realiza con glucosa y determinación de la glucemia a la hora (independientemente de la hora del día y de la hora de la última comida).

Está indicado dicho cribado en la mujer embarazada a las 24-28 semanas de gestación. No se ha demostrado gran beneficio del cribado universal en relación con la disminución de las complicaciones perinatales. La American Diabetes Association recomienda el cribado selectivo de forma que en mujeres < 25 años, normopeso, sin antecedentes familiares de diabetes y no pertenencia a grupos étnicos con alta prevalencia de diabetes no se realizará el cribado.

En mujeres con elevado riesgo (mayores a 35 años, antecedentes familiares de diabetes en primer grado, malos antecedentes obstétricos, hidramnios o feto macrosómico en gestación actual) se recomienda realizarlo en el primer contacto con el equipo de salud, repitiéndolo a las 24-28 semanas y a las 32-36 semanas siempre que no se confirme el diagnóstico de diabetes gestacional.

Postparto

Puesto que existe un riesgo elevado de desarrollar diabetes, es fundamental hacer un diagnóstico precoz de la tolerancia hidrocarbonada. Para ello se utiliza la sobrecarga de glucosa con determinaciones basal y a las 2 horas, pasados unos 3 meses del parto y fuera del período de lactancia. Siempre que la curva de glucemia sea normal hay que vigilar cada 3-5 años.

Es fundamental informar a estas pacientes sobre el riesgo de diabetes gestacional en futuros embarazos. Asimismo, se debe informar del riesgo de diabetes mellitus e intentar controlar los factores de riesgo fundamentalmente el peso.

4.6. ESTADOS PATOLÓGICOS INDUCIDOS POR EL EMBARAZO

Embarazo ectópico

Se define como todo embarazo que tiene lugar fuera de la cavidad uterina. También se denomina embarazo tubular.

El embarazo ectópico tiene lugar más frecuentemente en las trompas de Falopio, pero en raras ocasiones, puede ser también a nivel de ovarios, cérvix o abdomen.

Debido a que las trompas de Falopio no son lo suficientemente grandes para albergar al embrión en crecimiento, el embarazo no puede continuar normalmente.

Si el problema es identificado al inicio, el embrión se elimina, pero en otras ocasiones el embarazo sigue su curso y se produce ruptura de la trompa de Falopio. En estos casos se produce una hemorragia grave considerándose una situación de emergencia.

Los factores de riesgo más importantes son la enfermedad pélvica inflamatoria, endometriosis, utilización de dispositivos intrauterinos y uso de fármacos estimulantes de la ovulación.

Los síntomas del embarazo ectópico son dolor punzante en el abdomen o la pelvis, que puede ser intermitente o constante, sangrado uterino anormal aproximadamente 1-2 semanas después de la primera falta del periodo menstrual, sensibilidad anormal al tacto o presión a nivel abdominal, vértigos y síncope.

Si la paciente presenta síntomas que hacen sospechar de la posibilidad de un embarazo ectópico se realizarán las siguientes pruebas:

1) Test de embarazo, si éste no había sido todavía confirmado. El test en orina debe dar resultado negativo.

2) Concentraciones en sangre de hCG. Durante un embarazo normal, los niveles se multiplican por dos cada dos días durante las 10 primeras semanas. En el caso de embarazo ectópico los niveles de esta hormona aumentan, pero de forma menos significativa.

Esta diferencia permite distinguir los dos tipos de embarazo. Un incremento menor del 66% durante dos días es predictivo de embarazo ectópico.

3) Niveles de progesterona. Durante el embarazo los niveles de esta hormona aumentan, siendo menos significativo este aumento en el caso del embarazo ectópico.

4) Ultrasonidos.

5) Aspiración de líquido rectouterino por punción vaginal. La presencia de sangre puede indicar rotura de la trompa de Falopio. El tratamiento del embarazo ectópico dependerá del tamaño del embrión y de si existe rotura de las trompas de Falopio. En todos los casos, el embarazo debe interrumpirse.

Si el embrión tiene tamaño menor de 2 cm y los niveles de hCG son menores de 1000mIU/ml se utilizará el metotrexato. Una alternativa, es la eliminación del embrión mediante la realización de una salpingostomía.

La tercera opción es realizar una laparoscopia. Si existe rotura de la trompa, se realizará una laparoscopia de emergencia para eliminar el embrión y normalmente también se extirpará la trompa.

En ambos casos, los niveles de hCG se monitorizarán para asegurar que todo el tejido ha sido eliminado

Enfermedad trofoblástica

Se define enfermedad trofoblástica a la persistencia de tejido corial tras la eliminación de un embarazo. El término NGT (neoplasia gestacional trofoblástica) designa aquellas enfermedades trofoblásticas con capacidad de progresar, invadir y emitir metástasis si se dejan a su libre evolución. Nos centraremos en estas últimas por tener consecuencias más graves. Habitualmente las NGTs se presentan tras una mola hidatiforme, pero pueden ocurrir tras un embarazo a término, embarazo ectópico, y en abortos espontáneos.

Las NGTs suelen clasificarse histológicamente en mola invasora o corioadenoma destruens, coriocarcinoma y pseudotumor trofoblástico que comparten su origen en la placenta fetal:

- Mola invasora o corioadenoma destruens: se origina a partir de una mola hidatiforme que invade el endometrio por extensión directa o a través de canales venosos. Además, tiende a invadir los vasos uterinos, por lo que en ocasiones disemina a distancia.

- Coriocarcinoma: es un tumor maligno del epitelio trofoblástico que se distingue por la presencia de columnas de células trofoblásticas, frecuentemente separadas por lagos de sangre coagulada, que invaden el tejido miometrial y los vasos sanguíneos. Es característica la existencia de hemorragia y necrosis.
- Pseudotumor trofoblástico: es un tumor extremadamente raro que se origina en el lugar de implantación de la placenta y que recuerda a una forma exagerada de endometritis sincitial. Las células trofoblásticas infiltran el miometrio y existe invasión vascular.

Estas neoplasias secretan la hCG, cuyos niveles permiten controlar la evolución de la enfermedad y, además, una de las principales razones del éxito en el tratamiento de las NGTs, ha sido la disponibilidad de la subunidad B de esta hormona que cumple prácticamente todos los requisitos del marcador tumoral ideal: especificidad, sensibilidad y utilidad clínica.

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) adoptó en 1982 un sistema de estadificación clínica basado en criterios anatómicos:

Estadio I: Confinada al cuerpo uterino.

Estadio II: Metástasis a pelvis y vagina.

Estadio III: Metástasis pulmonares.

Estadio IV: Metástasis en otras localizaciones.

Además de la estadificación anatómica de la FIGO, es útil emplear un sistema clínico de clasificación basado en grupos pronóstico que permitan seleccionar de forma individualizada la quimioterapia:

I NGT no metastásica.

II NGT metastásica: se clasifica a su vez en un subgrupo de alto riesgo y en otro de bajo riesgo según la duración de la enfermedad, presencia o ausencia de metástasis cerebrales y hepáticas, título de hCG y aparición tras un embarazo a término.

En general, los pacientes de estadio I de la FIGO son de bajo riesgo, y las pacientes en estadio IV son de alto riesgo. Por tanto, la distinción entre alto y bajo riesgo es útil sobre todo en los estadios II y III.

Las pacientes con NGT maligna deben de ser correctamente evaluadas antes de iniciar el tratamiento. A todas las pacientes se les debe efectuar, además de una historia clínica y una exploración física completa, las siguientes pruebas: determinación de hCG, pruebas de función hepática, renal y de tiroides, hemograma completo, radiografía de tórax y tomografía computerizada (TAC) torácica si la radiografía simple es normal, TC abdominopélvica y TC o resonancia magnética (RM) craneal.

4.7. ANALGESIA Y ANESTESIA DURANTE EL PARTO

La anestesia durante el parto mejora la experiencia dolorosa que supone, disminuye la ansiedad y permite la relajación de la madre a lo largo de todo el proceso.

La anestesia ideal sería aquella de inicio rápido, de duración prolongada y sin efectos adversos tanto para la madre como para el feto o el neonato.

Tipos de anestesia

b) Infiltraciones locales. En la actualidad se utiliza escasamente el bloqueo paracervical, de los nervios pudendos y el bloqueo lumbar, ya que es necesaria una técnica de administración muy depurada y a los potenciales efectos para el feto en caso de una administración incorrecta. Solamente la infiltración perineal de lidocaína se sigue utilizando para la episiotomía y la reparación de tejidos tras el parto.

c) Anestesia epidural. Se utiliza ampliamente durante el parto y en las cesáreas. Presenta la ventaja de una remisión continua del dolor con posibilidad de ajuste de dosis en cada paciente. No se asocia con los efectos adversos propios de los opioides. Está contraindicada en caso de hipertensión intracraneal, infección de la piel o del tejido donde se producirá la inserción del catéter, coagulopatías,

administración de heparinas de bajo peso molecular o hipovolemia. El momento en que debe administrarse la anestesia epidural ha sido un tema profundamente debatido.

La administración en el momento de inicio del parto, cuando todavía no se ha producido una dilatación de al menos 4 cm se ha relacionado con un enlentecimiento del parto.

d) Anestesia espinal. Se administra el anestésico en el espacio subdural. Debido a la punción de la duramadre es frecuente la aparición de cefaleas.

e) Anestesia general. Se producirá en casos de emergencia y el tiempo que transcurre entre la inducción de la anestesia y el parto es relativamente corto.

Vacunaciones durante el embarazo

La situación ideal sería que todas las mujeres estuvieran correctamente inmunizadas antes del embarazo y evitar la vacunación durante la gestación por el posible efecto tóxico para el feto. Sin embargo, se debe plantear una vacunación cuando el riesgo de exposición a la enfermedad es alto, la infección supone un riesgo para la salud de la madre o el feto o cuando la vacuna es improbable que cause efectos secundarios graves.

La seguridad de las vacunas durante el embarazo depende de su composición. La administración de vacunas de virus vivos presenta, en teoría, el riesgo de producir una viremia que puede atravesar la placenta e infectar el feto con el consiguiente riesgo de teratogenicidad o muerte fetal. Entre las excepciones se encuentra la vacuna antipoliomielítica oral que se debe administrar en situaciones de exposición a la infección y que requieran una protección inmediata, ya que las complicaciones de la infección son más graves que las de la propia vacuna.

La administración de antígenos inactivados no comporta riesgo de teratogenicidad, pero pueden ser mal toleradas por la embarazada.

Las vacunas de toxoides y las polisacáridicas no están contraindicadas, al contrario, la vacuna antitetánica, antidiftérica y antihepatitis B deben administrarse a gestantes

susceptibles. Si el riesgo de exposición no es inminente, es prudente esperar al segundo o tercer trimestre de embarazo para su administración.

4.8. LA NUTRICIÓN EN EL EMBARAZO

Tres son las fases nutricionales del futuro ser: Histiotrófica, histiotrófica-placentaria o mixta y placentaria. La fase histiotrófica (de histio, tejido, y trofos, lugar) implica que el embrión se alimenta directamente de los nutrientes y sustratos disponibles en el útero materno. Hasta el día 18 del embarazo no es manifiesto el esbozo de la circulación materno-fetal y por tanto de la futura placenta, por lo que el estatus nutricional de la futura madre durante las primeras semanas de vida intraútero es muy similar al estatus preconcepcional, y marcará la viabilidad del futuro ser y el comienzo correcto de la formación y estructuración de los órganos y tejidos.

Ya al inicio de la gestación (día 6), tras la implantación ha comenzado en el blastocisto la especialización de líneas celulares. Se observa el ectoblasto que originará la piel y el tejido nervioso y en entoblasto que dará lugar a las glándulas digestivas, epitelio digestivo y epitelio respiratorio, mientras que el mesoblasto, que originará el esqueleto, los músculos, el sistema conjuntivo, el aparato circulatorio y el aparato urogenital aun no es evidente.

Un cluster de células, el sincitio-trofoblasto comienza la invasión del útero materno con la producción de factores angiogénicos y factores de transcripción que originarán entre otras cosas la formación de la placenta y de la circulación útero-placentaria.

Es interesante comentar que la placenta ha madurado como órgano central en la gestación para realizar procesos de síntesis, transferencia y modificación de sustratos una vez cumplido el primer trimestre del embarazo en los humanos.

Durante estas doce primeras semanas, la placenta va formándose, especializándose y se constituye como una entidad esencial en esta etapa del embarazo. No obstante, esta placenta es inmadura y el feto está claramente rodeado de líquido almacenado en el espacio celómico y en el espacio amniótico.

El saco vitelino también se constituye como un reservorio esencial de nutrientes maternos.

Estos líquidos son ultrafiltrados del plasma y aportan a través de la piel y las mucosas cantidades muy importantes de sustratos, mientras que el acceso por el futuro cordón umbilical todavía es deficitario. Es claramente una etapa histiotrófica-placentaria.

Durante el segundo y tercer trimestre del embarazo, madura la placenta y tienen lugar profundos cambios en ella y en el feto. La cara posterior y el saco vitelino involucionan, la placenta se especializa y la transferencia de sustratos vía cordón umbilical se hace preferente.

Aunque el feto está especializado preferentemente para utilizar glucosa, como lo demuestra la génesis de multitud de factores de transcripción que implican niveles elevadísimos de transportadores tipo GLUT-1, y GLUT-4, pero también de GLUT-2, GLUT-3, otros factores son indispensables para el buen desarrollo de la placenta y por tanto del nuevo ser. Podemos decir que durante la gestación la esencialidad de la glucosa, proteínas, ácidos grasos poliinsaturados (AGP) de las familias omega-6 y omega-3, minerales, vitaminas, etc, es indudable.

Es indudable que la placenta al igual que otros tejidos dispone del equipo enzimático para obtener dichos ácidos grasos de los triglicéridos de las lipoproteínas de muy baja densidad (VLDL) maternas (p.e. lipoprotein lipasa) y que modificaciones genéticas, epigenéticas y nutricionales condicionarán no sólo el nivel y composición de las VLDL maternas, sino también la concentración y actividad de dichas enzimas y, por ende, la transferencia placentaria.

También recientemente se ha señalado el papel central de la vitamina D en la formación y maduración del feto y la placenta.

La vitamina D promueve la maduración celular e induce tanto la diferenciación como la apoptosis en diferentes líneas celulares. Algunas células del cuerpo expresan la hidroxilasa 1- α para la 25(OH)-vitamina D₃, lo que sugiere pueden producir calcitriol localmente con el fin de regular su diferenciación y proliferación.

La nutrición en el embarazo, no sólo debe mirarse bajo un punto de vista pasivo de aportar nutrientes y otras sustancias que aseguren recambio de estructuras y crecimiento, sino de un proceso donde las funciones energéticas, estructurales y de control y regulación metabólicas se deban a la interacción de los nutrientes.

5. CAPÍTULO III PARTO

5.1. LA ENFERMERA EN EL PARTO

El parto es el conjunto de mecanismos fisiológicos que desencadena una serie de contracciones progresivas del útero que permiten que el cuello realice modificaciones: a través de la dilatación y borramiento para permitir la salida del feto por el canal del parto.

La labor del profesional de enfermería es de gran relevancia durante este período, ya que es el primero contacto para la paciente y su familia al llegar a una instancia para su atención y durante todo el proceso será necesaria la aplicación de sus actividades para que se pueda obtener un término del embarazo satisfactorio, trabajando con el demás personal sanitario.

El objetivo del cuidado es conseguir que la madre y el recién nacido concluya esta etapa sanos, con el menor nivel posible de intervención de la manera más segura.

Las tareas del personal sanitario son cuatro:

- 1.- Favorecer el proceso del parto con el mínimo intervencionismo necesario para garantizar la seguridad materna y fetal, sin renunciar a las posibilidades de control y rapidez de actuación.
- 2.- Observación de la parturienta: monitorización de la condición fetal y del niño después del nacimiento, evaluación de los factores de riesgo y detección temprana de problemas.
- 3.- Ofrecer cuidados individualizados basados en las necesidades de la mujer, respetando sus decisiones, siempre que no comprometan la seguridad y bienestar de la madre y del feto/recién nacido.
- 4.- Favorecer un clima de confianza, seguridad e intimidad, respetando la privacidad, dignidad y confidencialidad de las mujeres.
- 6.- Considerar el parto como un acontecimiento singular y único en la vida de una mujer y en la relación de una pareja.

7.- Que la gestante se sienta protagonista y responsable del parto y de la toma de decisiones del mismo.

La intervención de la enfermería en el pre y postnatal contribuye en una gran parte para que el trabajo de parto sea armónico, satisfactorio, que la ansiedad y el estrés de la gestante y su familia disminuya con la preparación previa adecuada, favorece el desarrollo de lazos afectivos entre los padres e hijos, así como proporciona seguridad, autonomía, y brinda comunicación y confianza para el desarrollo y evolución de las fases del trabajo de parto.

La enfermera debe tener una experiencia adecuada y unas aptitudes apropiadas al nivel de servicio. Por lo menos éstas deberían ser suficientes para que la enfermera identifique factores de riesgo, reconozca el inicio de complicaciones, lleve a cabo observaciones de la madre y monitorice la condición del feto y del recién nacido. La profesional de salud que asiste el parto debe ser capaz de llevar a cabo intervenciones básicas esenciales y de cuidar al niño después del nacimiento. También debe ser capaz de trasladar a la mujer o el niño a un especialista, si detecta complicaciones que requieren de intervención, las cuales van más allá de su competencia. Por último, pero no por ello menos importante, la enfermera que asiste al parto debe tener la paciencia y la actitud empática necesaria para apoyar a la mujer gestante y a su familia. Donde sea posible la enfermera deberá proveer continuidad del cuidado durante el embarazo, nacimiento y el período puerperal, si no en persona entonces por la vía de cuidado que haya sido establecida.

5.2. EVALUACIÓN DEL BIENESTAR MATERNO DURANTE EL PARTO

Cuando la mujer gestante empieza el trabajo de parto, ésta acudirá a un centro sanitario solicitando ayuda. La responsabilidad del profesional de salud encargado del cuidado de la gestante debe ser tomada de la manera más adecuada. Una vez que el parto comienza es vital una buena comunicación entre la mujer y todo el personal sanitario, incluso si no se han conocido previamente. Durante el parto y el nacimiento, el bienestar materno tanto físico como emocional debe ser

regularmente evaluado. Esto implica tomar la temperatura, pulso y tensión arterial, vigilar la ingesta de líquidos y diuresis, evaluación del dolor y necesidad de apoyo tanto de ella como de su familia. El seguimiento ha de ser mantenido durante todo el proceso del parto y nacimiento. La evaluación del bienestar materno a su vez incluye, prestar atención a su privacidad, respetando su elección de acompañantes y evitando la presencia de personas no necesarias en el parto.

El profesional de enfermería tiene un compromiso muy importante e indispensable que es el de orientar en la pareja, el proceso fisiológico del parto a través de la experiencia, confianza y la seguridad impartida en cada control prenatal.

Todas las actividades que se realicen nos permitirán garantizar una evolución satisfactoria, prevenir complicaciones y adoptar medidas adecuadas y oportunas a través del reconocimiento de las tres etapas del trabajo de parto, garantizando el cuidado integral del binomio madre-hijo.

Hay varios procedimientos rutinarios que se incluyen en la preparación de la mujer gestante cuando ya ha sido ingresada en un hospital. La medición de la temperatura corporal, pulso y tensión arterial, y un enema, seguido de rasurado de todo o parte del vello púbico. La medición de la temperatura, pulso y tensión arterial, son muy importantes ya que pueden tener implicaciones en el desenlace del parto, y es por esto que se les debe de dar un seguimiento durante todo el proceso por la influencia que tiene en el manejo del parto.

Medición de la temperatura cada 4 horas, de acuerdo con la OMS, es importante porque un incremento de ésta puede significar un primer indicio de una posible infección, y así poder comenzar un temprano tratamiento, especialmente en caso de un parto prolongado con bolsa rota; esto puede evitar una sepsis. Otras veces puede ser señal de deshidratación. Tomando la tensión arterial al mismo tiempo, es un índice importante de bienestar materno. Un aumento súbito de la tensión arterial puede indicar la necesidad de acelerar el parto o de remitir a la gestante a otro nivel de cuidados más especializado. Los enemas se siguen usando con mucha frecuencia porque se supone que estimulan las contracciones uterinas y porque un intestino vacío permite descender a la cabeza fetal. A su vez se cree que reducen

la contaminación y así la infección materna y del feto. Sin embargo, son incómodos. Pese a todo esto algunas mujeres siguen solicitando enemas. Dos estudios (Romney y Gordon 1981, Drayton y Rees 1984) realizados al azar demostraron que, usando enemas, la posibilidad de manchado con heces no se afecta durante la fase de dilatación, pero se ve reducida en la segunda fase del parto. Sin enema el manchado es escaso y más fácil de limpiar que el inducido por el enema. No se detectaron efectos en la duración del parto, ni en el índice de infecciones neonatales ni del periné. Se presume que el rasurado del vello púbico (Johnston y Sidall 1922, Kantor et al 1965) reduce infecciones y facilita la sutura, pero no hay evidencia que lo corrobore. La mujer experimenta molestias cuando el vello vuelve a crecer y el riesgo de infección no se reduce. El uso rutinario podría incluso aumentar el riesgo de infección por el virus del sida y de la hepatitis, ya sea a la mujer o a la enfermera.

En conclusión, la toma de la temperatura, pulso y tensión arterial son más que intervenciones, observaciones y forman parte de la evaluación del parto. Estos ocupan un claro lugar en el cuidado del parto, ya que pueden ser determinantes de un cambio en el manejo de un determinado parto. Los dos últimos procedimientos, enemas y rasurado púbico, desde hace tiempo se vienen considerando innecesario y no se deberían hacer a no ser que lo solicite la mujer, aunque hoy en día existe un dilema respecto a esta situación.

Alimentación

Puntos de vista acerca de la nutrición durante el parto, difieren enormemente 15 de una parte del mundo a otra. En los países desarrollados, el miedo a una aspiración de contenidos gástricos durante una anestesia general (Síndrome de Mendelson) continúa justificando la norma del ayuno durante el parto. Para la mayoría de mujeres el ayuno prolongado durante el parto no supone ningún problema, pero muchas de ellas necesitan desesperadamente ingerir líquidos. En muchos países en desarrollo debido a creencias de tipo cultural, se les prohíbe cualquier ingesta de líquidos o sólidos durante el parto. El miedo a que la ingesta de líquidos o sólidos durante el parto ponga a la mujer en riesgo de una aspiración del contenido gástrico durante una anestesia general es real y serio. Sin embargo, manteniendo una

restricción de ingesta de comida o líquidos, no garantiza que el estómago vaya a estar vacío (Crawford 1956, Taylor y Pryse-Davies 1966, Roberts y Shirley 1976, Tettambel 1983, Mckay y Mahan 1988). Diversos experimentos encaminados a reducir los contenidos estomacales o la acidez, ya sea por medios farmacológicos como reduciendo la ingesta, no han sido capaces de establecer un efecto positivo en el 100% de los casos con cualquiera de los métodos. El margen de los pH encontrados fue amplio y es por esto que los expertos dictaminaron que la administración rutinaria de antiácidos durante el parto no puede asegurar la prevención del Síndrome de Mendelson, así como tampoco el volumen de contenidos gástricos. El riesgo de aspiración está asociado con el riesgo de la anestesia general. Como no existe una garantía contra el Síndrome de Mendelson, lo correcto de cara al parto sería una evaluación del riesgo para una anestesia general. Una vez establecidos, el parto natural puede ser manejado sin administración de antiácidos. Un parto requiere una cantidad enorme de energía. Como la duración del parto y nacimiento no pueden ser previstos, las fuentes energéticas deben ser garantizadas de cara a lograr el bienestar materno y fetal. Una restricción severa de fluidos pueden conducir a una deshidratación y cetosis. Esto, comúnmente se trata con una infusión intravenosa de glucosa y fluidos. Los efectos maternos de esta terapia han sido evaluados en numerosos estudios (Lucas et al 1980, Rutter et al 1980, Tarnow-Mordi et al 1981, Lawrence et al 1982). El aumento de los niveles de glucosa media parece venir acompañados de un aumento de los niveles de insulina materna. A su vez se acompañan de un incremento de los niveles de glucemia fetal lo cual puede conllevar un descenso del pH sanguíneo de la arteria umbilical. Si una parturienta recibe más de 25 gramos de glucosa intravenosa durante el parto, esto puede producir un hiperinsulinismo fetal, lo cual puede producir una hipoglucemia fetal y niveles sanguíneos elevados de lactato. El uso excesivo de soluciones intravenosas sin sal puede conducir a una hiponatremia, tanto en la madre como en el feto. Las complicaciones anteriormente mencionadas, especialmente deshidratación y cetosis, pueden ser prevenidas dando fluidos orales durante el parto y dietas ligeras. Infusiones intravenosas de rutina interfieren con el proceso natural y restringen los movimientos de la mujer. Incluso la colocación de

una cánula intravenosa profiláctica de rutina induce a intervenciones innecesarias. En la situación de un parto domiciliario, no se da ningún tratamiento específico; no se prescriben antiácidos y no hay restricción ni de fluidos ni de sólidos. Muchas veces a la mujer se le avisa de que la ingesta de líquidos o sólidos les puede producir náuseas, pero como ellas están en su casa no se realiza control alguno acerca de lo que comen o beben. Cuando la mujer decide comer algo, lo hace en forma de algo blando que sea fácilmente digerible. Se puede afirmar con seguridad que, para el parto normal, de bajo riesgo, no existe necesidad de restringir la ingesta. Sin embargo, es necesario una seria discusión que determine si los efectos de intervenir en la nutrición materna durante el parto no son peores que los riesgos de un Síndrome de Mendelson. Y todavía nos quedan muchas cuestiones por responder como: ¿si hay algún estudio hecho acerca de partos con el estómago lleno?, o ¿si existe alguna diferencia entre beber un poco o nada?, o ¿existen datos sobre los efectos de la restricción de alimentos y bebidas durante el parto en los países en vías de desarrollo, donde no hay medios para restituir la pérdida de energía en un parto largo? En conclusión, la nutrición es un asunto de gran importancia y a su vez de gran variabilidad. La manera más apropiada de abarcar el asunto parece ser no interfiriendo con los deseos de la mujer respecto a la comida o bebida, porque en el parto normal debe existir una razón de peso para interferir con el proceso natural.

5.3. APOYO DURANTE EL PARTO

Reportajes y experimentos realizados al azar acerca del apoyo ofrecido durante el parto por una persona, “doula”, matrona o enfermera, demostraron que un apoyo continuado y físico acarrea grandes beneficios como son, partos más cortos, uso menor de medicación y analgesia epidural, menor número de niños con tests de Apgar menores de 7 y menos partos instrumentales (Klaus et al 1986, Hodnett y Osborn 1989, Hemminki et al 1990, Hofmeyr et al 1991).

Este resultado identifica y resalta a la enfermera como una mujer, que tiene una formación básica acerca del parto y que está familiarizada con una gran variedad

de métodos de atención hacia las personas. Ofrece apoyo emocional a base de elogios, tranquilidad, medidas encaminadas a mejorar la comodidad de la mujer, contacto físico a base de masajes en la espalda de la mujer y tomar sus manos, explicaciones acerca de lo que está aconteciendo en el parto y una constante presencia amistosa y amable.

Todo el apoyo que se brinde de una manera adecuada y oportuna en cada una de las etapas reduce significativamente la ansiedad, el estrés, la intranquilidad y el sentimiento de haber tenido un parto complicado, 24 horas después de haber dado a luz. A su vez tiene efectos positivos en el número de madres que seguirán aplicando la lactancia materna exclusiva, interviniendo al brindar información. La mujer gestante durante el parto debe estar acompañada de las personas con las cuales ella se encuentre cómoda; su marido, la mejor amiga, o la enfermera.

Los profesionales de la salud deben estar familiarizados con las tareas de apoyo y médicas y deben realizarlas con competencia y sensibilidad. Una de estas tareas consiste en ofrecer a la mujer toda la información que ella desee y necesite. La privacidad de la mujer donde vaya a dar a luz debe ser respetada en todo momento. Una gestante necesita su propia habitación para dar a luz y el número de personas presentes debe estar limitado al mínimo necesario. Sin embargo, en la práctica cotidiana las condiciones difieren considerablemente de la situación ideal descrita anteriormente.

En los países desarrollados las mujeres a menudo se sienten aisladas en las salas de dilatación de los grandes hospitales, rodeadas de equipos técnicos y sin apenas ningún tipo de apoyo emocional. En los países en desarrollo algunos grandes hospitales están tan saturados con partos de mujeres de bajo riesgo que el apoyo personal y la privacidad son prácticamente imposibles. Los partos domiciliarios en estos países son muchas veces atendidos por personas inexpertas. Bajo estas circunstancias el apoyo a la mujer gestante es deficiente o incluso inexistente, con un número considerable de gestantes dando a luz sin ningún tipo de atención. Las consecuencias de las afirmaciones anteriores en cuanto al lugar del parto y el suministro de apoyo, están lejos de alcanzarse, ya que implican que el personal

sanitario que atiende el parto debe trabajar a escala mucho menor, Una atención especializada en parto debe suministrarse preferentemente en o cerca del lugar donde vive la mujer, antes que trasladar a todas las mujeres a una gran unidad de obstetricia. Las grandes unidades que atienden 50 o 60 partos al día, necesitarían reestructurar sus servicios para poder atender las necesidades específicas de las mujeres. Los sanitarios tendrían que reorganizar sus programas de trabajo a fin de satisfacer las necesidades de las mujeres de una continuidad en la atención y el apoyo. Esto también tiene implicaciones de coste y por eso llega a ser una cuestión política. Tanto los países en vías de desarrollo como los desarrollados necesitan ocuparse y resolver estas cuestiones según sus propias formas específicas. En conclusión, lo único que necesita el parto natural, asumiendo que es de bajo riesgo, es de una continua supervisión por parte de una experta matrona que sepa detectar la aparición de cualquier tipo de complicación. No es necesaria intervención alguna a excepción del apoyo y los cuidados. Se pueden proporcionar unas directrices generales en cuanto a qué es lo que hay que establecer para proteger y apoyar el parto normal. No obstante, todo país que desee invertir en estos servicios necesita adaptar estas directrices a su propia situación específica y a las necesidades de las mujeres, así como garantizar que las bases están establecidas para poder servir a las mujeres de bajo, medio y alto riesgo y a las que tienen complicaciones.

5.4. ALIVIO DEL DOLOR

Casi todas las mujeres experimentan dolor durante el parto, pero la respuesta de cada mujer a este dolor se manifiesta de forma diferente. De acuerdo con experiencias clínicas, un parto anormal, una distocia complicada, inducida o acentuada por oxitócicos, o resuelta con un parto instrumental, parece ser más doloroso que un parto natural. De todas formas, incluso un parto completamente normal también resulta doloroso.

MÉTODOS NO FARMACOLÓGICOS DE ALIVIO DEL DOLOR

Una tarea muy importante de la matrona es la de ayudar a la gestante a hacer frente al dolor. Esto puede lograrse con analgésicos, pero aún más fundamental e importante es el método no - farmacológico, comenzando durante el período antenatal ofreciendo repetida información a la gestante y su compañero apoyo durante el embarazo y el parto, por parte de la matrona, puede reducir la necesidad de usar analgésicos y así mejorar la experiencia del nacimiento. Aparte del apoyo durante el parto (el factor más importante) existen otros métodos de alivio del dolor de parto. El primero es ofrecer a la mujer la posibilidad de adoptar la postura que ella prefiera, en o fuera de la cama. Esto significa que no tiene por qué estar necesariamente en la cama y menos en posición supina y que debe gozar de la libertad de ponerse de pie, sentarse o andar, sin interferencia por parte de las matronas, especialmente en la fase de dilatación. Existen diversos métodos no invasivos, ni farmacológicos de alivio del dolor que pueden ser utilizados durante el parto. Muchas mujeres sienten alivio del dolor tomando una ducha o un baño. También parecen ser efectivos los masajes por el acompañante. Estos métodos se usan frecuentemente en combinación con otras estrategias, incluyendo prácticas psicosomáticas como hipnosis, música y retroalimentación. Lo mismo ocurre con los métodos que ayudan a la mujer a hacer frente al dolor mediante técnicas para concentrar la atención, técnicas de respiración, relajación y preparación oral, alejando la atención del dolor. Las mujeres encuentran útiles estas prácticas, son inofensivas y pueden ser recomendadas.

Los métodos específicos no - farmacológicos de alivio del dolor en gestantes incluyen métodos que activan los receptores sensoriales periféricos. Entre estos se encuentra la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS). El carácter de auto-administración de esta técnica ha contribuido a su éxito entre muchas mujeres, pero su disponibilidad está limitada a zonas del mundo de altos recursos, y su eficacia no se ha demostrado en pruebas aleatorias (Erkolla et al 1980, Nesheim 1981, Budsen et al 1982, Harrison et al 1986, Hughes et al 1986, Thomas et al 1988). Otras técnicas son el uso de calor y frío de superficie, acupuntura, inmersión

en el agua, hierbas y aromaterapia con fragancias, aunque la efectividad de estos métodos no ha sido todavía establecida por ningún estudio. Estas prácticas deberían pasar por un proceso de revisión y crítica de la misma manera que el realizado para con la analgesia farmacológica. Lo mismo sucede para el método semi-farmacológico de inyecciones intradérmicas de agua estéril en cuatro lugares de la zona más baja de la espalda (Enkin et al 1995). En conclusión, todas las culturas tienen su propio método de atender y arropar a la mujer gestante, algunas explican sus procedimientos de un modo mágico, y otras intentan ofrecer una explicación más lógica del sistema que emplean. Un rasgo característico de muchos de estos métodos es la gran atención que ponen en la mujer gestante y el parto; quizás sea por esto por lo que muchas mujeres encuentran estos métodos cómodos y útiles. Los informes de que las mujeres los encuentran cómodos son únicamente observacionales, pero, aun así, la gran mayoría de ellos son inofensivos y si la gestante experimenta alivio de su dolor con ellos, éstos están más que justificados.

MÉTODOS FARMACOLÓGICOS DE ALIVIO DEL DOLOR

En los países desarrollados, el alivio farmacológico del dolor ha ido ganando muchos adeptos. El efecto de las diferentes técnicas ha sido investigado en diferentes estudios clínicos; el beneficio del alivio del dolor está claro, pero los posibles efectos en la madre y el feto han recibido menos atención. Agentes sistémicos Un grupo muy numeroso de fármacos se ha usado y se sigue usando para aliviar el dolor: alcaloides opiáceos de los cuales el más popular es la Petidina, seguido por los derivados de la Fenotiacina (prometacina), benzodiazepinas (diazepam) y otros. En algunos países la inhalación de agentes anestésicos ha descendido en los últimos años (ha sido sustituida por la anestesia epidural); el agente más comúnmente usado ha sido el óxido nitroso mezclado con 50 % de oxígeno. Todos estos agentes pueden proporcionar un gran alivio del dolor, pero a costa de efectos secundarios no deseados (Dickersin 1989). Efectos secundarios maternos de la Petidina son hipotensión ortostática, náuseas, vómitos y mareos. Todos los fármacos sistémicos empleados para alivio del dolor cruzan la placenta y todos, a excepción del óxido nitroso, producen depresión respiratoria fetal y

conductas anormales neonatales, incluyendo reluctancia a mamar. El Diazepam puede producir depresión respiratoria neonatal, hipotonía, letargia e hipotermia (Dalen et al 1969, Catchlove y Kafer 1971, Flowers et al 1969, McCarthy et al 1973, Mcallister 1980). Analgesia epidural De las diferentes técnicas de analgesia regional (epidural, caudal, paracervical, espinal), la anestesia epidural es la más usada durante el parto. Sus efectos han sido investigados por diferentes estudios, los cuales compararon los efectos de la epidural con otras técnicas de alivio del dolor (Robinson et al 1980, Philipsen y Jensen 1989, 1990, Swanstrom y Bratteby 1981, Thorp et al 1993). Proporciona un mejor y más duradero control del dolor que los agentes sistémicos.

El uso de la anestesia epidural en obstetricia necesita de unos requerimientos: el parto debe acontecer en un hospital bien equipado, el anestesista debe estar disponible constantemente y la mujer necesita de una constante supervisión. Con la epidural hay una tendencia a que el período de dilatación se alargue ligeramente y que sea más frecuente el uso de oxitocina. En varios estudios se demostró que el número de partos instrumentales aumentaba, especialmente si el efecto analgésico se mantenía durante la segunda fase del parto, ya que suprime el reflejo del pujo. Un reciente estudio americano demostró un incremento en el número de cesáreas, cuando se usó la epidural, especialmente si se había puesto antes de los 5 cm de dilatación (Thorp et al 1993).

No existen estudios acerca de los efectos de la epidural sobre la madre y el feto a largo plazo. Un estudio observacional sugirió que no existía relación directa entre alivio del dolor y satisfacción Morgan et al 1982). Aparentemente muchas mujeres afrontan el dolor del parto con actitud positiva, como una muestra de coraje, lo cual demuestra el carácter totalmente diferente del dolor de parto, del dolor producido por enfermedad. Una encuesta reciente a madres primerizas mostró que el apoyo ofrecido por las matronas durante el parto ejercía un aspecto muy positivo sobre la experiencia final del parto, mientras que el alivio del dolor no parecía tener ninguna implicación en las respuestas (Waldenstrom et al 1996).

No hay duda de que la anestesia epidural es muy útil en un parto complicado. Sin embargo, si ésta es aplicada a mujeres de bajo riesgo, habrá que preguntarse si al parto se le podrá seguir considerando “normal”. Naturalmente la respuesta dependerá de lo que entendamos por normalidad. La analgesia epidural ha transformado un acto fisiológico en uno médico. La aceptación de esta transformación está claramente determinada por factores culturales. Por ejemplo, en EEUU y Gran Bretaña un número muy elevado de mujeres de bajo riesgo dan a luz con epidural, mientras que en la gran mayoría de los países en desarrollo muchos partos son domiciliarios sin ningún tipo de analgesia. No sólo hay diferencias entre países en desarrollo y desarrollados: En Holanda más del 30% de mujeres dan a luz en casa sin ningún control farmacológico del dolor, y si paren en el hospital, sólo una minoría de mujeres de bajo riesgo reciben medicación para aliviar el dolor (Senden et al 1988). En conclusión, en la asistencia a un parto normal, son de primordial importancia los métodos no - farmacológicos de alivio del dolor. Procedimientos que requieran una gran cantidad de equipo técnico, como la anestesia epidural, sólo pueden ser aplicados en grandes hospitales y por personal especializado. En muchos países estas facilidades no están disponibles, especialmente tratándose de un parto normal.

5.5. CUIDADOS DE ENFERMERÍA DURANTE LA SEGUNDA FASE DEL PARTO

EVALUACIÓN DEL COMIENZO DEL PARTO

La evaluación del comienzo del parto es uno de los aspectos más importantes en el manejo del mismo. Signos de su comienzo son: - Contracciones dolorosas y regulares - Acortamiento y/o dilatación del cérvix - Pérdida del líquido amniótico - Flujo sanguinolento La ruptura de las membranas es un claro signo de que algo irreversible ha sucedido. Los otros síntomas son menos obvios: las contracciones se pueden notar anteriormente al comienzo del parto, y la dilatación cervical puede estar presente semanas antes del final del embarazo, pudiendo progresar muy despacio hasta el momento del parto (Crowther 1989).

La enfermera tiene que ser capaz de distinguir entre un falso parto o el principio del mismo; generalmente es necesario un examen vaginal para detectar los cambios del cérvix. Establecer correctamente el inicio de un parto es la base para identificar un parto prolongado que requiera intervención. Si el diagnóstico de comienzo del parto se realiza erróneamente, el resultado pueden ser intervenciones innecesarias como amniotomía o infusiones de oxitocina.

El diagnóstico de fase latente prolongada es mejor sustituirlo por falso parto, porque 35 de hecho el parto todavía no ha comenzado. A veces la distinción entre comienzo de parto y falso parto sólo puede ser realizado después de un corto período de observación. En el estudio multicentro de la OMS sobre el partograma (OMS 1994), sólo el 1,3 % de las mujeres tuvieron una fase latente prolongada. La causa de este pequeño porcentaje puede ser doble: con la introducción del partograma en los hospitales tuvo lugar un debate sobre el parto que podría haber afectado a la forma de percibir la fase latente. También, en el partograma se pospuso 8 horas la intervención activa en la fase latente.

La ruptura espontánea de las membranas antes del parto, a término, provoca discusiones acerca del riesgo del examen vaginal, la inducción del parto y los antibióticos profilácticos. En un estudio realizado al azar a cerca de inducir después de 12 horas frente al manejo expectante durante 48 horas, en el grupo de inducciones la necesidad de analgesia fue significativamente mayor y hubo más intervenciones, mientras que se produjo infección neonatal en el 1,6 % en el grupo de inducciones frente a un 3,2 % en el grupo del manejo expectante. No se usaron antibióticos profilácticos y el examen vaginal sólo se practicó si el parto había comenzado (Ottervanger et al 1996).

El enfoque conservador está apoyado por la evidencia, aconseja una política de observación sin práctica de exámenes vaginales, ni antibióticos, durante las primeras 48 horas después de la ruptura de membranas. Si la mujer no se ha puesto de parto durante este período de tiempo (cerca del 20 % de las mujeres), se podría considerar la utilización de oxitocina. Sin embargo, estos resultados han sido obtenidos en poblaciones de mujeres sanas de países desarrollados, y en

hospitales donde era posible mantener altos niveles de higiene. En poblaciones diferentes puede ser necesario un manejo más activo, con el uso de antibióticos y más pronta inducción de parto. Dado que en los países en desarrollo la sepsis puerperal es generalmente la tercera o cuarta causa de mortalidad materna, son necesarios todos los esfuerzos posibles para prevenirla.

POSICIÓN Y MOVIMIENTOS DURANTE LA FASE DE DILATACIÓN

Diversos estudios han demostrado que, durante la fase de dilatación del parto, la posición supina afecta al flujo sanguíneo del útero. El peso del útero puede provocar compresión aorto-cava y el reducido flujo sanguíneo puede comprometer la condición del feto. La posición supina, asimismo, también reduce la intensidad de las contracciones (Flynn et al 1978, McManus y Calder 1978, Williams et al 1980, Chen et al 1987), y así interfiere el progreso del parto.

Ponerse de pie o tumbarse de lado se asociaban con una mayor intensidad y eficiencia de las contracciones (su capacidad para conseguir la dilatación del cérvix). A pesar de la prevalencia de la posición supina la mujer puede optar por muchas otras opciones. Sin embargo, muchos factores limitan frecuentemente estas opciones, desde el diseño de la cama o la presencia de vías intravenosas o del equipo de monitorización. Cuando estos factores son los mínimos la mujer se puede poner de pie, caminar, sentarse, tomar un baño o ducha para relajarse o adoptar cualquier posición que alternativamente escoja. Diversos estudios han comparado estas posiciones con la supina y han demostrado que el parto resultó ser menos doloroso y que la estimulación se usó con menos frecuencia en las posiciones no supinas. (Un estudio Flynn et al 1978) observó una incidencia significativamente menor de alteraciones en el ritmo cardíaco del feto en la postura vertical, sin embargo, otros estudios no detectaron importantes diferencias en los resultados neonatales.

En conclusión, no existe ninguna evidencia que apoye la posición supina durante el período de dilatación. La única excepción es cuando las membranas se han roto estando la cabeza demasiado alta. Cuando las membranas están rotas y la matrona ha determinado que la cabeza está suficientemente fija en la pelvis, es cuando a la

mujer se le puede dar a elegir la posición que ella prefiera. A menudo cambiará de postura ya que a lo largo del parto ninguna postura resulta cómoda durante un largo período de tiempo.

5.6. SEGUIMIENTO DEL PROGRESO DEL PARTO

La evaluación del progreso del parto se hace observando a la mujer; su apariencia, conducta, contracciones y el descenso de la cabeza fetal. La medida más exacta es la dilatación del cérvix. Una desviación sobre el índice de dilatación normal debería ser una indicación para revisar los planes del manejo del parto. En el método del partograma de la OMS (OMS 1993) la línea de alerta se pasa si la dilatación es inferior a 1 cm por hora; si la mujer se encuentra en un centro de salud, ésta es una causa para trasladarla a un hospital. La línea de acción se pasa si el retraso en el progreso continua por más de cuatro horas. Entonces se realizará un examen exhaustivo de la causa o demora, y se tomará una decisión a cerca del manejo apropiado. Aunque estas estrictas reglas no son seguidas en todos los países, constituyen unas guías útiles, especialmente en aquellas situaciones donde las distancias a un centro de referencia son grandes y las matronas o personal sanitario se encuentran solos. Estudios realizados sobre el efecto del uso del partograma demostraron que más de la quinta parte de los gráficos de las primíparas cruzaron la línea de alerta, y un 10-11 % cruzaron la línea de acción (Philpott y Castle 1972, OMS 1994). En América Latina se usa un partograma diferente, diferenciando entre nulíparas o multíparas, membranas intactas o rotas y posición de pie o tumbada (Schwarcz et al 1987-1995). La relación entre parto prolongado y resultado materno y fetal adverso es la razón por la cual es tan importante monitorizar el progreso del parto con exactitud. Un progreso lento debería ser una razón para evaluar más que para intervenir.

Una desproporción cefalopélvica deberá ser considerada cuando el progreso es lento. La pelvimetría intraparto con rayos X no ha demostrado eficacia alguna. Los ensayos disponibles sobre pelvimetría con rayos X demostraron un incremento de cesáreas, pero ningún beneficio en términos de reducción morbilidad neonatal

(Parsons y Spellacy 1985). La pelvimetría de rayos X durante el embarazo y parto incrementa la incidencia de leucemias en la infancia y debería ser abolida (Stewart et al 1956, MacMahon 1962).

En manos expertas la pelvimetría manual puede llegar a ser útil. Si las membranas están intactas el progreso lento durante el parto generalmente no está causada por una desproporción. Entonces un manejo expectante debería ser la opción a elegir (Alberts et al 1996). No hay estudios de investigación sólidos sobre tratamiento expectante frente a tratamiento activo en caso de evolución lenta sin señales de desproporción, por ello no se pueden sacar conclusiones definitivas. Cuando las membranas están rotas un progreso lento es más probable que sea consecuencia de problemas mecánicos. El tratamiento de partos fuera de la normalidad no es el propósito de este informe.

5.7. CUIDADOS DURANTE LA SEGUNDA FASE DEL PARTO

REVISIÓN DE LA FISIOLOGÍA

Durante la segunda fase del parto la oxigenación al feto se ve gradualmente reducida porque el feto está siendo expulsado de la cavidad uterina produciendo retracción del útero y disminución de la circulación placentaria. Más aún, las contracciones fuertes y el pujo activo de la mujer pueden reducir incluso más la circulación uteroplacentaria. El descenso de la oxigenación se acompaña de acidosis. Pero existen, sin embargo, amplias variaciones en la seriedad y efectos de estos procesos y es por esto por lo que la matrona debe monitorizar cuidadosamente el estado del feto.

EL COMIENZO DE LOS PUJOS MATERNOS DURANTE LA SEGUNDA FASE DEL PARTO

A menudo las matronas deciden iniciar la fase activa del parto animando a la mujer a pujar una vez se ha diagnosticado la dilatación completa o a veces incluso antes. Pero el manejo fisiológico debería ser el de esperar a que la mujer sienta ganas de pujar. Hay veces que, incluso estando la dilatación completa, la mujer no siente la

necesidad de pujar y basta con esperar de 10 a 20 minutos para que esta sensación comience. No existen estudios acerca del efecto del comienzo temprano o tardío de la fase activa, pero si los hay con el uso de epidural. Con el uso de ésta, el reflejo de pujar se inhibe por lo que se puede esperar a pujar hasta que el vertex esté bien visible en el introito. Este procedimiento ha sido comparado con el comienzo del pujo una vez se ha diagnosticado la dilatación completa (McQueen et al 1977, Maresh et al 1983, Buxton et al 1988). El retraso el pujar no mostró ningún efecto adverso en el resultado fetal o neonatal. Por el contrario, en el grupo que comenzó la fase activa antes, se demostró una incidencia más elevada de partos instrumentales. Aunque estos resultados fueron obtenidos de mujeres con epidural, los resultados concuerdan con la experiencia clínica de algunas matronas que retrasan el comienzo de la fase activa hasta que la mujer siente ganas de pujar.

Esta práctica resulta más sencilla para la mujer y tiende a reducir la duración de la fase activa. Se suele decir que cuando comienza la segunda fase del parto es conveniente vaciar la vejiga por cateterización, lo cual es un procedimiento innecesario que puede desencadenar infecciones del tracto urinario. En la segunda fase del parto, cuando la cabeza fetal está firmemente encajada en la pelvis, la cateterización puede ser muy difícil e incluso traumática por lo que es conveniente hacer que la mujer orine espontáneamente en la fase de dilatación, lo cual debería ser suficiente en un parto normal.

EL PROCESO DEL PUJO DURANTE LA SEGUNDA FASE DEL PARTO

En muchos partos se anima a la mujer a pujar de una manera continua y sostenida (Valsalva) durante la segunda fase del parto. Otra alternativa consiste en dejar a la mujer que pujan libremente cuando ella lo necesite. Estas dos prácticas han sido evaluadas en diversos estudios (Barnett et al 1982, Parnell et al 1986; Thomson 1993).

Pujar espontáneamente dio lugar a 3 - 5 pujos cortos (4 a 6 segundos) con cada contracción comparados con pujos de 10 a 30 segundos de duración al mismo tiempo que se contiene la respiración. Esta segunda opción demostró un acortamiento de la segunda fase del parto, pero puede inducir alteraciones de tipo

respiratorio en el latido cardíaco. Si la mujer se encuentra tumbada de espaldas, esto puede asociarse con una compresión de la aorta y disminución del flujo sanguíneo uterino. Las publicaciones demostraron un descenso del pH medio de la arteria umbilical en el segundo grupo, así como índices de Apgar inferiores.

La evidencia disponible es limitada, pero se puede afirmar que, aunque el pujo continuo y sostenido parece acortar ligeramente este período, esto no confiere ningún beneficio debido a que parece comprometer el intercambio de gas materno - fetal. Los pujos espontáneos más cortos parecen ser mejores (Sleep et al 1989). En muchos países es común la práctica de aplicar presión en el fondo uterino durante la segunda fase del parto. Esto se hace con el fin de acelerarla. A veces se realiza justo antes de dar a luz y otras desde su comienzo. Esto aparte e acarrear molestias maternas, existe la sospecha de que pudiera ser dañino para el útero, periné y feto, pero desafortunadamente no existen estudios al respecto. La impresión general es que se usa con demasiada frecuencia, no estando demostrada su efectividad.

5.8. POSTURA MATERNA DURANTE LA SEGUNDA FASE DEL PARTO

Diversos estudios (Stewart et al 1983, Liddell y Fisher 1985, Chen et al 1987, Johnstone et al 1987, Gardosi et al 1989, Stewart y Spiby 1989, Crowley et al 1991, Allahbadia y Vaidya 1992, Bhardwaj et al 1995), han sugerido que una posición vertical o lateral durante la segunda fase del parto demostraron bastantes ventajas sobre la posición dorsal. La posición vertical produce menos incomodidades y dificultades al pujar, menos dolor de parto, menos trauma perineal y vaginal e infecciones.

En uno de los ensayos se observó una duración menor de la segunda fase del parto en la posición vertical. En lo referente a la condición del niño, en algunos estudios se observaron menos cantidad de índices de Apgar menores de siete en la posición vertical. Una posición vertical, con o sin el uso de una silla para dar a luz, puede producir más desgarros labiales, y los resultados sugieren un incremento de

desgarros de tercer grado, aunque el número de mujeres estudiado es muy pequeño. A su vez se ha demostrado un mayor incremento de hemorragia postparto en las mujeres que adoptaron la posición vertical. La causa todavía no se ha determinado; probablemente en esta posición la medición de la pérdida sanguínea es más exacta, pero la diferencia podía ser debido también al incremento de presión sobre las venas pélvicas y vulvares (Lidell y Fisher 1985, Gardosi et al 1989, Crowley et al 1991). En un estudio la hemoglobina fue más baja en el cuarto día postparto, aunque la diferencia no fue significativa. La posición de la madre durante la segunda fase del parto afecta a la condición del feto como lo hace también en la fase de dilatación. Ensayos demostraron una frecuencia menor de alteraciones del latido cardíaco fetal en las posiciones verticales y un pH de arteria umbilical superior. Algunos ensayos preguntaron a la mujer acerca de qué posición preferían y demostraron gran entusiasmo por las posturas verticales, ya que les producía menos dolor.

La posición de litotomía fue descrita como más incómoda y dolorosa, además de que les restringía su movimiento. Mujeres que habían dado a luz en esta posición, preferirían adoptar la posición vertical para el futuro (Stewart y Spiby 1989, Waldenström y Gotvall 1991). Muchos de los efectos positivos de la posición vertical dependen de la capacidad de la matrona y su experiencia con cualquier otra posición además de la supina. Un amplio conocimiento de las ventajas de atender a una mujer en varias posiciones puede hacer su parto diferente.

En conclusión, tanto para la fase de dilatación como para el expulsivo, la mujer puede adoptar la posición que ella prefiera, evitando preferiblemente estar largos períodos en posición supina. Se les debe animar a experimentar lo que ellas sientan como más cómodo y se les debe animar con su elección. Las matronas, obstetras y personal asistente de los partos necesitan enseñanza para atender partos en posiciones diferentes de la supina para que esta dificultad no sea un factor inhibitorio en la elección de la posición.

5.9. CUIDADOS DE LA MADRE INMEDIATAMENTE DESPUÉS DEL ALUMBRAMIENTO

La placenta se ha de examinar cuidadosamente para detectar anomalías (infartos, hematomas, inserción anómala del cordón umbilical), pero ante todo para asegurarse de que está completa. Si existe alguna sospecha de que no está completa, habrá que realizar una exploración uterina. Si por el contrario las membranas no están completas dicha exploración uterina no es necesaria. En algunos países es obligatorio explorar la cavidad uterina después de cada parto, revisión uterina. No existe ni la más mínima evidencia de que dicha política sea de alguna utilidad; al contrario, puede producir infecciones o traumatismos mecánicos o incluso shock. Lo mismo se aplica para las duchas uterinas después del parto.

La madre ha de ser observada meticulosamente durante la primera hora postparto. Las observaciones más importantes incluyen la cantidad de pérdida sanguínea y la altura del fondo uterino: si el útero se contrae insuficientemente, se puede acumular sangre en la cavidad uterina. Si la pérdida sanguínea es anormal y el útero se contrae mal, un fuerte masaje abdominal al útero puede ser beneficioso. Hay que cerciorarse de que la contracción uterina no está siendo inhibida por una vejiga llena. Pérdidas sanguíneas anormales, de más de 500 ml, deben ser tratadas con oxitócicos: ergometrina u oxitocina, intramuscularmente. La condición materna es también importante: tensión arterial, pulso y temperatura y el bienestar general, deben ser evaluados.

6. CAPITULO IV PUERPERIO

6.1. CUIDADO DE ENFERMERÍA A LA MUJER, EL RECIÉN NACIDO Y LA FAMILIA EN EL POSPARTO HOSPITALARIO

Según la Guía de atención del parto, del Ministerio de la Protección Social (Colombia, 2007), el puerperio inmediato comprende las dos primeras horas posparto. Durante este periodo se producen la mayoría de hemorragias, por lo cual es preciso vigilar la hemostasia uterina, teniendo en cuenta los siguientes aspectos: 1. signos vitales, cada 15 minutos, 2. estado de conciencia, 3. globo de seguridad y 4. sangrado genital. Además, es necesario revisar las suturas vulvares o el sitio de la episiotomía, para descartar la formación de hematomas. Si durante este periodo no se producen alteraciones, la madre debe trasladarse al área de alojamiento conjunto, donde se le instruirá y apoyará sobre la lactancia materna a libre demanda, vacunación, puericultura, signos de alarma y consulta de puerperio.

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

- Vigilar y controlar la involución uterina y el aspecto de los loquios.
- Detectar tempranamente complicaciones, como hemorragia e infección puerperal, vigilando la presencia de taquicardia, fiebre, taquipnea, involución uterina, hipersensibilidad a la palpación uterina y loquios fétidos.
- Vigilar la deambulación temprana.
- Alimentar adecuadamente a la madre. En caso de evolución satisfactoria, es posible dar de alta a la madre cuando hayan transcurrido al menos 24 horas de observación posparto.

Se recomienda suministrar inmunoglobulina anti-D dentro de las 72 horas después del parto a todas las mujeres Rh negativo, sin anticuerpos anti-D, quienes tuvieron un niño Rh positivo. Si no se han presentado complicaciones, es posible dar de alta a la madre y al recién nacido.

En cuanto a la atención para la salida de la madre y su recién nacido, en esta fase es preciso brindar información a la madre sobre:

- Medidas higiénicas para prevenir infección materna y del recién nacido.
- Signos de alarma de la madre: fiebre, sangrado genital abundante, dolor en hipogastrio y/o en área perineal, vómito y diarrea. Es importante indicarle que en caso de presentarse alguno de ellos, debe regresar a la institución.
- Importancia de la lactancia materna exclusiva.
- Puericultura básica.
- Alimentación balanceada adecuada para la madre.
- Inscripción del recién nacido en los programas de crecimiento, desarrollo y vacunación.
- Fortalecimiento de los vínculos afectivos, autoestima y autocuidado como factores protectores contra la violencia intrafamiliar.
- Entrega del registro de nacido vivo y promoción del registro civil del recién nacido en forma inmediata.
- La gestante debe egresar con una cita de control ya establecida, con el fin de controlar el puerperio dentro de los primeros siete días del parto.
- Instrucción a la madre respecto a la importancia de conocer los resultados de la hemoclasificación del recién nacido y del tamizaje. La madre debe consultar nuevamente a la institución para conocer el resultado del tamizaje y traer al recién nacido para las pruebas confirmatorias cuando esté indicado (Ministerio de la Protección Social, 2007).

Suárez (2009) hizo un estudio cualitativo exploratorio con diez mujeres primíparas en las primeras dos horas posparto, entre 15 y 20 años, cuyos recién nacidos no tuvieron complicaciones y quienes fueron atendidas en la sala de partos del Hospital Meissen (Bogotá).

La investigadora destaca cuatro categorías: interacción, ambivalencia de sentimientos, apego y expectativas. La interacción es auditiva, visual y táctil: cada reacción del bebé genera una en la madre; así, cuando llora, la madre le habla; cuando abre los ojos, ella le sonrío; cuando lo amamanta, lo toca, y la madre está

muy atenta a cualquier comentario cuando está separado de ella. La mayoría de las madres fantasean con su hijo durante la gestación y durante el parto enfrentan a ese hijo real.

En este primer contacto visual empiezan a identificar rasgos de familiares. La ambivalencia de sentimientos. Se generan sentimientos de felicidad, nostalgia o angustia. El nacimiento del bebé es el paso del dolor del parto a una experiencia agradable y única; el llanto del recién nacido es la señal que suscita mejores respuestas en la madre. En el apego, por su parte, la madre se siente feliz y manifiesta que quiere a su hijo, lo besa y lo recibe en la camilla para lactarlo; a pesar del cansancio, quiere cuidarlo, se siente responsable y manifiesta que el hijo le pertenece. En el puerperio inmediato, el recién nacido, con sus señales innatas (succionar, llorar, sonreír y aferrarse), fortalece el vínculo afectivo con su madre. De acuerdo con un testimonio presente en esta investigación: “Cuando la enfermera la cogió, que ya habían cortado el ombligo, me dijo que le diera un beso y yo se lo di, luego cuando ya me la pasaron a la camilla, la tuve a mi lado y yo la miraba todita y la acariciaba con la mano”. La expectativa, por último, prueba que el primer contacto entre la madre y el hijo durante el puerperio inmediato es muy gratificante. El vínculo afectivo que se está generando hace que la madre se proyecte en la vida diaria, adquiera expectativas inmediatas y futuras, lo cual la lleva a reflexionar sobre su vida y su familia, aprenden a valorar más las cosas que han tenido y a la mamá. Otro testimonio decía: “Aprendí a valorar cosas de mi vida. A mi mamá, porque ahí aprendí lo que es ser madre” (Suárez, 2009).

Recomendaciones

1. El profesional de enfermería vigila a la mujer en periodo de posparto inmediato y mediato, teniendo en cuenta los siguientes aspectos: 1. signos vitales maternos, 2. globo de seguridad de Pinard y 3. sangrado genital.
2. El profesional de enfermería debe permitir y fortalecer el primer contacto madre e hijo durante la primera media hora posparto.

3. El profesional de enfermería evalúa criterios para el egreso del recién nacido y la madre en periodo de posparto

4. El profesional de enfermería brinda información a la madre y su familia sobre la importancia de consultar nuevamente a la institución para conocer los resultados de exámenes realizados al recién nacido (tamizaje de hipotiroidismo y hemoclasificación).

6.2. CUIDADO DE ENFERMERÍA A LA MADRE Y EL RECIÉN NACIDO UNA VEZ EGRESAN DEL HOSPITAL EN COMUNIDADES RURALES

Bohórquez et al. (2010) presentan una visión global del estado del arte de cinco trabajos de grado en modalidad de pasantía, realizados por estudiantes de pregrado de la Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería, entre 2004 y 2007. Los trabajos se desarrollaron en los servicios de puerperio de cuatro hospitales de Bogotá, como parte del proyecto “Seguimiento domiciliario a la madre y al recién nacido durante el puerperio”.

Las autoras concluyen que las mujeres en posparto son dadas de alta en periodos tempranos (antes de 48 horas en partos sin complicaciones), por lo cual los profesionales de enfermería deben seguir estrategias de cuidado que traspasen los escenarios hospitalarios e incluyan el hogar, para dar continuidad en el cuidado a madres y recién nacidos, al tiempo que involucran y ayudan a constituir a la familia como red de apoyo. En este sentido, es necesario recordar que madres y familiares con escasos conocimientos enfrentan solos el proceso de crianza del hijo y la recuperación posparto de la mamá, paralelos al proceso de asumir el rol materno, lo que implica grandes cambios de adaptación fisiológica, como la hiperbilirrubinemia neonatal, el establecimiento de la lactancia materna, la involución uterina y la pérdida de peso en la madre y en el hijo, tal como lo describen los cinco trabajos.

Por esta razón, la educación, el acompañamiento, la resolución de dudas, la asesoría, la consulta de enfermería, la utilización de material didáctico e inducción

a la consulta de urgencias son herramientas que no implican grandes procesos tecnológicos, pero que bien utilizadas pueden prevenir complicaciones, como infecciones, hemorragias y alteraciones en las técnicas de lactancia materna.

El acercamiento de los profesionales de enfermería como agentes de salud a los hogares requiere el respeto de los valores, las prácticas y las creencias, y la capacidad de evaluar los riesgos que estas puedan implicar para la salud de neonatos y madres, de manera que sea posible negociarlas para conservarlas, orientarlas o reestructurarlas, sin generar choques culturales (Bohórquez, Santana, Pérez y Munévar, 2010).

En cuanto a la actividad física, las investigadas consideran importante desarrollarla en el posparto, más allá del beneficio para su apariencia, aun cuando sí consideran que esta última es importante para una buena autoestima. Finalmente, en cuanto al tiempo libre y la recreación, todas las encuestadas le dedicaban parte de su tiempo a actividades como ver televisión, escuchar música, leer, confeccionar e ir al cine.

Al indagar acerca del cuidado del bebé, puede concluirse que las jóvenes desconocen mucho al respecto y que las madres han sido quienes les transmiten la información que poseen. Dicha información está cargada de mitos populares que evidencian que el cuidado que brindan a sus bebés podría no ser ni suficiente ni adecuado. Igualmente, todas las participantes manifestaron sentir temor. Las autoras concluyen que el sistema de enfermería necesario para guiar a las jóvenes madres debe sustentarse en la educación (Molina y Leiva, 2010).

Argote, Bejarano et al. (2004) corroboran, en un estudio cualitativo etnográfico con 16 adolescentes puérperas en Cali y Bogotá, que el puerperio no es solamente un hecho fisiológico, sino, también, un proceso social que implica un ritual durante los cuarenta días posparto. En la cultura del cuidado de la adolescente puérpera predomina la creencia de que, para sentirse bien y funcionar, debe procurarse una armonía consigo misma y con la naturaleza. Estar en armonía implica evitar que la matriz se descuelgue, alimentarse bien, limpiar el cuerpo de impurezas, cuidar los senos e impedir con gran esmero que el frío entre al cuerpo.

En cuanto a este aspecto, evitar que el frío entre y se quede en el cuerpo, existen maneras para cerrar o bloquear su ingreso, como usar algodones en los oídos, ponerse una pañoleta en la cabeza, fajarse con una sábana, bañarse con agua tibia, abrigarse bien y mantener las ventanas cerradas, para evitar las corrientes de aire.

Otra creencia es que es necesario cerrar el vientre para mantener la matriz en su lugar, porque el útero queda “blandito” y “delicado”, lo cual favorece su desplazamiento a un lado o hacia fuera. En consecuencia, desde el primer día posparto la adolescente debe apretarse el abdomen, con una sábana, una pantaloneta o una faja elástica, debe reposar, no hacer fuerza y evitar las relaciones sexuales durante la dieta.

La doble garantía de alimentarse bien, que trae beneficios para la madre y el bebé durante la “dieta”, implica comer a las horas establecidas, ingerir sancocho, caldo de gallina, pollo, aguapanela con canela, colada de avena, hígado y verduras, que ayudan a recobrar la fuerza disminuida por el parto.

Apretarse el abdomen es una tarea que las puérperas adolescentes hacen con mucho esmero, porque además de ayudarles a mantener su figura, para no quedar gordas, y cerrar las caderas, les facilita la expulsión de los coágulos.

En la tríada embarazo-parto-puerperio, la dimensión equilibrio-desequilibrio opera de la siguiente manera: la mujer embarazada se considera en una condición de calor; el cuerpo se abre a causa del parto, y la mujer entra en un estado de frío, ya que la sangre, como elemento que mantiene caliente el cuerpo, se pierde. Esta amenaza se incrementa, porque a la pérdida de sangre se suma la abertura de los poros, la cabeza y el vientre, lugares por donde entra el frío.

Noguera et al. (2008) proponen brindar educación a la madre adolescente desde la práctica de enfermería, ya que las prácticas de cuidado basadas en lo cultural no deben ser rechazadas e ignoradas, sino conocidas y evaluadas para determinar cuáles podrían ser preservadas, cuáles negociadas y cuáles transformadas para ofrecer un cuidado de enfermería congruente con la cultura. La propuesta busca que la enfermera como educadora, pensando en la promoción de la salud y la

prevención de la enfermedad, desarrolle acciones educativas encaminadas a: 1. favorecer el cierre de las aberturas transitorias con que llega el recién nacido y 2. evitar la entrada de frío y calor en el recién nacido, al formular una alternativa para el cuidado de la salud, partiendo de las creencias culturales.

A continuación, se enuncian las actividades propuestas por enfermería para el cuidado del recién nacido:

- Educar y explicar la forma correcta y la técnica aséptica para hacer la profilaxis umbilical, con énfasis en la importancia de prevenir la humedad en el muñón umbilical, para disminuir el riesgo de infección.
- Brindar educación sobre signos y síntomas de infección, como rubor, calor, mal olor, edema y salida de secreción en el muñón umbilical.
- Explicar y educar a la madre, su pareja y familia en cuanto a que el sistema respiratorio es independiente de las fontanelas y, por ende, abrigar o dejar descubierta la fontanela no interfiere ni en el sistema ni en el ciclo respiratorio.
- Enseñar signos de alarma relacionados con la fontanela, como son fontanela abombada o deprimida.
- Informar que el uso del gorro en el recién nacido favorece la termorregulación adecuada (Noguera, 2008).

Recomendaciones

1. El profesional de enfermería hace seguimiento telefónico y visita domiciliaria a todas las puérperas y al recién nacido en la primera semana posparto.
2. El profesional de enfermería realiza control posparto a la mujer puérpera y al recién nacido en la primera semana posparto.
3. El profesional de enfermería aplicará el cuestionario “Prácticas de cuidado que realizan consigo mismas las mujeres en el posparto” (alimentación, higiene, medicamentos y control posparto)

6.3. CUIDADO DE ENFERMERÍA A LA MUJER CON INFECCIÓN POSPARTO

La infección puerperal que surge como resultado de la contaminación de las vías del parto, es definida como la invasión directa de microorganismos patógenos a los órganos genitales durante o después del parto, y se ve favorecida por los cambios generales y locales del organismo en esta etapa. Constituye una de las tres causas principales de mortalidad materna. Su incidencia depende de factores como el estado general de la paciente, anemia, desnutrición, obesidad, factores relacionados con el trabajo de parto y otros que se involucran con la cesárea.

Uno de los factores que se debe tener presente es la edad materna, pues la adolescencia es una etapa de la vida reproductiva muy vulnerable para que se produzca esta afección, debido a que los órganos genitales están poco desarrollados y, por tanto, tienen más posibilidades de que se produzcan traumas obstétricos, con la consiguiente infección. Varios autores (Balestena, Ortiz y Arman, 2005) asocian la adolescencia con la endometritis posparto.

La sepsis ocasiona 1.400 muertes diarias en el mundo, muchos de estos pacientes adquieren la infección estando hospitalizados y constituye la complicación intrahospitalaria más frecuente. La infección nosocomial de pacientes por las manos contaminadas del personal de salud es una de las formas de diseminación de los agentes infecciosos. En la actualidad, la higiene de las manos es el factor individual más importante para el control de las infecciones.

Aún en nuestros días, las manos solo se lavan con una frecuencia de un tercio a la mitad de lo que debería ser. En la actualidad, es difícil entender que un hecho tan rutinario en la práctica, como lavarse las manos antes de examinar a un paciente, haya causado tanta controversia e, incluso, oprobio a la persona que lo planteó como una medida básica para la atención de un enfermo. Ese fue el caso de Ignaz Semmelweis, quien no solo descubrió que esta medida tan simple salvaba vidas, sino que, por primera vez, comprobó estadísticamente sus hallazgos.

Recomendaciones

1. El profesional de enfermería reconoce y educa sobre la relación causal de la gingivitis con las infecciones puerperales y promueven la higiene bucal
2. El profesional de enfermería cuenta con un sistema de vigilancia epidemiológica para infecciones puerperales después del egreso de la institución.
3. El profesional de enfermería utiliza y promueve el lavado de manos en el equipo de salud como una de las estrategias en la disminución de la infección puerperal.

6.4. CUIDADO DE ENFERMERÍA A LA MUJER CON DEPRESIÓN POSPARTO

La depresión posparto (DPP) se define como un episodio de ánimo depresivo y/o anhedonia, sentimientos de culpa, dificultad para tomar decisiones y síntomas somáticos, como fatiga, cambios en el apetito y en el patrón de sueño-vigilia; puede aparecer ideación e intento suicida, incluso síntomas psicóticos (Gomes da Silva, Tabares, Azevedo et al., 2006: 1-6).

El puerperio es uno de los periodos de mayor riesgo en la presentación de trastornos del estado de ánimo. Cerca del 85% de las mujeres presentan algún tipo de alteración del estado de ánimo durante el posparto. Algunas experimentan síntomas transitorios y leves. Sin embargo, entre el 8 y 25% manifiestan algún tipo de trastorno incapacitante y persistente. En este último grupo permanecen sin diagnosticar la mitad de los casos. Varios reportes recientes sobre infanticidio por parte de mujeres con enfermedad psiquiátrica en el posparto señalan la importancia de diagnosticar y tratar estos trastornos. Su detección precoz es limitada, por cuanto ni se busca atención ni se realiza tamizaje de rutina (Oviedo y Jordán, 2006, p. 131).

Para el diagnóstico de la depresión posparto es fundamental llevar una historia clínica detallada. Las ideaciones de la madre respecto al suicidio o al infanticidio son indicación de una hospitalización inmediata; ello está indicado también para las mujeres con comorbilidad de abuso de sustancias psicoactivas y limitaciones funcionales importantes para el cuidado propio y el del infante.

Ya que, por lo general los controles posparto los hacen médicos o personal no especializado en salud mental, se ha intentado entrenar al personal y realizar tamizaje con encuestas. En estas circunstancias, se ha evidenciado que tales procedimientos aumentan la probabilidad de un mejor acercamiento y tratamiento a los problemas mentales de las pacientes por parte del personal no especialista en el área (Oennis y Stewart, 2004: 12142-1250; Eberhard-Gran, Eskild, Tambs et al., 2001: 243-249). Con ese fin, se utiliza como herramienta diagnóstica útil para medir la depresión posparto la escala de Edimburgo, herramienta sustentada en un cuestionario fácil de diligenciar, de diez puntos, que se organiza en rangos de puntaje de 0 a 30, y en el que los mayores a diez señalan alto riesgo de depresión posparto (Oennis y Stewart, 2004: 12142-1250; Eberhard-Gran, Eskild, Tambs et al., 2001: 243-249).

De hecho, las madres solteras muy jóvenes, sin apoyo familiar, con antecedentes depresivos en su familia y en condiciones sociales y económicas precarias, deben ser objeto de atención especial durante el embarazo y el posparto, dado que constituyen población en alto riesgo. En consecuencia, la provisión de apoyo posparto intensivo y la remisión adecuada por parte de profesionales de enfermería capacitados para la identificación de síntomas y el tipo de tratamiento de estas patologías pueden prevenir episodios más graves y largos, y disminuir el sufrimiento de la madre y el hijo, así como los índices de suicidio y filicidio.

Los siguientes son factores de riesgo que la enfermera debe tener en cuenta durante la inscripción y la consulta del control prenatal, así como durante el momento del puerperio inmediato y mediato:

- Primiparidad.
- Falta de apoyo familiar y social.
- Abuso de alcohol.
- Historia de abortos previos.
- Ambivalencia hacia la gestación.
- Carencia de redes sociales.
- Escaso apoyo de la pareja.
- Bajo nivel socioeconómico.
- Pensamientos negativa

La escala de depresión posnatal Edinburgh (EPDS) es recomendada como instrumento para confirmar los síntomas de la depresión posparto, y puede ser usada en cualquier momento del periodo del posparto, incluso hasta los 12 meses después del nacimiento, para confirmar los síntomas de depresión posparto.

La EPDS ha sido usada ampliamente en países como Chile, Canadá, Noruega e Italia. Sin embargo, cuando las madres no son de habla inglesa, hay que ser cautelosos en la interpretación, y para confirmar la depresión posparto debe ser interpretada en combinación con un juicio clínico.

Al ser la depresión uno de los mayores factores de riesgo para el suicidio, las enfermeras deberán prestar atención inmediata y buscar la intervención para la madre en crisis cuando en el décimo ítem de la escala responde “si casi siempre se le ha ocurrido la posibilidad de hacerse daño a sí misma”.

En la provisión de cuidado a las madres con depresión posparto, las enfermeras deben facilitar la participación del compañero o de miembros de la familia. La educación de los profesionales de la salud en el manejo de la depresión posparto es muy importante. Se necesita saber usar la escala de depresión posnatal Edinburgh. El contenido de esta guía puede ser incluido en la educación básica de las enfermeras (curriculum), en capacitaciones y en la orientación de programas. El éxito de la implementación de la guía “Interventions for postpartum depression. Nursing best practice guidelines” requiere el uso de una estructura, un proceso de planeación sistemática y un fuerte liderazgo de enfermería.

El apoyo social es un efecto protector que contrarresta la depresión posparto. En general, las madres sienten la necesidad de expresar sus sentimientos negativos como una forma de transmitir su vivencia al cuidar un recién nacido prematuro en el hogar, situación que las ubica como personas más vulnerables y sensibles frente a un puerperio de por sí prematuro y complicado.

La depresión posparto y a veces sentimientos contradictorios de felicidad y tristeza también son comunes en las madres, dado que cuidar un recién nacido prematuro

en el hogar implica una situación nueva y, como tal, produce a veces mucho miedo y angustia.

La preocupación que siente la madre se puede apreciar por su estado emocional (como mal genio, tristeza y soledad), aspecto negativo que podría afectar el bienestar de su recién nacido prematuro. Sin embargo, las madres saben que la depresión se puede evitar si recibe amor, se le cuida, se le alimenta bien, se le protege y si mantiene una buena relación con su pareja y sus otros hijos. Ellas están seguras de que su estado de ánimo influye en el niño.

Recomendaciones

1. El profesional de enfermería debe identificar los signos y síntomas de depresión posparto a través de la aplicación de la escala de depresión posnatal Edinburgh (EPDS) brindando apoyo posparto intensivo y la remisión adecuada para disminuir el sufrimiento de la madre y el hijo, así como los índices de suicidio y filicidio.
2. El profesional de enfermería debe facilitar el acompañamiento de los familiares y del compañero en la intervención de madres con depresión posparto.
3. El profesional de enfermería debe brindar educación e intervenciones que preparen mejor a las madres ante los síntomas de depresión, orientarlas en el cuidado del niño en la casa y fomentar el apoyo social.

6.5. CUIDADO DE ENFERMERÍA A LA MUJER CON HEMORRAGIA POSPARTO

La hemorragia posparto es una complicación que puede ocurrir tanto con el parto vaginal como por cesárea o cualquier evento obstétrico. Las causas son atonía uterina, traumatismos, retención de tejido y coagulopatías.

Identificación de la hemorragia posparto

Vélez y Agudelo, en Código rojo: guía para el manejo de la hemorragia obstétrica, determinan que el proceso inicia cuando la enfermera o auxiliar de enfermería

evalúa y calcula una pérdida del fluido sanguíneo estimada de 1.000 ml o más, o una pérdida menor asociada con signos de choque (2007).

Cuidados de enfermería en la aparición de hemorragia continua: Ligeramente menor a 10 cm en la compresa. Moderadamente manchada de 15 cm en la compresa (2/3 partes de la compresa). Abundante Compresa saturada en menos de una hora.

Activación del código rojo Ante la presencia de sangrado abundante o de cualquiera de los signos de compromiso hemodinámico, la enfermera o auxiliar de enfermería deben activar el código rojo, al informar y solicitar apoyo al equipo de trabajo. Las actividades de enfermería deben desarrollarse simultáneamente, según el proceso de enfermería determinado por la interrelación de los diagnósticos de North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), las intervenciones Nursing Interventions Classification (NIC) y los resultados de Nursing Outcomes Classification (NOC).

Müller Staub et al. (2007), en una revisión sistemática, encontraron que la profesión de enfermería utiliza en la práctica varios sistemas de clasificación general de diagnósticos de enfermería; a saber: The Internacional Clasificación for Nursing Practice (ICNP), Clasificación Internacional del Funcionamiento la Discapacidad y la Salud (ICF), NANDA y Nursing Diagnosis of the Centre for Development and Research of the University Hospital in Zurich (ZEFP).

Según NANDA, un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, la familia y la comunidad frente a problemas de salud/procesos vitales, reales o potenciales. Los diagnósticos definidos por la NANDA son una guía que permite sustentar los problemas reales y potenciales más frecuentes derivados de la valoración integral. Esta revisión sistemática verificó la validez, fiabilidad y aplicabilidad de los diferentes sistemas, con base en una escala que evalúa tres criterios relevantes para el diagnóstico de enfermería. El primero corresponde a que un diagnóstico debe describir el conocimiento base y el área sobre la cual la práctica de enfermería se desarrolla; el segundo determina la pertenencia a un concepto central; y el tercero identifica que cada diagnóstico debe tener una descripción, criterio diagnóstico, y estar relacionado con la etiología.

Con base en el análisis comparativo de la escala aplicada a los cuatro sistemas de diagnóstico, el estudio reportó que NANDA cumplía con la mayoría de los criterios de evaluación para diferentes tipos de pacientes (Müller Staub et al., 2007, pp. 102-713).

Bulechek, Butcher, Dchterman (2009), autoras del NIC, describen la clasificación de las intervenciones de enfermería en función de los pacientes, intervenciones tanto independientes como en colaboración, y cuidados tanto directos como indirectos. Incluye las esferas fisiológica y psicológica, tratamiento y prevención de la enfermedad, e intervenciones para el fomento de la salud. En la quinta edición hay 542 intervenciones y 12.000 actividades.

Moorhead, Johnson, Meridian y Swanson (2009) presentan los resultados del trabajo de un equipo de investigación de la Universidad de Iowa para identificar los resultados y las medidas relacionadas con el ámbito del individuo, la familia y la comunidad, que puede utilizarse para evaluar los cuidados de enfermería en diversos ámbitos, para esto utiliza indicadores con escalas de medición.

Estas tres herramientas —NANDA, NIC y NOC— se pueden interrelacionar.

Funciones del profesional de enfermería

- Ubíquese cerca de la paciente, explíquelo los procedimientos por seguir y bríndele confianza, de acuerdo con la situación de la paciente.
- Suministre oxígeno suplementario: máscara Venturi a 35-50%, o cánula nasal a 4 litros por minuto.
- Tome la presión arterial y el pulso.
- Monitorice con oximetría de pulso.
- Registre la temperatura y cubra a la paciente con cobijas para evitar la hipotermia.
- Colabore con el coordinador en la realización de procedimientos, si así se requiere.
- Establezca contacto con la familia y manténgala informada, desde el cuidado de enfermería.

- Apoye actividades de enfermería, confort y seguridad: paso de sonda vesical, monitoreo hemodinámico, control de líquidos administrados y eliminados.
- Brinde apoyo emocional y compañía a la paciente.
- Mantenga un ambiente armonioso y coordinado en trabajo de equipo.
- Administre los medicamentos según orden médica.

Recomendaciones

1. Se recomienda usar las interrelaciones NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), las intervenciones NIC (Nursing Interventions Classification) y los resultados NOC (Nursing Outcomes Classification) aplicadas al cuidado de la mujer con hemorragia posparto.
2. Las y los profesionales de enfermería deben estar entrenados en las funciones frente a la activación y manejo del código rojo en una hemorragia posparto. La intervención en código rojo tiene éxito si se trabaja en equipo de manera oportuna y eficaz.
3. El profesional de enfermería debe mantener completo y listo el kit de emergencias obstétricas con verificación mensual y reposición inmediata.

6.6. EDUCANDO A LA MADRE Y A LA FAMILIA PARA EL CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO

Uno de los cuidados importantes, el cambio de pañal, se debe hacer varias veces al día, cada vez que esté orinado o tenga deposición, para evitar problemas de salud en el recién nacido: el 43,3% de las madres adolescentes sabía hacerlo. Así mismo, el 60% conocía las precauciones que se deben tener durante el cambio de pañal y, también, al vestir al bebé, actividad inherente a la cotidianidad, en la que el recién nacido debe usar ropa cómoda, amplia, limpia y adecuada para el clima, preferiblemente de algodón, con botones o broches que faciliten la manipulación del niño en momentos como el cambio de pañal.

Solo el 23% de las madres conocía sobre la termorregulación. En relación con la temperatura, el 10% de ellas sabía que la temperatura normal es entre 36,5-37,5

°C. Se encontró que solo el 16% de las madres adolescentes sabían que el recién nacido debía dormir entre 18 y 20 horas, y la gran mayoría pensaba que el bebé debía dormir entre seis y ocho horas, similar al patrón de sueño y vigilia del adulto.

El 53,3% de las encuestadas dijeron conocer la posición correcta del recién nacido para dormir, mientras que el 43,7% respondieron que boca abajo, lo que es preocupante, por cuanto esta posición se relaciona con la aparición de apneas.

Noguera y Rodríguez (2008) plantean en su estudio una propuesta educativa sobre el cuidado del recién nacido, lactancia materna con un buen agarre del pezón y areola, información a la madre, pareja y familia que el inicio de la alimentación temprana antes de los seis meses de edad es perjudicial para el recién nacido, por causar alteraciones en el sistema digestivo, al ser inmaduro, y porque el recién nacido se hace más susceptible a infecciones gastrointestinales.

Enseñar a la madre adolescente, a su pareja y a su familia que los cuerpos extraños y la humedad en el muñón umbilical pueden producir infección o alergia, y que, por tal motivo, no se deben utilizar fajero y botones en el ombligo, el cual se limpia con antiséptico y se mantiene seco. Al momento del nacimiento se hace la profilaxis umbilical con clorhexidina, alcohol blanco al 70% o antiséptico sin yodo, utilizando técnica aséptica para prevenir la infección. Educar a la madre, la pareja y la familia acerca de la importancia de la termorregulación y formas de pérdida de calor del recién nacido. Se debe hacer énfasis en que el baño o la limpieza con paño o compresa húmeda deben hacerse con agua tibia para impedir pérdidas de calor y peso.

En el documento de la OPS (2009), AIEPI neonatal: intervenciones basadas en evidencia, la onfalitis es considerada una de las principales causas de sepsis durante el periodo neonatal, muchas veces secundaria a los cuidados tradicionales del cordón umbilical, la forma e instrumentos para su corte, y la aplicación de apósitos con cremas, polvos, lociones e, incluso, algunas hierbas. La onfalitis contribuye con la morbilidad y mortalidad neonatal en países en desarrollo. Para reducir la infección y la mortalidad se utilizan diferentes alternativas: mantenerlo seco, antisépticos, antibacterianos o alcohol. Por su parte, el cuidado tradicional del

cordón umbilical mediante la aplicación de leche humana parece no tener efectos adversos. La aplicación de una solución antiséptica como el colorante triple (Tween 80, violeta de genciana y sulfato de noflavina) o el alcohol han resultado efectivas, aunque es posible usar también la clorhexidina y mantener el muñón umbilical limpio y seco (Organización Panamericana de la Salud. 2009: 15-18; Janssen, Selwood, Dobson, et al. 2003: 15-20; Vural, Kisa, 2006: 123-128; Shoaieb, All, El-Barrawy, 2005: 169-201; Ahmadpour-Kacho, Zahedpasha, Hajian et al., 2006: 33-38; Pezzati, Rossi, Tronchin, et al., 2003; Panyavudhikrai, Danchaivijitr, Vantanasiri, et al., 2002: 229-234; Mullany, Darmstadt, Khatry, et al., 2006: 910-918).

Las bebidas que la madre toma no representan pérdidas o aumento en la temperatura del recién nacido, y el hecho de que las consuma no afecta la salud del bebé. Se debe promover una buena alimentación (Noguera y Rodríguez, 2008).

El camino hacia la adaptación materna, por su parte, tiene para las madres un objetivo: “criar el niño”. Ellas manifiestan lo difíciles que son las noches, expresan sus sentimientos y, finalmente, definen la adaptación materna como acostumbrarse.

Sobre las señales del niño, pueden identificar qué le pasa a su hijo mediante el llanto, y saben que hay cuatro tipos de llanto: por hambre, por cambio de pañal, por dolor y por gases acumulados (cólicos). Según dos testimonios: “Cuando es de comida, es como si le estuvieran pegando, llora muy duro, con gritos; y si es el pañal, empieza a quejarse y puja” (Nury). “Que no le salen bien y toda la noche se despertaba llorando, se calmaba un poquito y otra vez se ponía a llorar, y es que no le salen muy bien. Uno sabe que es el estómago, porque si uno le da de comer y no bota los gases, asumo que le duele el estómago” (Karen).

En el estudio de Munévar (2008) surgen cinco dominios con referencia al dolor en los recién nacidos:

1. En diferentes partes del cuerpo: clases de dolor en el recién nacido.
2. Mirar, tocar y percibir: formas en la que la madre identifica el dolor.
3. El llanto y los comportamientos: formas en que el recién nacido lo manifiesta.

4. Gases, hábitos alimentarios maternos y creencias: causas del dolor en el recién nacido.

5. Prácticas caseras, rituales y medicamentos: formas de aliviarlo.

El dolor del recién nacido es un evento de salud complejo, difícil y limitado de estudiar, por cuanto entre el niño y sus cuidadores no existe comunicación verbal. Para la madre, trasciende lo orgánico y lo fisiológico, e implica lo mágico y la percepción, en razón del vínculo afectivo con su hijo.

Según un estudio sobre el dolor del neonato, la madre transmite, por medio de palabras, expresiones de silencio, gestos y movimientos corporales, la forma en que se puede aliviar el dolor del recién nacido, lo cual confirma que el nacimiento de un niño es trascendental en la vida de la mujer y que el vínculo afectivo es el que les permite conocer comportamientos habituales e identificar situaciones de salud asociadas con el dolor, ya que les preocupaba descubrir la causa y qué hacer. Así, se presenta:

1. Dolor en diferentes partes del cuerpo: las madres lo perciben, lo conocen y lo definen en términos culturales, ya que saben cuáles son las partes del cuerpo que duelen: cabeza, estómago, garganta, oídos, ombligo, y el cólico del infante, que es sinónimo de dolor.

2. Mirar, tocar y percibir: son ellas quienes instintivamente tocan y miran a los bebés para explicar el llanto insistente y los comportamientos no habituales que asocian con dolor, y que, junto con los sentimientos, enmarcados en la teoría del apego, le facilitan percibirlo. Es así como el contacto visual madre-hijo otorga una identidad real o personifica al neonato, y obtiene una respuesta a estímulos gratificadores para la madre; esta mirada se convierte en un lenguaje, es una comunicación llena de sentimientos y necesidades, que buscan una respuesta de alivio. Podemos decir que la madre percibe el dolor por el bien llamado “sexto sentido”, que hace referencia a la telepatía, o por la relación estrecha que existe entre ella y el niño desde la gestación, el conocimiento de su hijo.

3. El llanto y los comportamientos: las características del llanto y del comportamiento del recién nacido son una fuente de información de su estado de salud. El llanto es manifestación de dolor, pero su ausencia no significa que el neonato no lo sienta. Así, un llanto excesivo puede ser la parte final de una crisis que comenzó con una conducta o llanto normal.

Categorías de llanto

Intenso: es el ataque de llanto histérico e inconsolable, que se asocia con movimientos de manos, piernas, facies contraídas, lo que se interpreta como presencia de dolor.

No específico: es un llanto normal, menos intenso que el anterior. No se acompaña de movimientos hipertónicos o muecas; se asocia con las necesidades sentidas por el niño o comportamientos propios de su personalidad.

Relacionado con deficiencia en la técnica alimentaria: los niños lloran y giran la cabeza para alejarla del seno, luego intentan comer otra vez, y si la técnica no es la correcta, vuelven a llorar.

Con dolor: es insistente, si los tocan lloran más fuerte, con quejido, tristes, desesperados, consentidos, y hacen pucheros o muecas, siendo imposible calmarlos.

4. Gases, hábitos alimentarios maternos y creencias: para las madres, la causa del dolor es la producción y acumulación de gas en el intestino, que distienden el abdomen. Las explicaciones maternas para este dominio son:

Mal agarre del pezón o chupo.

Deficiencias en las prácticas de preparación de la leche industrial o manipulación de leche humana.

Uso del biberón.

Hábitos alimentarios de las madres: causa cólico, porque los alimentos “pesados” en exceso (carne de cerdo, granos, lenteja, gaseosa o chocolate) llenan rápido los

senos y producen diarrea, aumento del peristaltismo y de la producción de gases y malestar general, por lo cual la leche materna se altera y el niño, al lactar, recibe un efecto nocivo de los alimentos ingeridos por la progenitora.

5. Prácticas caseras, rituales y medicamentos: consecuentes con las causas y el conocimiento cultural; las más sobresalientes son aguas ofrecidas a los hijos o ingeridas por las madres, y masajes. Estas prácticas no disponen de un soporte científico, pero sí tienen valor cultural (Munévar: 2008: 82-97).

Recomendaciones

1. El profesional de enfermería debe indicar la limpieza a diario del muñón umbilical con alcohol yodado al 70% en cada cambio de pañal; el muñón debe mantenerse seco y se debe vigilar la presencia de sangrado, secreciones y piel enrojecida alrededor de la zona, que pueda indicar un problema de salud en el recién nacido.

2. El profesional de enfermería debe educar a la madre y a la familia sobre los cuidados del recién nacido. En caso de un recién nacido prematuro o de bajo peso al nacer, se debe remitir a la enfermera del programa 'Madre Canguro'.

3. El profesional de enfermería debe ser muy sensible en el cuidado al recién nacido y debe estar en capacidad de responder a la demanda de apoyo y comprensión materna.

4. Se recomienda evitar quitar el vérnix de la piel. Los recién nacidos a término y estables se pueden bañar con esponja y no mediante inmersión, sin mojar el muñón umbilical. En caso de estar cubierto de sangre, el bebé puede limpiarse con un algodón impregnado con agua estéril y un jabón neutro no antiséptico.

6.7. FORTALECIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA (LM) Y EL VÍNCULO AFECTIVO

El 6 de agosto del 2010 empezó a divulgarse el Plan decenal de lactancia materna 2010-2020, elaborado por el Ministerio de la Protección Social. Este plan decenal se ubica en el contexto de desarrollo del país, con contribuciones a los 'Objetivos

del milenio', que establecen compromisos relacionados con la reducción de la pobreza y del hambre, y con el desarrollo humano esperado en la primera infancia.

Las enfermeras tienen un rol de defensoras para facilitar la estrategia del cuidado diario de madres y niños en áreas públicas, y 24 horas de ayuda para las madres con dificultades en la lactancia y para promover acciones en la comunidad en pro de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses, y continuarla con complementaria hasta los 2 años. Deberán, además, desempeñar un papel importante en la educación sobre lactancia materna para las madres y la familia, en la etapa prenatal y posnatal.

La intervención oportuna del profesional de enfermería en la evaluación de la lactancia en el periodo del posparto temprano puede prevenir que la madre deje la lactancia materna exclusiva. La evaluación prenatal incluye variables demográficas y personales que pueden influenciar en la lactancia, las facilidades o dificultades de acceso al apoyo para lactancia, la actitud del personal de salud frente a la lactancia y los factores físicos, como senos y pezones, que podrían afectar la habilidad de la madre para lactar.

La evaluación posnatal incluye prácticas intraparto, como intervenciones y medicamentos, nivel de comodidad físico maternal, posición y succión del bebé, habilidad de los padres para identificar la alimentación en el niño, interacción entre la madre y el hijo, y respuesta maternal, percepción maternal de que el niño esté lleno, habilidad de la madre para buscar el apoyo de otros, así como experiencia del parto, condición física del niño y autoeficacia de la lactancia.

Las enfermeras deberán educar a las parejas, las familias y las madres como mínimo en beneficios de la lactancia, estilos de vida, producción de la leche, posiciones de lactancia, transferencia de la leche, prevención y manejo de problemas, intervenciones médicas, cuándo y dónde buscar ayuda, los beneficios del contacto piel a piel, mitos y creencias alrededor de la lactancia, programas educativos en el periodo antenatal, anatomía y fisiología, extracción y almacenamiento de leche materna. La educación no ha sido efectiva cuando se

usan solo materiales escritos, las sesiones educativas grupales en el periodo de posparto temprano son efectivas para el aprendizaje de las madres.

Las enfermeras deberán tener programas que aseguren a la mujer el apoyo en lactancia y asegurar el contacto piel a piel en los primeros 20 minutos después del parto, lo que incrementa la duración y exclusividad de la lactancia. Las instituciones, por su parte, deben garantizar la capacitación de las enfermeras sobre lactancia materna (Registered Nurses Association of Ontario, RNAO, 2007).

Bejarano, Celis, Méndez et al. (2007), en su guía de lactancia materna, resaltan la importancia de capacitar y motivar a las madres durante el control prenatal sobre los aspectos de la lactancia materna. En la sala de partos se deberá inducir al inicio temprano, y se enseñará y evaluará la técnica de amamantamiento para garantizar una lactancia materna exitosa. Antes de salir de la institución, a todas las madres se les debe haber enseñado la técnica de extracción manual de la leche y su conservación, teniendo en cuenta la estrategia de los diez pasos para una lactancia materna feliz.

Dado que la estancia de las madres en el posparto es cada vez más corta, se requiere que el personal de las instituciones haga un trabajo eficiente para lograr los objetivos propuestos (Bejarano, Celis, Méndez et al., 2007: 228).

Bejarano, Celis, Méndez et al. (2007) recomiendan, en su guía de adaptación neonatal, abrigar e iniciar la lactancia materna en lo posible durante la primera media hora después del nacimiento, ordenar la atención del recién nacido por enfermería, al igual que el alojamiento conjunto con la madre, y apoyar la lactancia materna exclusiva a libre demanda, sin que excedan tres horas de intervalo. Después de comer, el bebé debe ponerse en decúbito lateral derecho y evitar la posición prona (Bejarano, Celis, Méndez et al., 2007: 16).

Las enfermeras de puerperio o las matronas no hacen nada diferente que no hicieran antes, porque este permite identificar dificultades y riesgos, y planificar cuidados. La salvedad es que la valoración que se hace no se expresa solo de forma narrativa en las historias clínicas, sino, también, por medio de cifras, lo que resulta

muy útil para resumir información, transmitirla de forma rápida y, sobre todo, de forma comparable y repetible. De ahí su valor para el desarrollo de la investigación sobre lactancia materna.

En la línea del compromiso que la enfermería tiene con la promoción de la lactancia materna durante la estancia de la puérpera y su hijo en el hospital, y tras el alta, se ha trabajado en la validación al castellano de uno de los instrumentos anteriores: el LATCH, que incluye en su evaluación a la madre y a su hijo, y recoge información referente al agarre del pecho, deglución audible, tipo de pezón, comodidad y ausencia de dolor, y si se precisa ayuda externa en el mantenimiento de la posición.

La aplicación consiste en evaluar cada uno de estos aspectos en una escala de 0 a 2, de forma que 0 es la peor puntuación en relación con la eficacia de la lactancia. La puntuación máxima que se puede obtener sumando cada componente es 10.

El LATCH se aplicaría para cada sesión o momento de lactancia, de forma que es esperable que la puntuación mejore a lo largo del tiempo si se van resolviendo las dificultades que el instrumento va reflejando. Por tanto, el interés del LATCH reside en su utilidad para:

Prevenir e identificar dificultades y complicaciones, detectar las áreas de mayor necesidad, prevenir el abandono de la lactancia materna, predecir su mantenimiento, servir de herramienta básica de investigación, transmitir información entre profesionales y conocer la eficacia de la intervención sobre la lactancia materna del personal de enfermería.

Recomendaciones

1. El profesional de enfermería, debe recomendar y promover la asistencia de los compañeros de las gestantes, a las clases de lactancia durante el control prenatal, en el curso de preparación para la maternidad y la paternidad, y en el posparto.
2. El profesional de enfermería debe abrigar al recién nacido e iniciar la lactancia materna en lo posible en la primera media hora después del nacimiento, brindar atención al recién nacido, al igual que el alojamiento conjunto con la madre, y apoyar

la lactancia materna exclusiva a libre demanda, sin que excedan tres horas de intervalo.

3. El profesional de enfermería enseña a todas las madres antes de salir de la institución, la técnica de extracción manual de la leche y su conservación. Es necesario tener en cuenta la estrategia de los diez pasos para una lactancia materna feliz.

4. El profesional de enfermería debe tener programas que aseguren el apoyo a la mujer durante la lactancia. En el puerperio inmediato, es necesario reforzar cuantas veces se requiera y responder a los problemas que se presenten durante la lactancia.

5. El profesional de enfermería debe usar la escala LATCH para valorar la lactancia materna en el periodo del posparto.

6.8. REGULACIÓN DE LA FECUNDIDAD EN EL POSPARTO

La inserción inmediata posparto del DIU pareció segura y efectiva, aunque faltaron comparaciones directas con otros tiempos de inserción. Las ventajas de la inserción inmediata posparto incluyen alta motivación, garantía de que la mujer no está embarazada y conveniencia. Sin embargo, las tasas de expulsión parecen ser mayores que con la inserción en el intervalo. La popularidad de la inserción inmediata posparto del DIU en países tan distintos como China, México y Egipto apoya la viabilidad de este enfoque. El seguimiento temprano puede ser importante para identificar la expulsión espontánea del DIU (Grimes, Schulz, Van Vliet y Stanwood, 2008).

Según el Ministerio de la Protección Social (2007), se debe informar, dar consejería y suministrar el método de planificación familiar elegido, de acuerdo con lo establecido en la Guía de atención para planificación familiar en hombres y mujeres. El dispositivo puede aplicarse intracervical, posparto en las primeras 48 horas o postaborto; dar instrucciones postaplicación, hacer control en la cita posparto y a los tres meses. Aclarar a la usuaria que el DIU no protege de infecciones de

transmisión sexual (ITS), y, por tanto, enfatizar siempre en la doble protección (Ministerio de la Protección Social, 2007).

Recomendaciones

1. El profesional de enfermería aconseja, prescribe y suministra el método de planificación familiar elegido, de acuerdo con lo establecido en la Guía de atención para planificación familiar en hombres y mujeres, del Ministerio de la Protección Social.
2. El profesional de enfermería debe hacer seguimiento temprano para identificar la expulsión espontánea del DIU.
3. El profesional de enfermería aclara a la usuaria que el DIU no protege de infecciones de transmisión sexual (ITS). Por lo tanto, debe enfatizar siempre en la doble protección.

7. CAPÍTULO V ASPECTOS NUTRICIONALES DEL EMBARAZO Y EL PUERPERIO

7.1. OBJETIVOS DE ENFERMERÍA EN LA ASISTENCIA NUTRICIONAL

- Valorar el estado nutricional de la mujer, mediante la investigación de sus antecedentes médicos y dietéticos, y la interpretación de algunos estudios de laboratorio.
- Identificar las necesidades alimentarias y planear la asistencia nutricional necesaria.
- Enseñar a la embarazada la importancia de la buena nutrición durante el embarazo, para prevenir complicaciones y garantizar el crecimiento y desarrollo fetales normales.
- Ayudar a la embarazada a conservar o mejorar su propio estado nutricional.
- Mejorar los conocimientos de la madre en cuanto a sus necesidades nutricionales en el puerperio durante el primer trimestre, vaya a amamantar a su bebé o a alimentarlo con leche artificial.

Posibles diagnósticos de enfermería relacionados con la asistencia nutricional

- Conocimientos deficientes respecto a las necesidades nutricionales durante el embarazo.
- Desequilibrio nutricional por defecto.
- Desequilibrio nutricional por exceso.
- Estreñimiento relacionado con embarazo y/o disminución de la motilidad gastrointestinal.
- Mantenimiento inefectivo de la salud.
- Lactancia materna ineficaz.

7.2. NECESIDADES NUTRICIONALES EN EL EMBARAZO

Necesidades de energía

El costo energético total del embarazo es de unas 80 000 kcal, lo que representa, de promedio, unas 300 calorías más al día que cuando la mujer no se encuentra embarazada. Puesto que las necesidades calóricas difieren entre las mujeres, los requerimientos individuales se calculan tomando como base un mínimo de 36 kcal/kg de peso corporal durante el embarazo. Las necesidades energéticas de las adolescentes que están embarazadas pueden alcanzar las 50 kcal/kg/día, según los niveles de actividad y la magnitud del crecimiento.

Necesidades proteínicas

Las embarazadas adultas requieren 30 g/día más de proteínas, o una ración total de 1,3 g/kg/día más que las mujeres no gestantes.

Necesidades de vitaminas

En general, durante el embarazo se incrementa la necesidad de todas las vitaminas. Una que requiere atención especial es el ácido fólico, que fomenta el crecimiento fetal y previene las anemias relacionadas con el embarazo. La ingestión diaria de ácido fólico es dos veces mayor durante la gestación, de 400 µ/día a 800 µg/día. Se recomienda complementar su ingestión durante el embarazo a un nivel de 400 a 800 µg/día cuando la mujer está en riesgo debido a pobreza y malos hábitos de alimentación.

7.3. VALORACIÓN

Factores clave para valorar el estado nutricional de la mujer:

- Antecedentes médicos. (Intolerancia a la lactosa)
- Datos de la exploración física.
- Datos de las pruebas de laboratorio.

- Antecedentes dietéticos. (Hábitos alimentarios de orden cultural o religioso, preferencias y tolerancias de alimentos)
- Consumo de cafeína, alcohol y tabaco.
- Molestias comunes del embarazo que afectan al estado nutricional: náuseas, vómito, pirosis, estreñimiento.
- Valoración nutricional continua: aumento ponderal. Identificación de los factores de riesgo nutricional

Los principales factores de riesgo nutricional relacionados con el embarazo son:

- Adolescencia (15 años de edad o menos).
- Antecedente de tres o más embarazos durante los dos últimos años.
- Falta de recursos económicos.
- Manías alimentarias, antecedentes de dietas poco comunes o restrictivas.
- Consumo intenso de tabaco, alcohol o fármacos.
- Dieta terapéutica por enfermedad crónica.
- Peso antes del embarazo inferior al 85% o superior al 120% del normal correspondiente a la edad, la estatura y la complejión física. Conforme progresa la asistencia prenatal, es necesario vigilar a las mujeres con respecto a los siguientes factores de riesgo:
 - Valores de hemoglobina y hematocrito bajos o deficientes (bajos = Hgb: 11 g/Hct: 33; deficientes = Hgb: 10 g/Hct: 30).
 - Aumento ponderal insuficiente (cualquier pérdida durante el embarazo o cualquier aumento menor de 900 g/mes).
 - Aumento ponderal excesivo (superior a 900 g/mes).
 - Decisión de amamantar (en mujeres con aumento ponderal insuficiente, anorexia o mala salud). Riesgo nutricional para la adolescente embarazada

Los siguientes factores inciden en la adolescente y constituyen un riesgo nutricional:

- Crecimiento musculoesquelético que prosigue durante uno o dos años después de hacerse posible la concepción.
- Necesidad de nutrientes para el crecimiento y la maduración de la adolescente — además de los del feto— que incrementan las demandas energéticas, de proteínas y demás nutrientes.
- Niveles elevados de actividad.
- Abandono de los buenos hábitos de alimentación, con ingestión de alimentos «basura», bocadillos entre comidas y hábitos alimentarios erráticos.
- Influencia de la publicidad de productos dirigidos a las adolescentes.
- Preocupación por la imagen corporal y dietas muy estrictas.
- Restricción de la ingestión de alimentos para reducir el aumento ponderal u ocultar el estado de gravidez. Valoración del aumento ponderal

El aumento ponderal suficiente debe vigilarse pesando la paciente con cierta regularidad. Un patrón satisfactorio de aumento de peso para la mujer promedio sería:

- | | |
|----------------------------------|------------------------|
| •10 semanas de gestación: 650 g. | •30 semanas: 8 500 g. |
| •20 semanas: 4 000 g. | •40 semanas: 12 500 g. |

7.4. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Asesoramiento dietético durante el embarazo

- Aconsejar a la madre sobre los cambios que se requieren para remediar las deficiencias. Planear la dieta prenatal con la madre para que logre una nutrición suficiente.

- Explicar la importancia de la buena nutrición para la salud global de la madre y su familia.
- Indicar la importancia de los suplementos de hierro y ácido fólico durante el embarazo. Iniciar la administración de entre 30 y 60 mg/día de hierro elemental y de entre 400 y 800 µg/día de ácido fólico. Fomentar la ingestión de alimentos que sean ricos en hierro y ácido fólico.
- Destacar la importancia del aumento ponderal óptimo. Explorar las preocupaciones sobre la imagen corporal.
- Fomentar el consumo de alimentos con proteínas de alta calidad para incrementar la ingestión proteínica y calórica.
- Identificar los alimentos ricos en calorías «insustanciales». Fomentar el consumo de alimentos saludables para satisfacer el hambre.
- Valorar a la mujer en busca de edema en la cara y las extremidades, proteinuria y glucosuria. Verificar que la presión arterial sea normal.
- Sugerir fuentes complementarias de calcio y vitamina B, como tofu (queso de leche de soja) y alimentos elaborados con espinas de pescado y huesos de animales.
- Explicar que el consumo de alcohol y el de tabaco afecta de manera adversa al crecimiento fetal. Proporcionar apoyo para llevar a cabo cambios estableciendo objetivos realistas.
- En cuanto a las náuseas y el vómito, recomendar comidas frugales y frecuentes, líquidos calientes o fríos entre las comidas, y galletas secas o pan tostado antes de levantarse de la cama por la mañana.
- Contra el estreñimiento, estimular la ingestión de alimentos ricos en fibra, aumentar el ejercicio diario, comer con regularidad, eliminar los malos hábitos de alimentación e ingerir suficiente líquido (de seis a ocho vasos de agua al día).

7.5. NECESIDADES NUTRICIONALES DE LA MADRE EN EL PUERPERIO

Todas las nuevas madres necesitan una adecuada cantidad de nutrientes, además de la ejecución de ejercicios tonificadores musculares, para fomentar la cicatrización de los tejidos traumatizados por el trabajo de parto y el parto. En este proceso se alteran de manera impresionante la química corporal y el equilibrio hidroelectrolítico de la mujer, por lo que se requiere de tiempo y de una nutrición suficiente para recuperar la homeostasia.

7.6. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Instrucciones para la mujer sobre nutrición

Llevar una alimentación completa y variada La dieta debe contener alimentos de todos los grupos:

- Frutas, verduras y hortalizas.
- Cereales y derivados.
- Leche, queso y yogur.
- Carnes, aves, pescado y huevos.

Evitar el exceso de grasas, las grasas saturadas y el colesterol

- Es preferible consumir carnes magras, pescados, aves, judías (frijoles) y guisantes (chícharos) como buenas fuentes de proteínas.
- Consumir con moderación yemas de huevo y vísceras (p. ej., hígado).
- Limitar la ingestión de mantequilla, crema de leche, margarinas hidrogenadas, manteca, aceite de coco y alimentos elaborados con estos productos.
- Recortar la grasa excesiva de las carnes.
- Es preferible preparar alimentos asados, al horno a la plancha, a la brasa o hervidos, en vez de fritos.

- Verificar la cantidad y el tipo de grasas contenidas en los alimentos envasados.
- Hacer más comidas sin carne, o con poca.
- Emplear productos lácteos con poca grasa o desnatados.
- Consumir más carbohidratos complejos todos los días.
- Sustituir grasas y azúcares por almidones.
- Dar preferencia a alimentos que sean buena fuente de fibra y almidón, como pan integral y cereales enteros, frutas, verduras y legumbres.
- Alertar a la mujer gestante de la importancia de cocinar bien las carnes, limpiar las verduras correctamente y extremar precauciones con embutidos caseros con el fin de evitar un posible contagio de toxoplasmosis.

Evitar el exceso de azúcar

- Limitar el consumo de azúcares: azúcar refinada, azúcar morena, miel y jarabes.
- Ingerir menos productos que contengan estos azúcares, como, por ejemplo, caramelos, refrescos embotellados (gaseosas), helados, pasteles y galletas.
- Consumir frutas frescas o enlatadas sin azúcar; en el caso de estas últimas, deben evitarse las muy almibaradas.
- Verificar el contenido de azúcar de los alimentos envasados; una palabra terminada en osa (sacarosa, maltosa, fructosa, lactosa, etc.) o la palabra jarabe en el nombre del producto, equivalen a una gran cantidad de azúcar.
- Recordar que es tan importante la frecuencia con que se toma azúcar como la cantidad que se ingiere cada vez.

Evitar el exceso de sodio (sal)

- Aprender a disfrutar del sabor de los alimentos sin condimentar.
- Cocinar con poca sal.
- Añadir poca o nada de sal a los alimentos ya servidos.

- Limitar la ingestión de alimentos salados como patatas fritas, galletas, semillas y palomitas (rosetas) de maíz, sazonadores (salsa de soja, salsa para carnes, sal de ajo), quesos, alimentos en salmuera y carnes curadas.
- Verificar el contenido de sodio de los alimentos envasados.
- Si se tiene antojo de sal durante el embarazo, puede usarse, pero se debe advertir de ello al médico.

Otros consejos

- Hacer ejercicio con regularidad. (Figura 3,4 y 5)
- Asegurar para el lactante una dieta que sea suficiente.
- Amamantar al niño, a menos que haya problemas especiales de salud que puedan agravarse o afectar al bebé.
- Retrasar la administración de alimentos sólidos al lactante hasta que tenga de cuatro a seis meses de edad.
- No añadir sal o azúcar a los alimentos del niño. Instrucciones para la mujer de cómo conservarse física y mentalmente bien
- Caminar como ejercicio. Esta es una excelente manera de evitar la fatiga excesiva.
- Relacionarse con los padres de otros niños pequeños, y hablar con ellos de lo que agrada o desagrada de la maternidad.
- Dedicar al arreglo personal un poco más de tiempo que al principio del embarazo; esto resguarda la confianza en sí misma y evita el desánimo por los cambios físicos que se van presentando.
- Tratar de conocer madres experimentadas y comentar con ellas todas sus dudas y preocupaciones.
- Darse tiempo para divertirse con el compañero desde el principio del embarazo; así ambos podrán exteriorizar sus preocupaciones y lograr un mejor apoyo mutuo.

7.7. NECESIDADES NUTRICIONALES DEL LACTANTE DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA

- La leche materna es suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales del lactante durante los seis primeros meses de vida, aunque después de esta edad se requiera un complemento de nutrientes específicos.

- Las fórmulas lácteas satisfacen las necesidades del lactante durante los cuatro a seis primeros meses de vida; después, la dieta debe complementarse con alimentos sólidos. Tipos de fórmulas lácteas comerciales

- Concentradas (líquidas): se diluyen con cantidades iguales de agua. •En polvo: se mezclan con agua según las instrucciones que se anexan en el envoltorio.

- Listas para usarse: requieren medición en biberones individuales. •Listas para usarse, preenvasadas: se administran en útiles biberones desechables.

Características generales del lactante bien alimentado

- Incremento constante de peso y estatura.

- Patrones regulares de sueño.

- Eliminación fisiológica de desechos.

- Actividad vigorosa.

- Alegría en general.

- Músculos firmes.

- Cantidad moderada de grasa subcutánea.

- Inicio de la dentición entre los cinco y los seis meses de edad.

7.8. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Instrucciones para la mujer sobre la alimentación del lactante

- La leche materna o las fórmulas lácteas son suficientes para la alimentación de casi todos los lactantes durante los primeros cuatro a seis meses de vida.

• Muchos lactantes dan muestras de hallarse preparados para los alimentos sólidos hacia los seis meses de edad. Cuando se tenga la certeza de que el bebé está listo para recibir estos alimentos, observar estas recomendaciones:

1. Incluir primero los sólidos más sencillos en la dieta.
2. Añadir solo un alimento nuevo cada vez (no mezclas), y esperar unos días para ver cómo se adapta el pequeño a ese alimento. Si el lactante manifiesta una reacción alérgica, suspender el alimento y explicar la reacción al médico.
3. Tener en cuenta que los síntomas de alergia suelen sobrevenir dos o tres días después de la introducción del nuevo alimento. Tales síntomas son: vómitos, diarrea, cólicos, erupción cutánea, eccema, sibilancias y rinorrea.
4. Tener en cuenta que los alimentos que más tienden a producir alergias son: leche de vaca, clara de huevo, trigo, cacahuetes, maíz, cítricos, fresas, tomates, chocolate y pescado.
5. Al principio se ofrecerán cantidades pequeñas (una cucharada o menos) del nuevo alimento. Diluir y ablandar el alimento mezclándolo con un poco de leche materna o de fórmula.
6. Conforme crece el niño, recordar la necesidad de variar la textura de los alimentos que se le ofrezcan. El bebé de seis meses requiere alimentos bien machacados (en papilla); a los ocho meses, la mayoría acepta perfectamente los alimentos machacados y triturados; hacia los diez meses deben recibir pedacitos de alimentos blandos bien cocidos para que los coman solos.

El alimento, ¿debe comprarse ya hecho o elaborarse en casa? Es fácil y divertido elaborar en el hogar los alimentos para el lactante. La enfermera o el nutriólogo orientarán sobre la manera de prepararlos. La cocina debe estar limpia y contar con ciertos utensilios baratos. Los alimentos

comerciales son nutritivos si se siguen estas sugerencias al adquirirlos:

• Comprar alimentos no mezclados (hay tantas proteínas en un frasco de pollo picado como en 4,3 frascos del mismo tamaño de pollo y fideos).

- Leer el rótulo del envase para evitar alimentos que contienen azúcares, sal y almidones.
- Verificar la fecha de caducidad en la tapa del frasco y asegurarse de que no se ha roto el sello al vacío.
- No alimentar al lactante directamente del frasco, a menos que pueda comerse toda la porción de una sola vez; los sobrantes refrigerados pueden más tarde producir intoxicación.

Uso correcto del biberón

- Los biberones solo deben utilizarse para dar al bebé agua, leche materna o leche artificial.
- No deben darse en biberón alimentos sólidos (cereales, etc.), que deben administrarse con cuchara.
- Las bebidas dulces preparadas con polvos comerciales, los refrescos (gaseosas) e incluso los zumos pueden producir caries al lactante cuando se administran con biberón. Los zumos deben darse en taza. Deben evitarse bebidas a base de polvos y las embotelladas, ya que proporcionan solo calorías «insustanciales».
- Sostener siempre en brazos el lactante al darle el biberón. El amor de la madre es tan importante como el alimento que proporciona. Dejar «puesto» el biberón junto al bebé acostado puede producir problemas como ahogamiento, caries e infecciones auditivas.

Otros consejos

- Nunca debe obligarse al lactante a terminar los alimentos o la leche que ya no quiere. La sobrealimentación puede causar sobrepeso, con los problemas consiguientes.
- Durante el primero o los dos primeros años de vida, no debe darse al lactante lo siguiente: nueces, zanahorias crudas, palomitas (rosetas) de maíz, semillas y otros alimentos con los que podría ahogarse.

8. CAPÍTULO VI VALORACIÓN DE ENFERMERÍA DE LA EMBARAZADA

8.1. CUIDADOS PRENATALES

La asistencia de la maternidad ha experimentado un sustancial cambio. En general, cada vez son más las mujeres que reconocen su necesidad especial de apoyo y de adquirir conocimientos sobre su cuerpo, los cambios que se experimentan durante el embarazo y lo que podría ocurrir durante este período y en el parto. La enfermería es la profesión de la salud cuyos objetivos parecen ajustarse mejor a las necesidades de las embarazadas. Por tanto, ahora más que nunca el personal de enfermería debe prepararse para adoptar la responsabilidad de instruir, informar y brindar asistencia a las gestantes y a sus familiares.

Objetivos de enfermería en la asistencia prenatal

- Lograr que el embarazo culmine con el nacimiento de un recién nacido sano sin que se altere la salud de la madre.
- Hacer lo posible para que la experiencia de la familia tenga un desarrollo positivo.

Posibles diagnósticos de enfermería relacionados con la asistencia prenatal

- Mantenimiento inefectivo de la salud.
- Náuseas.
- Riesgo de estreñimiento relacionado con disminución de la motilidad gástrica.
- Intolerancia a la actividad.
- Baja autoestima situacional relacionada con los cambios del desarrollo de la gestación.
- Conocimientos deficientes sobre los efectos del embarazo en los sistemas corporales. Trimestres del embarazo

El embarazo se divide en tres trimestres, cada uno de aproximadamente 13 semanas: •Semanas 1 a 13. •Semanas 14 a 27. •Semanas 28 a 40.

8.2. PRIMERA CONSULTA PRENATAL

Objetivos de enfermería durante la primera consulta prenatal

- Determinar los factores —entre los antecedentes de la mujer, su compañero y sus familiares— que pudieran afectar a la evolución prenatal de la embarazada, los resultados del embarazo y la salud a largo plazo.
- Valorar la salud física y emocional previa y actual de la mujer.
- Informar a la mujer y a su compañero sobre la asistencia de maternidad y las necesidades prenatales correspondientes.
- Establecer pronto una relación armónica, que se enriquecerá conforme la enfermera y la mujer establezcan juntas prioridades en cuanto a asistencia prenatal y problemas relacionados. Valoración de enfermería

La primera consulta prenatal suele ser extensa, ya que puede durar entre una y dos horas. Por lo general consta de las siguientes etapas:

1. Orientar a la mujer sobre el sitio en que se encuentra. Darle la bienvenida y ofrecerle una breve descripción del lugar, horarios, números telefónicos para consulta, y una explicación sobre lo que ocurre en la primera consulta prenatal.

2. Obtener los antecedentes médicos. Esto constituye una biografía breve, y debe proporcionar la siguiente información:

- Datos demográficos.
- Antecedentes menstruales.
- Embarazo actual: problemas, medicaciones, tabaquismo, psicofármacos, consumo de alcohol, peligros ocupacionales.
- Embarazos previos: abortos (espontáneos, terapéuticos); partos a término y pretérmino; lugar del parto; tipo de parto, tiempo del trabajo de parto y estado del recién nacido; complicaciones del trabajo de parto, el parto y el puerperio.
- Antecedentes médicos y familiares.

- Revisión por aparatos y sistemas.

3. Diagnóstico de embarazo

- Adaptaciones del embarazo y desarrollo fetal, diagnóstico de embarazo. Última menstruación y fecha probable de parto

La duración promedio del embarazo, calculada a partir del primer día de la última hemorragia menstrual, es de unos 280 días, es decir, 40 semanas, 10 meses lunares o 9 meses de calendario. La fecha probable de parto, en la que se estima que se produzca el ingreso, puede calcularse empleando la regla de Nägele. Según esta regla, la fecha probable de parto se calcula añadiendo siete días a la fecha del primer día de la última menstruación, y a continuación restando tres meses. Así, el primer día de la última menstruación, más siete días, menos tres meses, es igual a la fecha probable de ingreso para el parto. Por ejemplo, si la última menstruación normal de la mujer se inició el 4 de febrero, la fecha esperada de parto será el 11 de noviembre:

Febrero 4 + 7 = Febrero 11
Febrero 11 – 3 meses = Noviembre 11

Con el objetivo de facilitar el cálculo de la fecha probable de parto (o de internamiento):

También se pueden emplear dispositivos de cálculo de la gestación en forma de rueda no solo para calcular la fecha probable de parto, sino también para determinar las semanas de la gestación, así como la longitud y el peso que se espera que tenga el feto cada semana.

8.3. CONSULTAS PRENATALES SUBSECUENTES

Programa para las consultas prenatales de vigilancia

- Cada cuatro semanas hasta la semana 35.
- Cada dos semanas hasta la semana 38.
- Cada semana hasta la 41.

- Dos o tres veces a la semana hasta el momento del parto. Actividades durante estas consultas
- Valoración del estado del embarazo entre las consultas.
- Valoración de las prácticas actuales de alimentación.
- Exploración física, que debe incluir especialmente:

Medición de la presión arterial

La presión arterial medida al inicio del embarazo es un dato de referencia para valorar y comparar ulteriores lecturas de la gestación. Tiene importancia un incremento sistólico de 30 mm Hg o uno diastólico de 15 mm Hg respecto de la presión arterial de referencia.

Peso

Se mide el peso al inicio del embarazo para valorar el aumento secuencial total durante la gestación. Una pérdida ponderal temprana por debajo de los niveles previos al embarazo puede significar que la mujer ha experimentado náuseas y vómitos: se requiere envío inmediato a asesoría nutricional con objeto de evitar deshidratación o cetosis. Un aumento mayor que el promedio durante la parte final del embarazo (2,250 kg o más en una semana) puede indicar sobrealimentación, consumo excesivo de sal, retención de agua o posible preeclampsia.

8.4. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Examen físico Exploración física completa

Debe efectuarse la exploración física completa de la embarazada. Los datos físicos saldrán de lo normal en las mujeres en que son más acentuados los cambios del embarazo. La valoración física consiste en:

- Palpación de glándula tiroides.
- Auscultación de ruidos cardiacos maternos.

- Inspección y palpación de mamas.
- Inspección y palpación de abdomen.
- Medición de la altura del fondo uterino.
- Auscultación de los ruidos cardiacos fetales.
- Exploración pélvica.

Palpación abdominal

Antes de las semanas 12-13 de la gestación, el útero ocupado se mantiene como órgano intrapélvico, y no se puede palpar por el abdomen. Desde el momento en que su fondo llega a la cavidad abdominal, a las 12 semanas, hasta que llega al ombligo, a las 20 semanas de la gestación, se mide en traveses de dedo. Después de esta época se puede seguir midiendo así o en centímetros. Pueden emplearse las mediciones de McDonald en lugar de los traveses de dedo después de las 20 semanas, cuando la medición de la altura uterina se aproxima a los 15 centímetros de estatura. En caso de que existieran discrepancias entre el tamaño del útero y el tiempo de embarazo, puede recurrirse a los siguientes parámetros referenciales:

- Tamaño del útero durante la primera consulta prenatal.
- Presencia del útero en la pelvis (< 12 semanas de gestación).
- Presencia del útero en el abdomen (> 12 semanas de gestación).
- Fecha de la prueba positiva de embarazo.
- Semanas de embarazo en relación con la última menstruación.
- Tamaño del útero en relación con la edad gestacional fetal estimada.
- Ruidos cardiacos fetales escuchados con fetoscopio por arriba mismo de la sínfisis, a las 20 semanas de gestación.
- Movimientos fetales percibidos hacia la semana 20 de la gestación.
- Informe de sonografía entre las semanas 13 y 16.

8.5. MANIOBRAS DE LEOPOLD (Figura 1)

Se utilizan para palpar el feto, con objeto de identificar la estática fetal. Se efectúan durante el embarazo una vez que el tamaño del útero permite ya distinguir por palpación las partes fetales. La estática fetal es la forma en que se encuentra situado el feto en el interior del útero. Está determinada por los siguientes parámetros:

- Presentación: parte del feto que hay en el estrecho inferior de la pelvis.
- Situación: relación que guardan el eje longitudinal de la madre con el eje longitudinal del feto.
- Posición: lado materno sobre el que queda recostado la espalda fetal (derecho o izquierdo).
- Actitud: relación que guardan entre si las partes fetales.

Primera maniobra

- Responde a la pregunta: ¿Qué está en el fondo uterino: la cabeza o la pelvis fetal?
- Aspecto que se identifica: presentación y edad gestacional. Esta maniobra identifica la parte del cuerpo que se encuentra sobre el orificio cervical inferior, hacia la pelvis. Las presentaciones más comunes son: cefálica (primero la cabeza) y pélvica (primero la pelvis).

Ejecución de la primera maniobra

Mirando hacia la cabeza de la paciente, se palpa el fondo uterino con las puntas de los dedos de ambas manos.

- Cuando en el fondo uterino está la cabeza fetal, se percibe como una masa dura, lisa, globular, móvil y desplazable.
- Cuando en el fondo uterino está la pelvis, se percibe como una masa blanda, irregular, redonda y menos móvil.

Segunda maniobra

- Responde a la pregunta: ¿Dónde se encuentra el dorso (espalda)?

- Aspecto que se identifica: posición. Esta maniobra identifica las relaciones entre una parte del cuerpo del feto y el frente, dorso o lados de la pelvis materna. Las posibles posiciones fetales son variadas.

Ejecución de la segunda maniobra

El explorador debe mirar hacia la cabeza de la mujer. Coloca las manos a cada lado del abdomen, sostiene el útero con una mano y palpa el lado opuesto para localizar el dorso fetal.

- El dorso se percibe firme, liso, convexo y resistente.

- Las partes menores (brazos y piernas) se perciben pequeñas, de ubicación irregular y nudosas, y pueden ser activa o pasivamente móviles.

Tercera maniobra

- Responde a la pregunta: ¿Cuál es la parte de presentación?

- Aspecto que se identifica: parte de presentación. Esta maniobra identifica la parte más baja del feto, esto es, la más cercana al cuello uterino. Es la parte del feto que primero hace contacto con el dedo durante la exploración vaginal, y constituye con más frecuencia la cabeza o la región pélvica.

Ejecución de la tercera maniobra

El explorador vuelve la cara hacia los pies de la mujer. Coloca las puntas de los tres primeros dedos y el pulgar de una mano a cada lado del abdomen, justo por arriba de la sínfisis, y le pide que inhale profundamente y deje salir todo el aire. Conforme la mujer exhala, se hunden los dedos hacia abajo con lentitud y profundidad alrededor de la parte de presentación. Se revisan de este modo el contorno, el tamaño y la consistencia de la parte palpada.

- La cabeza se percibe dura y lisa, móvil si no está encajada e inmóvil si lo está.

- La región pélvica se percibe blanda e irregular.

Cuarta maniobra

- Responde a la pregunta: ¿Dónde está la prominencia cefálica?
- Aspecto que se identifica: presentación fetal, grado de encajamiento y actitud. Esta maniobra identifica la mayor prominencia de la cabeza fetal palpada sobre el estrecho pélvico superior. Cuando la cabeza está flexionada (actitud de flexión) la frente forma la prominencia cefálica; cuando está extendida (actitud de extensión) la prominencia cefálica corresponde al occipucio.

Ejecución de la cuarta maniobra

El examinador mira hacia los pies de la paciente, mueve suavemente los dedos por los lados del abdomen en dirección hacia la pelvis, hasta que los dedos de una de las manos encuentren una prominencia ósea, que corresponde a la prominencia cefálica. Exploración pélvica

La exploración pélvica consiste en:

- Exploración y palpación de los genitales externos.
- Examen con espéculo vaginal.
- Exploración bimanual y rectovaginal.

Estudios prenatales de laboratorio

Consulta inicial

- Analítica sanguínea, incluido hemograma completo y determinación de hemoglobina.
- Determinación del grupo sanguíneo y del factor Rh.
- Pruebas serológicas para investigación de anticuerpos.
 1. Rubéola.
 2. Sífilis (VDRL).
 3. Toxoplasmosis.
 4. Hepatitis.
 5. VIH.
 6. VHB (virus hepatitis B).

- Análisis general de orina, urocultivo, o ambos.
- Frotis de Papanicolau.
- Frotis para investigar gonorrea.
- Determinación de alfafetoproteína durante las semanas 13 a 14 de la gestación, o antes, en función del tipo de cribaje bioquímico.

Estudios de laboratorio repetidos (si se considera necesario)

- Medición de las concentraciones urinarias de glucosa, proteínas y cetonas mediante tiras colorimétricas: este examen se realiza en cada consulta.
- Hemograma y hemoglobina para valorar anemia: estas mediciones se realizan en cada trimestre.
- En caso de factor Rh negativo en pacientes no sensibilizadas, repetir la búsqueda de anticuerpos a las 24 y 34 semanas.
- Preparado fresco para identificar posibles infecciones vaginales.
- Otros estudios.

8.6. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Instrucciones para la mujer sobre el autoexamen de las mamas

Orientación sobre problemas del embarazo

Signos de peligro durante el embarazo La paciente debe informar a la persona encargada de la asistencia de su salud si sobrevienen los siguientes síntomas:

- Hemorragia vaginal.
- Edema en la cara y las manos.
- Cefalalgia continua e intensa.
- Visión borrosa.

- Dolor abdominal.
- Vómitos persistentes.
- Interrupción de los movimientos fetales.
- Escalofríos o fiebre.
- Micción dolorosa.
- Escape de líquido por la vagina.
- Mareos en posición que no sea la supina.

Infecciones vaginales comunes en la mujer: instrucciones para la mujer Pueden disminuirse o evitarse las molestias producidas por las infecciones vaginales y ayudar a prevenir las infecciones recurrentes con las siguientes pautas:

- Mantener una buena higiene personal, con duchas y lavado de manos frecuentes. Evitar las irrigaciones vaginales. Limpiar el periné de delante hacia atrás después de las evacuaciones, para prevenir la contaminación vaginal.
- Evitar el empleo de aerosoles para la higiene femenina, aceites de baño y jabones fuertes que pueden producir irritación o alergia vulvar o vaginal.
- Abstenerse de emplear ropas que se ajusten firmemente a la entrepierna.
- Emplear ropa interior porosa y holgada de algodón, que retiene menos la humedad y el calor que las prendas de poliéster.
- Conservar la vulva y el periné secos y frescos.
- Abstenerse de practicar el coito durante el tratamiento; si se practica el coito, el compañero debe emplear condón.
- Seguir con la medicación indicada, aunque hayan remitido los síntomas.

Infecciones de las vías urinarias: instrucciones para la mujer

- Procurar orinar tan pronto como se sienta el deseo; no aguantarse.
- Vaciar la vejiga incluso cada tres horas.

- Tomar abundantes líquidos (pero no los endulzados, porque el azúcar favorece el desarrollo de bacterias).
- Conservar limpio el periné, aseando esta región desde delante hacia atrás después de orinar o defecar.
- Limpiar diariamente la región perineal, pero evitar el uso de aerosoles o jabones perfumados, que pueden causar reacciones alérgicas.
- No emplear ropa interior para dormir, ni usar prendas muy apretadas durante el día. El periné necesita ventilación para conservarse seco y limpio.
- Tomar algo de líquido antes del coito y orinar inmediatamente después, para arrastrar las bacterias que se hallan en la uretra.
- Usar ropa interior de algodón y conservar una buena higiene.
- No abusar del consumo de carbohidratos ni de azúcares, para reducir la incidencia de glucosuria.
- Solicitar tratamiento inmediato si reaparecen los síntomas.

8.7. MOLESTIAS EN EL EMBARAZO

Náuseas y vómitos

Progesterona (disminuye el tiempo de vaciamiento gástrico). Aumento de las concentraciones de gonadotropina coriónica humana. Disminución de la secreción gástrica de ácido clorhídrico y pepsina Ingestión insuficiente de nutrientes y líquidos (estómago vacío y deshidratación). Alteración del metabolismo de los carbohidratos Ingestión insuficiente de hierro y vitaminas. Disminución de la glucosa sanguínea materna. Sentimientos ambivalentes respecto al embarazo Infección aguda u otras enfermedades (Fatiga, Ptalismo).

Valoración

Valorar la suficiencia de la ingestión de alimentos nutritivos y la calidad de los nutrientes de la dieta.

Valorar y comprobar la intensidad de náuseas y vómito Investigar la pérdida de peso, deshidratación, disminución de la turgencia cutánea, cetonuria Valorar otros diagnósticos: úlcera gástrica, colecistitis, pancreatitis, hepatitis, gastroenteritis, apendicitis.

Intervención y asesoría

Explicar a la paciente que las náuseas y el vómito suelen resolverse espontáneamente después del primer trimestre

Aconsejarle que:

Evite los alimentos grasos y condimentados, así como los olores que causan náuseas (emplee un ventilador o extractor de aire en la cocina). Haga seis comidas pequeñas al día en vez de tres grandes. Consuma más bocadillos con proteínas (queso, nueces, huevo). Coma alimentos ricos en carbohidratos (se toleran mejor). Coma galletas secas no saladas antes de levantarse por la mañana. Tome líquidos entre comidas (disminuye la deshidratación). Evite los líquidos en las comidas. Tome sorbitos de agua carbonatada (no bebidas gaseosas dulces) para prevenir las náuseas. Pruebe infusiones de hierbabuena, menta o frambuesa. Tome

comprimidos de hierro y vitaminas después de las comidas. Pruebe la ingestión de 50 a 100 mg/día de vitamina B6 (después de una de las comidas) para reducir las náuseas. Ingiera yogur, requesón, jugos o leche al despertar a causa de nicturia para disminuir las náuseas por la mañana. Dé paseos frecuentes al aire libre. Conserve una buena postura (para aliviar la presión sobre el estómago). Evite movimientos súbitos. Hay que advertir a la mujer que evite las medicaciones antieméticas de venta libre, lo mismo que cualquier otro medicamento, si no consulta antes a su médico o enfermera.

Fatiga

Aumento de la producción de hormonas; posible función de la hormona ovárica relaxina. Progesterona durante el primer trimestre. Mayores demandas al aparato cardiopulmonar durante el último trimestre un 25 % de aumento del metabolismo basal. Nutrición insuficiente. Anemia. Falta de ejercicio. Actividad excesiva. Aumento ponderal excesivo. Causas psicógenas. Infección Postura incorrecta.

Valoración

Valorar la nutrición en busca de anemia o ingestión calórica insuficiente. Valorar la hemoglobina (Hgb) y el valor hematócrito (Hct). Valorar el estado psicosocial en busca de ansiedad y depresión. Evaluar el régimen de ejercicio. Valorar el nivel de actividad y el grado de reposo. Valorar si la fatiga es razonable para el trimestre de embarazo.

Intervención y asesoría

Explicar a la mujer que la fatiga es un aspecto normal y temporal del embarazo
Aconsejarle que:

Tome periodos frecuentes de reposo (recostarse durante los descansos en el trabajo, etc.). Haga suficiente ejercicio Incremente la estimulación social (cuando sea apropiado) con familiares, amistades o diversos grupos. Disminuya actividades que pueden representar esfuerzos excesivos. Analice las oportunidades para participar en actividades que le agradan. Obtenga ayuda para el cuidado de los hijos, si es posible. Practique ejercicios de respiración profunda y relajación.

Micción frecuente

Estiramiento de la base de la vejiga por el útero, que aumenta de tamaño; reducción de la capacidad vesical por presión creciente del útero sobre la vejiga; compresión de la vejiga por la parte de la presentación.

Ingestión excesiva de líquidos Fomento del flujo renal de orina cuando la mujer se encuentra en posición supina (nicturia) Infección de las vías urinarias.

Valoración

Estudiar la posibilidad de infección de las vías urinarias (uretritis, cistitis, pielonefritis): Análisis general de orina. Urocultivo. Fiebre o escalofríos. Hipersensibilidad costovertebral o suprapúbica.

Valorar la ingestión excesiva de café, té o bebidas de cola. Evaluar la existencia de diabetes: sed excesiva, concentraciones sanguíneas anormales de glucosa.

Intervención y asesoría

Aconsejar a la mujer que: Disminuya la ingestión de líquidos por la tarde, con el fin de reducir la nicturia. Orine cuando sienta la necesidad, para evitar la distensión de la vejiga.

Limite la ingestión de bebidas cafeinadas (té, café, bebidas de cola). Haga ejercicios de Kegel, para reforzar los músculos del piso pélvico y disminuir las fugas de orina. (Figura 6). Enseñar a la mujer los signos de infección de las vías urinarias (necesidad urgente o ardor al orinar), y la importancia de obtener asistencia médica oportuna si surgen tales signos.

Plenitud y hormigueo en las mamas

Depósito de grasa a causa de los estrógenos y desarrollo del estroma y del sistema de conductos. Desarrollo de lóbulos, proliferación y secreción de alveolos, tumefacción mamaria a causa de la progesterona. Aumento del riego sanguíneo de las mamas.

Valoración

Indagar si las molestias son generales o locales. Valorar la existencia de mamas supernumerarias y la afección del tejido axilar. Investigar fuga de calostro, que puede producir grietas en los pezones.

Intervención y asesoría

Explicar a la mujer que los cambios y las molestias de las mamas son naturales; la sensación de plenitud proseguirá durante todo el embarazo, pero la hipersensibilidad se resolverá por lo general después del primer trimestre.

Enseñar a la mujer:

Anatomía y fisiología de los cambios mamarios. Autoexamen de la mama. Preparativos para amamantar (figura 2), al principio del tercer trimestre.

Leucorrea (flujo vaginal)

Aumento de la producción de moco cervical, que se reconoce como exudado vaginal profuso. Aumento de la vascularidad y la descamación de cervicales.

Valoración

Valorar tipo, color, cantidad y olor del flujo. Indagar si han tenido síntomas los compañeros sexuales anteriores, nuevos o múltiples (en cada caso). Valorar la existencia de *Candida albicans* o una infección transmitida por contacto sexual.

Intervención y asesoría

Explicar a la mujer que el aumento de la secreción es un proceso normal del embarazo. Aconsejar a la mujer que: Lleve una buena higiene perineal. Conserve seca la vulva, empleando un secador de pelo después de lavarse, y espolvorearse con almidón. Emplee un enjuague externo de vinagre y agua. Use ropa interior holgada. Evite las pantimedias y la ropa apretada. Emplee almohadillas perineales y las cambie con frecuencia Informe de la aparición de prurito y olor fétido. La mujer debe evitar: Duchas Tampones vaginales

Cambios en la libido

Interacción complicada entre las molestias fisiológicas y los deseos sexuales. Durante el primer trimestre la disminución de la libido puede deberse a fatiga, náuseas y vómitos, hipersensibilidad mamaria y sentimientos ambivalentes hacia el embarazo. El segundo trimestre suele caracterizarse por aumento de la libido. A menudo disminuye la libido al final del tercer trimestre, por lo general en relación con molestias físicas, fatiga y ansiedad. Problemas en las relaciones con la pareja. Miedo de que el coito dañe el producto. Progreso a través de las tareas psicosociales del embarazo. Cambios de la imagen corporal. Malestar a causa de la relajación de las articulaciones y ligamientos pélvicos. Contracciones dolorosas con el orgasmo (tercer trimestre).

Valoración

Valorar la facilidad de comunicación de la pareja y su capacidad para afrontar las dificultades percibidas y resolverlas.

Intervención y asesoría

Es esencial la buena comunicación entre los compañeros. A menudo se obtiene satisfacción emocional y en cierto sentido física, mediante las caricias, besos y palmaditas. El masaje es una variante o complemento de la expresión sexual. Quizá se requiera variar las posiciones del coito durante el embarazo, para lograr comodidad conforme progresa este. Enviar a la pareja a asesoría sexual o marital.

Cambios del humor

Efecto depresor de la progesterona en el sistema nervioso central. Prominencia de los cambios físicos y emocionales del embarazo para la mujer grávida. Introversión notable, a menudo secundaria a las tareas propias del embarazo.

Valoración

Valorar la estabilidad emocional y los mecanismos de la mujer para afrontar los problemas y comparar su estabilidad emocional presente con la previa al embarazo. Valorar la capacidad de comunicación de la pareja, la actitud de ambos hacia el embarazo o su avance por las tareas propias de este. Evaluar el sistema de apoyo

que ofrecen la familia, los amigos, la iglesia, la comunidad y el sitio de trabajo. Valorar el estado nutricional de la mujer con respecto a fatiga, anemia e ingestión calórica. Valorar la dependencia de fármacos, alcohol y otras sustancias.

Intervención y asesoría

Explicar a la mujer y a su compañero que los cambios de humor son un componente normal del embarazo Animar a la mujer, o a ambos, para que:

Hablen de sus sentimientos con una persona de confianza.

9. CONCLUSIÓN

Al finalizar la investigación concluyo que, dentro del ámbito de la atención, la enfermera ha de crear un ambiente tranquilo, agradable, y aportar seguridad y confianza en su actuación y existen trabajos en la práctica que, a través de la implantación de protocolos de actuación, inciden en el impacto emocional que genera al paciente y a su familia los entornos hostiles hospitalarios¹⁰ y su importancia en el cuidado de la persona. Cuanto más confortable es el entorno, mejor tolera el paciente la experiencia global.

Las enfermeras desempeñan roles estratégicos en el proceso del crecimiento del individuo y su desarrollo, ayudando a éste en su lucha con los problemas con su salud. La enfermería es elemento esencial en la planificación comunitaria de los servicios de salud pública. Maneja la conducta de los individuos y los grupos en situaciones de stress que tienen que ver con la salud, la enfermedad y las crisis, y ayudan a que la gente se enfrente a cambios en sus actividades diarias.

La meta de una enfermería correcta es ayudar a los individuos y a los grupos a lograr, conservar y restaurar la salud y si ello no es posible que el individuo fallezca con dignidad. El darse cuenta de la dinámica compleja de la conducta humana en situaciones donde se requiere de la enfermería ha dispuesto la formación de un marco conceptual que representa sistemas personales, interpersonales y sociales como un dominio de la enfermería. Los seres humanos son el centro de atención de la enfermería.

Tenemos, los enfermeros, múltiples oportunidades para desenvolvemos en diferentes ambientes y para ser eficientes en nuestros roles. Se espera de nosotros que sepamos aprovechar los conocimientos científicos y conductuales y que los apliquemos en tomar decisiones en situaciones inmediatas de vida o muerte. Debemos compartir nuestros conocimientos con los pacientes para ayudarles a aprender diferentes maneras de enfrentarse a la enfermedad o problemas de salud crónicos. Un modo de alcanzar los objetivos de salud es a través de las interacciones humanas.

El evidente progreso científico y tecnológico de la enfermería exige un trabajo continuo y consciente entre enfermeras docentes, investigadoras, y practicantes en diversos campos para mantener un servicio de enfermería de calidad, altamente humanizado y con un sólido componente ético. El desarrollo científico y tecnológico de la enfermería no puede menoscabar el profundo sentido y espíritu humanitario del cuidado de enfermería que se brinda a las personas y la sociedad.

En la profesión de enfermería, al igual que en otras profesiones de la salud, se realizan determinadas funciones de prevención, promoción y restauración de la salud, lo que permite en cada momento al profesional de enfermería, realizar una priorización de los valores personales y profesionales. Esta priorización se realiza entre múltiples situaciones que se le presenta, ante la conducta de las personas sanas o enfermas con las que establecen contacto por requerir de sus servicios. Pero también, es importante que entienda que en su práctica de cuidado debe existir coherencia y claridad definida de los principios, creencias y valores que informa y orientan su propia vida. Es decir, debe ser auténtico y coherente entre lo que dice y hace, tener una escala de valores y que la respete. Ya que no podrá orientar quien no tiene definidos sus propios valores y demuestre irrespeto hacia los valores de los demás.

La formación de enfermeros juega un rol fundamental en la composición y dinámica de la fuerza de trabajo en enfermería, en la calidad y pertinencia de los cuidados y en el desarrollo de la capacidad institucional en salud. La enfermera/o profesional demuestra competencia cuando aplica en forma efectiva una combinación de conocimientos, habilidades y juicio clínico en la práctica diaria o desempeño laboral.

Una adecuada comunicación entre las mujeres y los profesionales responsables de su atención y cuidado, contribuye de manera decisiva a que el parto sea para ellas y sus familias una experiencia positiva. Disipar miedos y dudas, infundir seguridad, proporcionar una información amplia y detallada, atender el bienestar físico y emocional, estar disponible, mostrar comprensión, apoyo y respeto, procurar intimidad y permanecer en un segundo plano, se han revelado como elementos de

la atención sumamente apreciados por las mujeres y que contribuyen de manera decisiva a su satisfacción con la experiencia del parto.

El modelo de atención de enfermería se basa en la confianza mutua y el respeto entre el profesional de la salud y los individuos que buscan su asistencia, lo que requiere responsabilidad de ambas partes. Algo distintivo del modelo de enfermería es la combinación de la pericia apropiada para las necesidades específicas de sus pacientes, con la intervención y la referencia oportuna a otros profesionales de la salud, cuando la condición de las pacientes merece tal atención, todo debe ser humilde, no obstante, realista, consciente de sus propias limitaciones y debe tener voluntad para remitir o buscar ayuda.

El modelo de servicio de enfermería tiene un enfoque de atención a las mujeres durante toda su vida, particularmente durante el momento de la maternidad.

Este tipo de atención a la embarazada tiene su influencia en la evolución de esta especialidad con el surgimiento de la enfermería obstétrica, y la importancia de su rol dentro en los resultados de los indicadores de calidad en la atención brindada tanto a mujeres y familiares, en una etapa del ciclo de la familia que marca de manera particular a cada uno de sus integrantes para experiencias futuras.

Para cumplir efectivamente con su misión, la enfermera obstetra debe contar con conocimientos y aptitudes que se traducen en competencias y acciones derivadas de ellas. Estas competencias se dividen en generales y específicas; entre las primeras se encuentran las de comunicación, interculturalidad y administrativa. Las competencias específicas están dirigidas a la atención prenatal, del trabajo de parto y parto, del puerperio y del recién nacido; asimismo, se incluyen las competencias para la atención de urgencias obstétricas y neonatales.

10. BIOGRAFÍA

10.1. BÁSICA

- Benavent MA, Ferrer E, Francisco C. Fundamentos de enfermería. Madrid: DAE Grupo Paradigmas. Enfermería 21; 2015.
- Taylor SG. Dorothea E. Orem, teoría del déficit de autocuidado. En: Marriner A, Raile M. Modelos y teoría en enfermería. 6ª ed. España: Elsevier; 2014.
- Araújo MFM, Pessoa SMF, Damasceno MMC, Zanetti ML. Diabetes gestacional na perspectiva de mulheres grávidas hospitalizadas. Rev Bras Enferm. 2017.
- Silva IJ, Oliveira MFV, Silva SED, Polaro SHI, Radünz V, Do Santos EKA, et al. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. Rev Esc Enferm USP 2014.
- Barros LM, Magalhães da Silva R, Ferreira Moura ER. Autonomía de la enfermera que asiste el parto normal en Brasil. Invest Educ Enferm. 2015.
- Wilson JD, Braunwald E, Isselbacher KJ et al. Harrison: Principios de medicina interna. McGraw-Hill Interamericana. Madrid. 2014.
- Cristina Francisco del Rey J, Ángel Lázaro. De la práctica de la enfermería a la teoría enfermera. Concepciones presentes en el ejercicio profesional [tesis]. España: Universidad de Alcalá; 2014.
- Ancheta Niebla E. Hechos y personalidades relacionados con la enfermería cubana 1899-1958 [tesis]. La Habana: Universidad de La Habana; 2015.
- Leddy S, Pepper J M. Bases conceptuales de la Enfermería Profesional. 1ra ed. La Habana: Organización Panamericana para la Salud; 2014.
- Backes DS, Erdmann AL, Büscher A. O cuidado de enfermagem como prática empreendedora: oportunidades e possibilidades. Acta Paul Enferm 2015.
- Manzini Fernanda Cristina, Simonetti Janete Pessuto. Consulta de enfermería aplicada a clientes portadores de hipertensión arterial: uso de la teoría del auto cuidado de Orem. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2015
- García Pérez AM, Leiva Fernández F, Martos Crespo F, García Ruiz AJ, Prados Torres D, Sánchez de la Cuesta y Alarcón F. ¿Cómo diagnosticar el cumplimiento terapéutico en atención primaria?. 2014.

- Neta FAV, Crisóstomo VL, Castro RCMB, Pessoa SMF, Aragão MMS, Calou CGP. Avaliação do perfil e dos cuidados no pré-natal de mulheres com diabetes mellitus gestacional. Rev RENE. 2014.
- Orem D. Modelo de Orem, Conceptos de enfermería en la práctica. by Mosby-Year Book, Inc. cuarta edición. 2016.
- López M, Santos S, Varez S, Abril D, Rocabert M, Ruiz M, Mañé N. Reflexiones acerca del uso y utilidad de los modelos y teorías de enfermería en la práctica asistencial. 2015.
- Luna J, Jara P, Merino J. Adherencia de las enfermeras/os a utilizar un modelo teórico como base de la valoración de enfermería. 2017.
- Arzuaga JL. La especie elegida. Madrid: Ed. Temas de Hoy; 2015.
- Marriner A, Raile M. Modelos y Teorías en Enfermería, (5ª ed.). Barcelona: Mosly. 2014.
- Asís Orozco Sáenz F. La Matrona a Través de la Historia. H.R.U Carlos Haya. Universidad de Málaga. España: Hospital Materno Infantil; 2016.
- Orem D. Modelo de Orem, Conceptos de enfermería en la práctica. by Mosby-Year Book, Inc. cuarta edición. 2017.
- Cisneros F. Teorias Y Modelos De Enfermería, Universidad Del Cuaca. 2017.
- Morales S., García Y., Agurto M., Benavente A., La Psicoprofilaxis Obstétrica y la Estimulación Prenatal en diversas Regiones del Perú. Horiz Med 2014.
- Ministerio de Salud. Salud Nueva Actitud, Memoria de gestión. Lima 2015.
- CLAP – OPS/OMS. Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido. Publicación científica N° 1577. Cap. 3, 2011. 298. CLAP – OPS/OMS. Boletín de Salud Perinatal 2017.
- Puebla Díaz F. Tipos de dolor y escala terapéutica de la OMS: Dolor iatrogénico. Oncología. 2016.
- Águila Setián S, Breto García A, Cabezas Cruz E, Delgado Calzado JJ, Santisteban Alba E. Obstetricia y Perinatología Diagnóstico y Tratamiento. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014.
- Pernia A, Torres LM. Tratamiento del dolor oncológico terminal intenso. Rev Soc Esp. Dolor. 2016.

- McCaffery M, Beebe A. Dolor: Manual clínico para la práctica de la enfermería. Barcelona: Salvat, 2017.
- Morrhead S, Johnson M, Mass M, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (CRE). 4.ª ed. Madrid: Mosby, 2016.
- Aarcay M. Gustavo. Estimulación fetal y armonización intrauterina. 4º ed. España, 2015.
- Dale, Bárbara y col. Ejercicios prenatales. Grupo Edit. Norma. 6º ed. Colombia; 2014.
- Difiore, Judy. Gimnasia prenatal. Edit. España; 2016.
- Cruz Hermida J. Las Matronas en la historia desde la mitología a nuestros días. Madrid: Plaza Ed.; 2016.
- Alarcón-Nivia MA, Sepúlveda-Agudel J, Alarcón-Amaya IC. Las parteras, patrimonio de la humanidad. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2014.
- Federico, Gabriel. Musica prenatal. Edit. Argentina; 2014.
- Rivera L, Triana A. Cuidado humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la Clínica del Country. Actual Enferm. 2016.
- Watson J. Ponencia del Primer congreso internacional de Enfermería. Facultad de Enfermería y Nutriología. Universidad Autónoma de Chihuahua. 2014.
- Villarreal. "Iniciativa que reforma la fracción II del artículo 170 de la ley federal del trabajo" en Gaceta parlamentaria número 3535. 2017.
- Quintero M, Gómez M. El cuidado de enfermería significa ayuda. Aquichan. 2016.
- Guevara López U, Covarrubias Gómez A, Rodríguez Cabrera R. Parámetros de práctica para el manejo del dolor en México. Cir Ciruj. 2018.
- Hernández J., Moral de Catalabra P. y Esteban Albert M. Fundamentos de la Enfermería, Teoría y método. 2ª ed. MadridEd. Mc Graw-Hill; 2016.
- Mur Villar N, Iglesias León M, Aguilar Cordero MJ. Valoración de la formación docente desde los problemas asistenciales en el especialista de Enfermería Materno Infantil. MediSur. 2017.

- Torres Esperón M. Definición de funciones de enfermería por niveles de formación. Propuesta para el Sistema de Salud Cubano [tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2014.
- Schubert V. El Legado Histórico del modelo Nightingale Su estilo de Pensamiento y su Praxis. Revista Horizonte de Enfermería. 2014.
- Comité de lactancia materna de la Asociación Española de Pediatría. Manual de lactancia materna: de la teoría a la práctica. Madrid. Editorial Médica Panamericana, 2016.
- MINSA. Guía técnica para la Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación prenatal. Lima. 2014.
- ASPPO (Soc. Peruana de Psicoprofilaxis Obstétrica). Manual de Psicoprofilaxis Obstétrica, 3ra Ed. Lima: ASPPO. 2017.
- Secretaria de Salud, (2002). “Para la prevención y control de infecciones de trasmisión sexual”. Norma Oficial Mexicana de la Secretaria de Salud. NOM-039-SSA-2002.
- Lamaze Internacional. “El parto que deseas, natural, seguro y pleno” en revista Lamaze: Embarazo, nacimiento y mucho más. 2014.
- Jain, Obare, RamaRao y Askew, (2010). “Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva”. Reducción de las necesidades no satisfechas a través del apoyo a mujeres con necesidades satisfechas. Número especial (Junio 2014).

10.2. COMPLEMENTARIA

- <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/49.pdf>
- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462005000200006
- http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462004000200009
- <http://www.guiasalud.es/egpc/lactancia/completa/documentos/anexos/anexo3.pdf>
- https://www.unicef.org/ecuador/Manual_lactancia_materna_web_1.pdf

- https://www.aeped.es/sites/default/files/8-guia_prof_la_rioja.pdf
- https://www.ministeriodosalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/documentos/CLM_consejos_lactancia_materna_exitosa.pdf
- <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v60n2/a11v60n2.pdf>
- <http://www.cdi.salud.gob.mx:8080/BasesCDI/Archivos/Lactanciamaterna/cuidados.pdf>
- <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000315cnt-a11-nutricion-y-embarazo.pdf>
- https://www.sergas.es/docs/muller/VIIIPerinatal/Documentacion/5_Alimentacion_emb_puer_lm_Ana.pdf
- Bailey B, Daoust R, Doyon-Trottier E, Dauphin-Pierre S, Gravel J. Validation and properties of the verbal numeric scale in children with acute pain. *Pain*. 2010; 149: 216–22.
- <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4730383.pdf>
- <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4730383.pdf>
- <http://scielo.isciii.es/pdf/ars/v57n1/revision1.pdf>
- <http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v32n2/art6.pdf>
- <https://infogen.org.mx/paternidad/>
- <http://www.inper.mx/descargas/pdf/Elpadreenlaetapaperinatal.pdf>
- http://www.chospab.es/area_medica/obstetriciaginecologia/docencia/seminarios/2011-2012/sesion20111117_1.pdf
- <http://www.ingesa.mscbs.gob.es/fr/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Guaciudadosembarazo.pdf>
- Morales S. *La Psicoprofilaxis Obstétrica como eje de la prevención prenatal*, 1ª. ed. Lima: Cimagraf. 2004. 176.
- Morales S. *Psicoprofilaxis Obstétrica – Guía práctica*, 1ra. Ed. Lima: ASPPO. 2012.
- Morales S. *Psicoprofilaxis obstétrica c*
- <https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo2/CAP09.pdf>
- http://www.journalshr.com/papers/Vol%205_N%202/V05_2_a.pdf

- <https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/9092/CC119-art8.pdf;jsessionid=0B7FFC7575AD7BA728193E3338445DCE?sequence=1>
- <https://ruidera.uclm.es/xmlui/bitstream/handle/10578/9027/TESIS%20Sanabria%20Mart%C3%ADnez.pdf?sequence=1>
- <http://www.maternoinfantil.org/archivos/B64.PDF>
- Arufe, V. y col (2008). Ejercicio físico, salud y calidad de vida. Sevilla: Wanceulen.
- <http://files.sld.cu/enfermeria-pediatria/files/2011/03/lactancia-materna-generalidades-aplicacion-practica.pdf>

11. GLOSARIO

A

- **Aborto:** es la interrupción y finalización prematura del embarazo de forma natural o voluntaria, hecha antes que el feto pueda sobrevivir fuera del útero.
- **Amniocentesis:** Punción del amnios para obtener líquido amniótico.
- **Anamnesis:** Consiste en una conversación entre el médico y el paciente, durante la cual el médico realiza preguntas sobre la historia clínica, los hábitos de vida y los antecedentes familiares del paciente con el objetivo de establecer un diagnóstico.
- **Amnios:** Saco cerrado que envuelve y protege el embrión de los reptiles, aves y mamíferos, y que se forma como membrana extraembrionaria, llena de un líquido acuoso.
- **Analgesia:** Falta o supresión de toda sensación dolorosa, sin pérdida de los restantes modos de la sensibilidad.
- **Anestesia:** Son medicamentos que causan la pérdida de sensación, entre ellos el bloqueo del nervio pudendo, anestesia y analgesia epidural, anestesia y analgesia espinal, y anestesia general.
- **Anestesia epidural:** (También conocida como bloqueo epidural). Esta anestesia implica la infusión de medicamentos insensibilizadores a través de un catéter delgado que debe insertarse en el espacio que rodea a la médula espinal en la región lumbar y que causa la pérdida de sensación de la parte inferior del cuerpo.
- **Anestesia espinal:** Este tipo de anestesia implica inyectar una dosis única de agente anestésico directamente en el fluido espinal.
- **Anestesia general:** Este tipo de alivio del dolor implica administrar un agente anestésico que hace que la mujer se duerma. Este tipo de anestesia puede usarse en casos de partos por cesárea.
- **Antiálgico:** Que hace que un dolor o molestia sea menos intenso o desaparezca.

B

- **Bloqueo local:** Anestesia que se inyecta en el área perineal (el área entre la vagina y el recto) e insensibiliza el área para la reparación de un desgarro o episiotomía después de un parto.
- **Bloqueo del nervio pudendo:** Un tipo de anestesia local que se inyecta en el área de la vagina (afecta al nervio pudendo) y causa insensibilidad total en el área de la vagina sin afectar a las contracciones del útero.

C

- **Contacto:** Esto puede incluir masajes o caricias suaves para liberar la tensión. Una ducha o un baño con hidromasajes durante el trabajo de parto puede ser una forma eficaz de aliviar el dolor o tensión.
- **Contracciones:** Las contracciones (espasmos musculares uterinos) que se presentan en intervalos inferiores a diez minutos son una indicación de que comenzó el trabajo de parto. Las contracciones pueden volverse más frecuentes e intensas a medida que progresa el trabajo de parto.

D

- **Desnutrición:** Es la asimilación deficiente de alimentos por el organismo, conduce a un estado patológico de distintos grados de seriedad, de distintas manifestaciones clínicas.

E

- **Ecografía:** Es un tipo de imagen. Utiliza ondas sonoras de alta frecuencia para observar órganos y estructuras al interior del cuerpo.
- **Educación sexual:** Conjunto de actividades que se realizan en la escuela para que los chicos y las chicas, de acuerdo a sus edades, aprendan a conocer su propio cuerpo, asumir valores y actitudes responsables relacionadas con la sexualidad, conocer y respetar el derecho a la identidad, la no discriminación y el buen trato.

G

- **Gastrointestinal:** El sistema gastrointestinal está compuesto del estómago, el intestino delgado y el intestino grueso.

- **Ginecología:** Parte de la medicina que se ocupa del aparato genital femenino y sus enfermedades, incluidas las glándulas mamarias.

H

- **Hematocrito:** Volumen de los glóbulos rojos en la sangre en comparación al volumen de sangre total; se expresa como un porcentaje.
- **Hemoglobina:** Es una proteína globular, que se encuentra en grandes cantidades dentro de los glóbulos rojos e importancia fisiológica, para el aporte normal de oxígeno a los tejidos.

M

- **Meditación o pensamiento enfocado:** La meditación se enfoca en un objeto o tarea, por ejemplo, respirar ayuda a que la mente no sienta los malestares.

N

- **Nicturia:** Expulsión involuntaria de orina durante la noche.

O

- **Obstetricia:** Es una de las ramas de la medicina que se encarga del embarazo, parto y posparto, normal y patológico; abarcando también los aspectos psicológicos y sociales de la maternidad y concepción.

P

- **Pérdida del tapón mucoso:** Es posible que de la vagina se expulse una pequeña cantidad de mucosidad, mezclada con sangre. Esto indica que la mujer está en trabajo de parto.
- **Periodo del posparto:** También denominado puerperio, que es definido como el periodo que sigue inmediatamente al parto. Se clasifica en puerperio inmediato, mediato, alejado y tardío. Puerperio inmediato. Comprende las dos primeras horas posparto, y se ponen en juego los mecanismos hemostáticos uterinos.
- **Pirosis:** Se debe al reflujo del contenido gástrico ácido y, con frecuencia, puede ascender por el esófago.

- **Posicionamiento y movimiento:** Muchas mujeres sienten que cambiar de posición y moverse durante el trabajo de parto ayuda a aliviar el malestar e incluso puede acelerar el trabajo de parto.
- **Puerperio mediato:** Comprende desde las primeras 2 hasta las 48 horas posparto, en las que actúan los mecanismos involutivos.
- **Puerperio inmediato:** Se extiende aproximadamente hasta los 40 días después del parto, el retorno de la menstruación indica su finalización.
- **Puerperio tardío:** Puede llegar hasta los seis meses posparto, y se acompaña de una lactancia prolongada y activa.

R

- **Relajación:** Estas técnicas, como la relajación progresiva (en la que varios grupos de músculos se relajan en serie), pueden ayudar a una mujer a detectar la tensión y poder liberarla de una mejor forma.
- **Respiración:** Estas técnicas usan diferentes patrones y tipos de respiración para ayudar a que la mente no sienta los malestares.
- **Ruptura del saco amniótico:** El trabajo de parto comienza generalmente cuando sale el fluido amniótico de la vagina.

S

- **Seguridad:** Es la característica que debe acompañar a todas las acciones de intervención en las diferentes etapas del proceso de atención, por lo que requiere un enfoque proactivo de las organizaciones para minimizar los riesgos de cada una de estas intervenciones.

T

- **Terapia de calor o frío:** Esto se usa para ayudar a relajar las áreas tensas o adoloridas, por ejemplo, con una toalla caliente o una compresa fría.
- **Trabajo de parto:** El trabajo de parto es una serie de contracciones progresivas y continuas del útero que ayudan a que se abra (dilata) y afine (vuelva más delgado) el cuello del útero para permitirle al feto pasar por el canal de parto.

U

- **Urocultivo:** Es el cultivo de orina para diagnosticar infección sintomática del tracto urinario o infección asintomática (bacteriuria asintomática) en pacientes con riesgo de infección.

V

- **Visualización:** Estas técnicas usan la mente para formar imágenes mentales que ayuden a crear sentimientos relajados.

12. ANEXOS

Figura 1. Maniobras de Leopold



Primera maniobra



Segunda maniobra



Tercera maniobra



Cuarta maniobra

Figura 2. Posiciones para amamantar



RUGBY



CUNA



CABALLITO



BIOLÓGICA



ACOSTADA

Figura 3. Ejercicios para mejorar la circulación



Sentada, con las piernas estiradas y paralelas. Extiende y flexiona los dos pies. Repite 15 veces con cada pie.



Sentada, con las piernas estiradas y separadas en 45°. Realiza con los tobillos movimientos circulares amplios. Repite 30 veces en cada sentido.



Boca arriba, piernas estiradas y paralelas. Levanta una pierna a la vez que coges aire y una vez arriba haz movimientos circulares con el pie. Desciende la pierna mientras expulsas el aire. Repite 5 veces con cada pierna.



Boca arriba, piernas estiradas y paralelas. Levanta la pierna flexionando la rodilla 90° mientras inspiras lentamente y vuelve a bajarla mientras espiras. Repite 5 veces con cada pierna.

Figura 4. Ejercicios para mejorar la flexibilidad



Sentada en posición hindú, apoya las manos en los tobillos e intenta llegar con las rodillas al suelo. Repite el ejercicio 10 veces.



Boca arriba y piernas flexionadas. Levanta la pelvis mientras inspiras. Retén el aire mientras contraes nalgas y abdomen. Baja la pelvis hasta el suelo mientras espiras. Repite el ejercicio 10 veces.



Sentada sobre los talones. Llevar el tronco hacia delante hasta apoyar la cabeza en el suelo estirando los brazos. Repite el ejercicio 10 veces.

Figura 5. Ejercicios para mejorar los pectorales



Sentada en posición hindú, flexiona los brazos, sujeta las muñecas y realiza fuerza intentado acercar las manos hacia los codos opuestos. Repite el ejercicio 30 veces.



Sentada en posición hindú, estira los brazos hacia atrás con las manos entrelazadas. Intenta levantar los brazos sin soltarte. Repite el ejercicio 15 veces.



Sentada en posición hindú con las palmas de las manos juntas, presiona fuertemente. Repite el ejercicio 10 veces.

Figura 6. Pasos para realizar ejercicio de Kegel

