



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DURANTE EL PERÍODO
DE PUERPERIO INMEDIATO EN LA CLÍNICA
MUNICIPAL “JULIA ESTHER GONZÁLEZ DELGADO”
DE LA CIUDAD DE LOJA DURANTE EL PERIODO
MARZO 2009- JULIO 2011

*Tesis previa a la obtención del
grado de Licenciada en Enfermería*

AUTORA:

Lorena Cecibel Morocho Córdova

DIRECTORA:

Lic. Mg. Maura Guzmán

Loja-Ecuador

2009-2011

CERTIFICACIÓN

Lcda. Mg. Sc. Maura Guzmán

DOCENTE DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

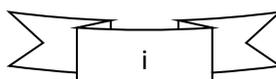
CERTIFICA:

Certifico que he dirigido el proceso de elaboración de tesis de licenciada en Enfermería presentado por la estudiante Lorena Cecibel Morocho Córdova con el tema: **ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DURANTE EL PERIODO DE PUERPERIO INMEDIATO EN LA CLÍNICA MUNICIPAL “JULIA ESTHER GONZÁLES DELGADO” DE LA CIUDAD DE LOJA DURANTE EL PERIODO MARZO 2009 – JULIO 2011**, dicha tesis cumple con todos los requisitos establecidos en el reglamento de Régimen Académico por lo que autorizo su presentación ante el respectivo tribunal de graduación.

Loja, 23 de Junio del 2011

Lcda. Mg. Maura Guzmán

DIRECTORA DE TESIS



AUTORÍA

Todas las ideas, conceptos y apreciaciones del presente trabajo de investigación campo, el procesamiento de la información, las conclusiones y recomendaciones son de absoluta responsabilidad del autor.

Lorena Cecibel Morocho Córdova

DEDICATORIA

Dedico esta investigación a Dios, porque ha estado conmigo a cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar, con mucho cariño y amor sincero, a mis seres queridos, a mi hijo **Joel**, a mi esposo **Geovanny**, a mi madre **Orfa** y hermanos, por su apoyo incondicional durante mi periodo de formación

Lorena Cecibel Morocho Córdova

AGRADECIMIENTO

Al Culminar el presente trabajo de investigación, dejo constancia de mi agradecimiento en la siguiente forma:

A la Universidad Nacional de Loja, que me brindó la oportunidad de obtener una profesión a través de sus docentes.

Al Área de la Salud humana, Carrera de Enfermería, porque en sus aulas me forme con la guía de sus excelentes maestros, para servir a la Salud Humana de mi provincia y de la Patria.

A la Licenciada Maura Guzmán, Mg, Sc, por su paciencia y oportuna orientación en el Desarrollo de la presente investigación.

ÍNDICE

CERTIFICACIÓN.....	i
AUTORÍA.....	ii
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
ÍNDICE.....	v
CAPITULO I	
RESUMEN.....	vii
SUMARY.....	ix
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO II	
MARCO REFERENCIAL.....	5
CAPITULO III	
METODOLOGÍA.....	38
CAPITULO IV	
RESULTADOS.....	40

CAPITULO V	
DISCUSIÓN.....	49
CAPITULO VI	
CONCLUSIONES.....	51
CAPITULO VII	
RECOMENDACIONES.....	53
CAPITULO VIII	
BIBLIOGRAFÍA.....	54
ANEXOS	

RESUMEN

El Puerperio inmediato es donde suceden, transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional, que hacen regresar todas las modificaciones gravídicas, debemos destacar que la glándula mamaria experimenta un gran desarrollo.

“Esta etapa se caracteriza por ser un periodo crítico ocurren cambios y riesgo de complicaciones, El 45% de mortalidad se producen dentro de las 24 horas y Más del 90% ocurren en países en desarrollo”¹

Por ser un tema muy importante me he planteado la siguiente investigación Atención de Enfermería durante el periodo de puerperio inmediato en la Clínica Municipal “Julia Esther González Delgado” de la Ciudad de Loja durante el periodo Marzo 2009-Julio 2011.

El estudio es descriptivo, se aplicó una encuesta y posteriormente la observación directa al personal de enfermería.

La muestra es 13 enfermeras y 5 auxiliares de enfermería obteniéndose los siguientes resultados. Las enfermeras conocen sobre el tiempo que dura el puerperio inmediato el 69,23% y las Auxiliares de enfermería conocen el 80%, de las enfermeras el 100% controla fondo de útero , signos vitales y el 92,31 sangrado genital y diuresis, equimosis el 61,53% ingesta y eliminación y defecación el 38,46% ,el 100% controla higiene y estado de la episiografía, el 84,62% educa sobre lactancia y técnicas de amamantamiento y 38,46% valoración de las mamas, mientras que el personal auxiliar de enfermería el 100% controla altura uterina, signos vitales y sangrado genital control de episiografía 80% , controla la diuresis, ingesta y eliminación, equimosis el 40% defecación no controla en un 100%, 80% realiza higiene perineal el 60% brinda educación de lactancia, el 80% técnicas de lactancia y valoración de las mamas el 60%.

¹<http://www.anatomia.tripod.com/gineco.htm><http://www.youtube.com/watch?v=CvCAR0-Af>.

Las enfermeras y Auxiliares de enfermería hacen deambular a la paciente en el periodo considerado normal que es de 4 a 8 horas en un 100%.

Para la información se utilizó la estadística y se presenta en tablas simples que han sido analizadas con la teoría científica seleccionada para el efecto.

Finalmente en base a los resultados más sobresalientes se elaboró una guía de atención de enfermería en el puerperio inmediato

SUMARY

Puerperio is the period in which take place, progressive transformations of anatomical and functional, this is achieved by means of a process that has as end to restore these modifications to its state. We should highlight that alone the mammary gland experiences a great development.

This stage is also characterized to be a critical period they happen changes and a high risk of complications Alteration in the well-being for pain pubic supra related with loss of integrity, high hemorrhage risk related with uterine atony in the first hour of the immediate puerperio, potential Risk of severe hypotension and taquicardia related with the sanguine deficit, generated likewise during the childbirth and the puerperio the mammary glands experiences a great development.

This stage is also characterized to be a critical period they happen changes and a high risk of complications the 45% deaths post-childbirth takes place in the 24 hours. More than 90% of the maternal deaths.

To be a very important topic I have thought about the following investigation Attention of Infirmiry during the Period of immediate Puerperio in the Municipal Clinic "Julia Esther González" of the City of Loja during the period March 2009- Julio 2011.

The Estudyn of descriptive, qualitative, quantitative and prospective type you applies a structured survey and later on the indirect observation to each infirmiry professional that works in that institution.

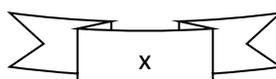
The sample 13 professional nurses and 5 infirmiry assistants. Of which it was obtained the following results the infirmiry Puerperio is the period countries 69,23% the nurses auxiliary countries 80%. nurses and the 100% high hemorrhage the 61,53%Control of Height of Fund of Uterus the vital signs 92.31, Bled vaginal Uterus the hemorrhage the 61,53 Control of

Height of Fund of Uterus 40% in an opportune way and with form the doctor indicates being given this way that auxiliary countries the 100% Control of Height of Fund of Uterus the vital signs the Bled vaginal the hemorrhage the 80% Control of Height of Fund of Uterus the 40% the defecation Control not 100%, 80% Height of perineum the 60% toast the education lactancia the realize hygiene perineal el 60% brinda education the de lactation, the 80% technique the lactation of value the breast the 60%.

The nurse the and the nurses auxiliary to do deambular a la patient en el period countries standard wath this the 4 a 8 fourt and 100%.

For the prosecution of the information you uses the statistic and he/she shows up in simple charts that have been analyzed in the mark of the scientific theory selected for the effect.

Finally based on the most excellent results you plans the development of a protocol of attention of Infirmary in the immediate puerperio.



INTRODUCCIÓN

Esta investigación se refiere a la Atención de Enfermería durante el periodo de puerperio inmediato en la Clínica Municipal “Julia Esther González Delgado” de la Ciudad de Loja durante el periodo Marzo 2009-Julio 2011.

Estudio que se realiza debido a que con el “puerperio inmediato finaliza el proceso reproductivo y se da inicio nuevamente a la etapa preconcepcional de la mujer que se encuentra en edad fértil, en este período de tiempo comprendido durante las primeras 24 horas hay importantes cambios como el inicio de la normalización de los órganos de la reproducción donde se observan importantes modificaciones anatómicas, fisiológicas y psicológicas en donde la mujer presenta un período de conducta dependiente . La puérpera se centra en sí misma, expresa su necesidad de alimentación y descanso. Se siente aliviada de la experiencia del parto y manifiesta una conducta pasiva y dependiente, también hay una transición de dependencia a independencia donde amplía el alcance mental para incluir otras actividades.”²

Esta etapa también se caracteriza por ser un periodo crítico ocurren cambios y un alto riesgo de complicaciones alteración en el bienestar por dolor supra púbico relacionado con pérdida de integridad, alto riesgo de hemorragia relacionado con atonía uterina en la primera hora del puerperio inmediato, riesgo potencial de hipotensión severa y taquicardia relacionados con el déficit sanguíneo, generado durante el parto y el puerperio así mismo las glándulas mamarias experimentan un gran desarrollo.

Si no se tiene el debido tratamiento y cuidado puede elevarse la tasa de mortalidad en este tipo de pacientes.

² Dr. Jaime Botero Uribe ; Dr. Alfonso JúbizHasbún; y Dr. Guillermo Henao , Obstetricia y ginecología , texto integrado , 6 Edición , impresión QuebecorWorld Bogotá S.A. 2000.

“En 2010, investigadores de la Universidad de Washington y la Universidad de Queensland en Brisbane, Australia, estima que la mortalidad materna global en 2008 a 342.900 (frente a 526.300 en 1980), de los cuales menos del 1% se produjeron en el mundo desarrollado . Sin embargo, la mayoría de estas muertes han sido médicamente prevenibles durante décadas, como los tratamientos para evitar esas muertes han sido bien conocidos desde la década de 1950.”³

“De acuerdo al SIISE16, se trata de un indicador de resultado que refleja la atención que la sociedad otorga al cuidado de la salud de las mujeres durante su edad fértil, permitiendo evaluar la calidad de atención de salud antes, durante y después del parto. Refleja, por un lado, el acceso de las mujeres embarazadas a los servicios de salud y al personal debidamente calificado y, por otro, la situación nutricional de la madre, especialmente la presencia de anemia durante el embarazo.

Para el caso del Ecuador, se indica que la anemia en el embarazo, el analfabetismo, el bajo nivel social y económico de la mujer, la violencia intrafamiliar, la falta de garantías para ejercer su pleno derecho a la libre elección sexual y reproductiva, el acceso limitado a programas de información, educación y comunicación, y las dificultades prácticas, restricciones económicas, geográficas, sociales y culturales para acceder a servicios específicos de calidad (tanto de salud como sociales), son factores, entre otros, que contribuyen a mantener los altos niveles de morbimortalidad materna”⁴.

Con todos estos antecedentes el Ministerio de Salud pública implementado programas de salud.

Entre estos Apoyar la aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita continuando con el pago por las prestaciones brindadas tanto en las Unidades del MSP, como en aquellas que han realizado convenios de

³ <http://www.anatomia.tripod.com/gineco.htm><http://www.youtube.com/watch?v=CvCAR0-Af>.

⁴ Sistema Integrado de Indicadores Social del Ecuador

gestión y fomentar la participación de los Comités de Gestión Local. Para disminuir la mortalidad materna.

En vista de todos estos conocimientos y complicaciones. Es importante reconocer que en las instituciones de salud el personal de enfermería es un potencial muy importante en el cuidado de la mujer.

Por lo tanto consiente del rol que desempeñan las profesionales de enfermería en la sociedad pongo a consideración el presente trabajo de investigación el cual va encaminado a conocer la atención de enfermería durante el período de puerperio inmediato en la clínica municipal “Julia Esther González Delgado” de la ciudad de Loja, durante el período Marzo 2009-Julio 2011.

El presente trabajo se enmarco en la investigación de tipo descriptivo, se aplicó una encuesta estructurada y posteriormente la observación directa a cada profesional de enfermería que labora en esa institución con el objetivo general de determinar la atención de enfermería durante el período de puerperio inmediato en la clínica Municipal “Julia Esther González Delgado” de la ciudad de Loja durante el mes de Marzo del 2009 –Julio 2011 Y como objetivos específicos.

1) Determinar los conocimientos que tiene el personal de enfermería que labora en la clínica, 2) Identificar los cuidados de enfermería en la atención del puerperio inmediato a las pacientes de la clínica municipal “Julia Esther González Delgado de la Ciudad de Loja. 3) Elaborar una guía de atención de enfermería en el puerperio inmediato.

La muestra es 13 enfermeras y 5 auxiliares de enfermería obteniéndose los siguientes resultados. Las enfermeras conocen sobre el tiempo que dura el puerperio inmediato el 69,23% y las auxiliares de enfermería conocen el 80%, de las enfermeras el 100% controla fondo de útero,

signos vitales y el 92,31 sangrado genital y diuresis, equimosis el 61,53% ingesta y eliminación y defecación el 38,46% ,el 100% controla higiene y estado de la episiorrafia, el 84,62% educa sobre lactancia y técnicas de amamantamiento y 38,46% valoración de las mamas, mientras que el personal auxiliar de enfermería el 100% controla altura uterina, signos vitales , sangrado genital y el 80% controlan el estado de la episiorrafia, la diuresis, ingesta y eliminación, equimosis controlan el 40% la defecación no controlan en un 80% realiza la higiene perineal y técnicas de lactancia en un 60% brinda educación de lactancia y valoración de las mamas . Las enfermeras y Auxiliares de Enfermería hacen deambular a la paciente en el periodo considerado normal que es de 4 a 8 horas en un 100%.

Para el estudio fue necesario recurrir a la revisión bibliográfica científica relativa al tema así mismo los resultados obtenidos se presenta en tablas estadísticas las mismas que han sido analizadas tomando en cuenta el marco teórico finalmente se presentan conclusiones de acuerdo a lo encontrado en la investigación realizada, la misma que servirá de guía como fuente de información para las futuras generaciones.

MARCO
REFERENCIAL

3.- MARCO TEÓRICO

CAPITULO 1 PUERPERIO INMEDIATO

EL PUERPERIO



Definición.- “Es el período en el que se producen, transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional, que hacen regresar paulatinamente, todas las modificaciones gravídicas, esto se logra mediante un proceso involutivo, que tiene como fin restituir estas modificaciones a su estado pregravido. Debemos destacar que solo la glándula mamaria experimenta un gran desarrollo. Este período se extiende convencionalmente desde la finalización del período de post alumbramiento (T. de parto) hasta 45-60 días del pos parto.”⁵

ETAPAS DEL PUERPERIO

a) Puerperio Inmediato.- Comprende las primeras 24 horas. y se ponen en juego los mecanismos hemostáticos uterinos.

b) Puerperio Mediato o Propiamente Dicho.- Abarca del 2do al 10mo día, actuando los mecanismos involutivos, y comienza la lactancia.

⁵ Mauricio Sierra y Carolina Márquez , atención a las paciente en el puerperio inmediato ,2004 .www.mauriciosierra.com

c) Puerperio Alejado.-Se extiende aproximadamente hasta los 45 días luego del parto, el retorno de la menstruación indica su finalización.

d) Puerperio Tardío: Puede llegar hasta los 6 meses pos- parto y se acompaña de una lactancia prolongada y activa

FISIOLOGÍA DEL PUERPERIO INMEDIATO

Aparato genital: “La cavidad uterina está cubierta por restos de decidua esponjosa con vasos escasamente sangrantes, los loquios en los primeros días de este periodo mantienen características hemáticas. El lecho cruento que cubre la cavidad uterina comienza a secretar un material serofibrinoso que forma una capa sobre él, en el límite entre decidua esponjosa y vasal aparece un infiltrado leucocitario (con predominio de Neutrófilos), también aparece un infiltrado perivascular, hialinización de las paredes de los vasos y trombos endoluminales, estos mecanismos contribuyen a disminuir las pérdidas sanguíneas.”⁶

Paulatinamente aumenta el contenido seroso de los loquios, producto del trasudado de la superficie endometrial y por desemmatización del cérvix y vagina, al cuarto o quinto día los loquios se convierten en serohemáticos con contenido leucocitario y células descamadas de cérvix y vagina, los loquios nunca deben presentar olor fétido.

En el miometrio las fibras musculares hipertrofiadas vuelven a su tamaño normal, las fibras neoformadas sufren una degeneración hialina, esto se manifiesta clínicamente con una disminución de la altura uterina a una velocidad de 1–2 cm. / d. En el Puerperio Inmediato en este periodo el esfuerzo orgánico, está destinado a lograr la hemostasia uterina.

“En el alumbramiento, se produce el desprendimiento y expulsión de la placenta y membranas ovulares, éste se produce a nivel del límite entre

⁶ Mauricio Sierra y Carolina Márquez , atención a las paciente en el puerperio inmediato ,2004 .www.mauriciosierra.com

decidua compacta y esponjosa y queda en el útero un lecho esponjoso con vasos sangrantes la capa basal del endometrio tiene una irrigación propia que evita los procesos necrobióticos que experimentan las capas superiores.”⁷

Para una eficaz hemostasia se ponen en juego 2 mecanismos:

- **La retractilidad:** fenómeno permanente y pasivo que consiste en un acortamiento definitivo de la fibra muscular uterina.
- **La contractilidad:** fenómeno intermitente y activo, que consiste en el acortamiento temporario de la fibra muscular uterina.

PLACENTA Y DECIDUA BASAL (SUS CAPAS)

Ambos fenómenos en conjunto provocan la compresión y oclusión vascular que se denominan Ligaduras Vivientes de Pinard.

Clínicamente palpamos un útero de consistencia dura elástica, de limites bien definidos que se denomina "Globo de Seguridad de Pinard", periódicamente adquiere una consistencia dura leñosa que provoca dolor, denominados "Entuertos", el fondo uterino se ubica aproximadamente a nivel umbilical.

La hemostasia lograda no es total, se pierden pequeñas cantidades de sangre rojo rutilante, acompañada de restos de decidua esponjosa, lo que se elimina por genitales luego del parto se denomina "Loquios", en las primeras 24 Hs. estos son hemáticos, y se pierden aproximadamente 500 centímetros de sangre.

⁷ Mauricio Sierra y Carolina Márquez , atención a las paciente en el puerperio inmediato ,2004 .www.mauriciosierra.com

DECIDUA BASAL LUEGO DEL DESPRENDIMIENTO PLACENTARIO.

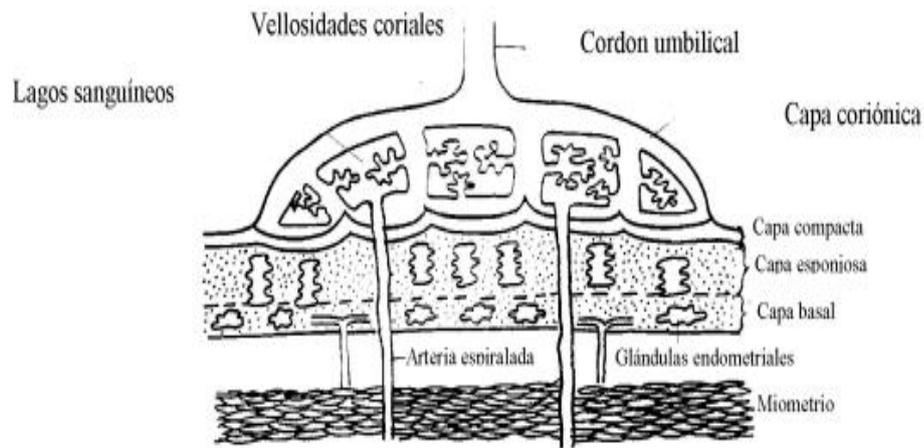


Fig. 1 – Placenta y Decidua Basal (sus capas)

En este período aparecen episodios de chuchos, escalofríos y palidez cutánea generalizada, estos pueden durar minutos o prolongarse, existen tres mecanismos fisiológicos que tratan de explicar estos fenómenos.

1.-Disminución del aporte sanguíneo a nivel periférico que provoca palidez y frío, que trata de compensarse con temblor.

2.-Los vasos sangrantes de la decidua esponjosa, son puertas de entrada para gérmenes, que provocan una bacteriemia que se acompaña de temblores y escalofríos.

3.-El pasaje al torrente sanguíneo de tejido trofoblástico, y sangre fetal provocan los temblores y escalofríos.

“A nivel cardiovascular hay disminución del retorno venoso con disminución de la frecuencia y gasto cardíaco, esto se debe a la importante dilatación de la red venosa abdominal; otra explicación para la bradicardia es una descarga vasal por depleción brusca del abdomen; la

presencia de taquicardia nos debe hacer pensar en una anomalía. La tensión arterial se maneja dentro de parámetros normales.”⁸

La temperatura corporal puede ser normal o existir una elevación brusca que llega hasta los 38° C, este ascenso obedece a los mismos mecanismos que los chuchos y escalofríos y suele darse generalmente en pacientes con partos distócicos

Otros aparatos:

Piel y mucosas: Desaparece la hiperpigmentación cutánea, las estrías pasan de un color rojizo a un tinte nacarado definitivo, desaparecen los hematomas subconjuntivales, las petequias y las hemorragias capilares originadas por los pujos.

Tejido mioconjuntivo: La pared abdominal presenta un estado de flacidez, los músculos rectos del abdomen experimentan distintos grados de diástasis, si la separación llega hasta la sínfisis pubiana, la misma se considera definitiva.

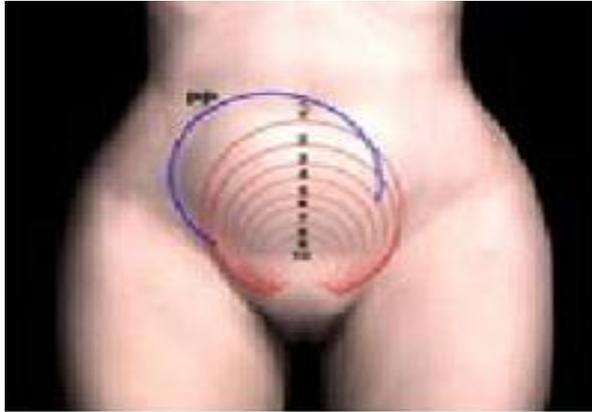
Aparato urinario: La vejiga y la uretra se desematizan facilitando la micción, pero en ocasiones la hiperdistensión de la musculatura pelviana, las lesiones vesicales y la relajación vesical pos parto, pueden inhibir el reflejo miccional favoreciendo la retención urinaria, estos hechos desaparecen al final de este período.

Aparato digestivo: Los órganos digestivos vuelven a su posición normal y retoman su normal fisiología, durante los primeros días suele haber una hiperdistensión intestinal con disminución del peristaltismo, apareciendo cuadros de constipación que deben retrogradar espontáneamente.

⁸ Dr. Jaime Botero Uribe ; Dr. Alfonso JúbizHasbún; y Dr. Guillermo Henao , Obstetricia y ginecología , texto integrado , 6 Edición , impresión QuebecorWorld Bogotá S.A. 2000

Aparato respiratorio: la respiración se normaliza, vuelve a ser abdominal y desaparece la alcalosis respiratoria.

CAMBIOS ANATÓMICOS FISIOLÓGICOS EN EL PUERPERIO



Útero

“El útero, durante la gestación hay aumentó de tamaño de 30-40 veces, vuelve a sus condiciones normales, por un proceso llamado involución uterina. Al principio del puerperio tiene unos 20 cm de largo, 12 cm de ancho y un espesor de 8-9 cm. El espesor de la pared del cuerpo es de 4-5 cm. Después de pocas horas del parto, el fondo del útero sube al nivel del ombligo, para volver a bajar a su posición normal después de pocos días.”⁹

Es un órgano que durante el puerperio presenta los fenómenos más llamativos, que se conoce como involución, recibe este nombre porque existe una regresión durante la cual se produce una recuperación del tamaño hasta alcanzar el que tenía antes del embarazo. Al finalizar la primera semana alcanza un peso de 500 gramos.

⁹ Dr. Jaime Botero Uribe ; Dr. Alfonso JúbizHasbún; y Dr. Guillermo Henao , Obstetricia y ginecología , texto integrado , 6 Edición , impresión QuebecorWorld Bogotá S.A. 2000

Tiene lugar un proceso un proceso autolítico por medio del cual las proteínas del musculo se desintegran y se eliminan por los riñones, esta es la explicación del aumento del nitrógeno urinario, la disminución del útero es de 1 cm aproximadamente. El sitio de la inserción placentaria presenta una superficie irregular los bordes están levantados y los sinusoides se encuentran trombosados, cuando esta zona no sufriera los cambios involutivos normales puede ocurrir una hemorragia tardía, la capa superficial de la decidua se necrosa en los primeros días y junto con los leucocitos y el suero forman los loquios. La otra parte de la decidua que está en contacto con las glándulas endometriales es la responsable de la regeneración del endometrio. Los loquios tienen un aspecto hemorrágico durante las primeras 48 horas luego toman un color rosado persiste hasta el séptimo día cuando son blanquecinos.

Involución

El progreso de la involución se determina valorando la altura y consistencia del fondo uterino y el carácter y cantidad de los loquios se debe hacer cada cuatro a ocho horas.

Fondo: la altura de fondo disminuye cerca de 1cm, o el ancho de un dedo al día a los diez días después del parto ya no se puede palpar el fondo desde el abdomen. La consistencia del mismo debe ser firme, con forma redondeada y lisa. Cuando el fondo esta suave y poco firme, indica atonía o su involución. Para valorar el fondo con precisión es necesario que la vejiga este vacía, ya que de lo contrario desplazara al útero y elevara la altura del fondo.

Loquios: el carácter y la cantidad de los loquios indican en forma indirecta el progreso de cicatrización del endometrio. En los procesos de cicatrización normales, la cantidad de loquios disminuye en forma gradual experimentando cambios característicos de color, que reflejan disminución

de los componentes sanguíneos en el flujo loquial. La cantidad de loquios varía de una a otra persona y en general son más profusos en múltiparas. Los loquios pueden incrementarse cuando se inicia la ambulación en etapas tempranas, debido al estancamiento vaginal y al aumento de contracciones uterinas. Para valorar el volumen de loquios con precisión se siguen normas preestablecidas.

“CARACTERÍSTICAS DE LOS LOQUIOS

	ASPECTO	APARICIÓN	CONTENIDO
ROJOS	Color rojo oscuro (similar a la regla).	Durante los 2-3 primeros días.	Células epiteliales, leucocitos, eritrocitos, residuos de decidua y, ocasionalmente, meconio, lanugo y unto sebáceo.
SEROSOS	Color sonrosado y aspecto serosanguinolento.	Entre los 3-10 días.	Exudado seroso, residuos de decidua en degeneración, eritrocitos, leucocitos y numerosos microorganismos.
BLANCOS	Blanco amarillento	A partir de los diez días	Principalmente leucocitos.

Los loquios tienen color rojo oscuro (rojo) del primero al tercer día después del parto y en general se producen en cantidades moderadas. En el cuarto día suelen adquirir apariencia serosa y color rosado (seroso) y el flujo disminuye. Transcurrida de una semana a 10 días, los loquios se hacen blancos amarillentos (blancos) y el flujo escasea.

Los loquios albos persisten hasta cerca de tres semanas después del parto, lo que indica el progreso normal de la cicatrización. Cuando se

vuelve a observar sangre fresca y roja después de que los loquios han pasado por la etapa serosa o blanca, puede ser un indicio de infección o hemorragia retrasada.

Los loquios tienen un olor similar al flujo menstrual normal y no deben tener olor desagradable o apestar. Los loquios rojos abundantes, persistentes y de mal olor, en especial cuando están acompañados de fiebre, indican infección potencial o retención de fragmentos de la placenta. Cuando los loquios serosos o blancos continúan produciéndose más allá del periodo normal, la secreción es café y maloliente, hay fiebre y dolor abdominal, es muy probable que la mujer tenga endometritis

Distensión vesical: “al llenarse la vejiga de orina en forma gradual sobresale por encima de la sínfisis del pubis y se observa como un alumbramiento en la parte frontal del útero, cuando la vejiga está muy distendida, empuja al útero hacia arriba y a un lado y causa relajamiento del fondo. Al colocar la mano por encima del fondo para dar masaje y hacer que regrese a la línea media, se detecta la vejiga de manera más clara. Al retirar la mano, el fondo regresa a la posición de desplazamiento. Otros signos de distensión vesical incluyen una micción inicial de menos de 300ml, aumento del flujo de loquios, y un ruido mate en vez de timpánico al percutir el área suprapúbica

Cérvix

Después del parto, el cérvix se colapsa y apenas tiene tono; apariencia suave y edematoso y presenta laceraciones pequeñas y múltiples puede admitir dos dedos y tiene aproximadamente 1cm de espesor. A las 24 horas se acorta con rapidez y se hace más firme y grueso el orificio cervical se cierra de modo gradual hasta quedar de 2 o 3 cm a los pocos días y a las semanas tiene una dilatación de 1 cm. El examen histopatológico inmediato al parto revela edema y hemorragia casi generalizada el epitelio endocervical queda casi intacto, con algunas

aéreas de denudación parcial. Desde el cuarto día se produce regresión de la hipertrofia glandular e hiperplasia del embarazo y reabsorción de la hemorragia intersticial, la involución cervical prosigue más allá de las seis semanas, y el edema entorno a la infiltración celular persiste hasta 3 o 4 meses.

Cuando se examina el cérvix con un colposcopio (instrumento que se asemeja al microscopio, de amplificación baja y tipo binocular, con diseño para adaptarse al espejo y observar con cuidado el cérvix) se detectan ulceraciones, laceraciones equimosis y aéreas amarillas varios días después del parto.

Estas lesiones que en general miden menos de 4mm, se ven con mayor frecuencia en primíparas. Al repetir el examen 6 o 12 semanas después, se suelen observar cicatrización completa, esto indica el rápido proceso de reepitelización del tejido lesionado las laceraciones cervicales sanan por proliferación de fibroblastos. Se produce retracción variable del epitelio columnar en eversión (ectropión), que comienza desde principios del periodo postparto. No todos los cuellos uterinos recuperan la apariencia que tenían antes del embarazo; algunos conservan más ectropión y el orificio en general, se ensancha y puede adquirir forma de ranura transversal. En ocasiones queda más abierto, cuando se producen laceraciones con percusión.

Vagina y Perineo

La vagina esta lisa, con inflamación y poco tono después del parto. A las tres semanas, la vascularidad, edema e hipertrofia que se produjeron por el embarazo y el parto se reducen de manera notable.

“Cuando examinan al microscopio frotis de células vaginales de observa que el epitelio tiene apariencia atrófica hasta la 3 o 4 semana, pero

recupera su índice correcto de estrógenos de 6 a 10 semanas después del parto la relativa deficiencia de estrógenos contribuye a la mala lubricación vaginal y a la disminución de la congestión, lo que reduce la respuesta sexual en el puerperio. La porción inferior de la vagina en general tiene laceraciones superficiales múltiples de este periodo; las primíparas pueden presentar pequeños desgarros de la fascia y la musculatura subyacente. La mayor parte se resuelve 6 semanas después del parto.

Las rugosidades vaginales reaparecen en la 4 semana pero la vagina puede quedar plana de manera permanente. Tras el parto, las rugosidades dejan de ser tan gruesas como en las nulíparas. La mucosa vaginal se engruesa cuando los ovarios vuelven a funcionar y con frecuencia permanece atrófica en mujeres lactantes, hasta que se inicia la menstruación.

Inmediatamente el parto el introito tiene apariencia edematosa. Si hay laceraciones o se efectuó episiotomía, estas características se exageran en el área de reparación. En ausencia de infecciones o hematomas el introito sana con rapidez.

La mayor parte de las mujeres no experimentan dolor en el perineo después de un mes del parto, aunque puede persistir incomodidad hasta las 6 semanas. Más de la mitad de las mujeres reanudan las relaciones sexuales a los dos meses y el tiempo medio para que estas sean agradables es de tres meses después del parto. El retraso en la restauración del perineo, la integridad del introito y la persistencia de incomodidad más allá del tiempo medio se asocia a laceraciones vaginales, parto con fórceps, edema del perineo que dura más de 4 días después del parto e infecciones vaginales.”¹⁰

¹⁰ J.Reeder Sharon,L Martin Leonide, Koniak Deborah ,ENFERMERÍA MATERNO INFANTIL, 17ª edición, Editorial Interamericana, México

Trompas de Falopio

Los cambios histológicos en las trompas de Falopio indican una reducción del tamaño de las células secretorias, reducción de tamaño y número de células ciliadas y atrofia del epitelio tubario. Transcurridas de 6 a 8 semanas, el epitelio alcanza el estado de fase folicular temprana del ciclo menstrual. Se produce inflamación transitoria no bacteriana de las luces tubarias, la cual aparece en el cuarto día.

Los ligamentos que detienen el útero, a los ovarios y a las trompas de Falopio, que también experimentaron, gran tensión y elongación, se relajan después del parto. Se requiere mucho tiempo para que regrese a su tamaño y posición normales.

Apoyo pélvico muscular y de las fascias

Las estructuras musculares y la fascia de apoyo para el útero y la vagina pueden lesionarse durante el parto. Dicha lesión produce relajación pélvica, debilitamiento elongación de las estructuras de apoyo del útero, la pared vaginal, el recto, la uretra y la vejiga. Aunque es posible que se produzca relajación de las estructuras pélvicas en mujeres que aún no paren ni tienen actividad sexual esto con frecuencia, es el resultado posterior de lesiones durante el proceso de parto. Los síntomas y signos de relajación pélvica en general se producen cerca de la menopausia, cuando se llevan cambios atróficos en la fascia y los efectos tónicos de los estrógenos en los tejidos pélvicos disminuyen.

Los tipos más comunes de relajamiento pélvico incluyen rectocele, enterocele, prolapso uterino uretrocele y cistocele. Estos defectos se deben a la distensión y separación de los macizos musculares, a laceraciones de la fascia y a elongación y rotura de las estructuras de apoyo y tienden a progresar con el transcurso del tiempo.

Los músculos pélvicos son vitales para mantener la continencia urinaria cuando hay aumento repentino de presión intraabdominal, como ocurre al toser o estornudar. Los diversos músculos pélvicos voluntarios se combinan con el músculo liso de la uretra para mantener la continencia en mujeres con tono muscular intacto.

Los partos sucesivos producen mayor riesgo de relajación de los músculos pélvicos. Las que tuvieron mayor fuerza muscular pélvica antes del parto, tienden a conservarla tras el parto vaginal, las mujeres que practican ejercicios musculares pélvicos muestran más recuperación de la fuerza de los músculos pélvicos que las que no lo llevan a cabo. El primero en recomendar los ejercicios para ayudar a restaurar el tono muscular pélvico y vaginal fue Kegel. La eficacia de los mismos la apoyan estudios posteriores.

Pared abdominal

Durante la gestación y como consecuencia de la marcada distensión de la pared abdominal, las fibras elásticas de la piel sufren una ruptura que ocasiona la presencia de las estrías. Estas no desaparecen y aun cuando cambian de color persisten como un estigma del embarazo.

La piel recupera su elasticidad con el transcurso del tiempo, aunque las estrías persisten a causa de la rotura de las fibras elásticas del cutis. Las estrías se hacen menos notables por su apariencia de plata. El proceso de involución de las estructuras abdominales requiere por lo menos 6 semanas las paredes abdominales recuperan su tono muscular y de manera gradual regresan al estado original, al tono que tenían antes del embarazo y depende del ejercicio y de la cantidad de tejido adiposo. Sin embargo, cuando estos músculos se distienden en exceso o pierden su tono, se produce una notable separación o diastasis de los músculos rectos, de manera que estos no dan el apoyo necesario a los órganos del abdomen. La dieta, el reposo, los ejercicios y una buena mecánica

corporal y postural contribuyen en gran parte a restaurar el tono de los músculos de la pared abdominal.

Mamas

Durante el embarazo, se producen cambios progresivos en los senos para prepararlos para la lactancia. Los lóbulos de los mismos se desarrollan por estimulación del estrógeno y la progesterona que produce la placenta y los conductos galactóforos se ramifican más y se elongan. La prolactina, que se libera en la pituitaria anterior; el cortisol, que procede de las glándulas suprarrenales maternas; el lactogeno placentario humano (h PL) y la insulina, que aparecen en cantidades mayores durante la gestación, también contribuyen a los cambios en los senos la prolactina tiene un papel central en la iniciación de la lactancia pero su actividad se inhibe durante el embarazo como resultado de las altas concentraciones de estrógenos y progesterona.

En el último mes del embarazo las células del parénquima de los alveolos de los senos se hipertrofian y producen calostro. Un líquido amarillo y delgado. Tras el parto y expulsión de la placenta, la caída abrupta resultante en las cantidades de estrógenos y progesterona de manera aparente inicia la lactancia. Los senos producen cantidades mayores de calostro después del parto, el cual contiene más proteínas y sales inorgánicas pero menos grasas y carbohidratos que la leche materna.

El calostro también proporciona inmunoglobulina. A un anticuerpo gastrointestinal muy importante del cual carece el niño recién nacido.

Sistema cardiovascular

No se conoce con exactitud el ritmo que sigue el sistema cardiovascular para recuperar su estado preembarazo. Se sabe que su estado

hemodinámicos están completos al finalizar el puerperio, las principales modificaciones se relacionan con el gasto cardiaco el volumen sanguíneo y la resistencia vascular periférica, se acepta que durante el parto normal la pérdida sanguínea alcanza los 500ml y en una cesárea se duplica la cifra.

Volumen sanguíneo

Durante el embarazo, el volumen sanguíneo aumenta un 40 % o sea unos 1000ml y el volumen total es de 5 a 6 L. Los cambios de volumen sanguíneo del posparto se relacionan con pérdida de sangre y diuresis después del parto. El promedio de pérdida de sangre para un parto vaginal normal es 400 a 500ml; en el parto por cesárea con frecuencia es mayor de 1000ml. Los cambios fisiológicos del posparto median la respuesta a la pérdida de sangre y ejercen un efecto protector. La pérdida de las funciones endocrinas de la placenta reduce la vasodilatación; el lecho vascular se reduce del 10 a 15% al eliminar la circulación útero-placentaria y el líquido extravascular se excreta por los riñones.

Los cambios de volumen sanguíneo por posparto se llevan a cabo con rapidez hay un aumento transitorio de 15 a 30 % en el volumen sanguíneo circulatorio de 12^a 48 horas después del parto por movilización del líquido extravascular y la diuresis. Esto se produce un efecto de hemodilución con reducción de hematocrito y aumento del gasto cardiaco. En el tercer día después del parto el volumen sanguíneo se redujo 16% con respecto a los incrementos de relación con el embarazo.

Gasto cardiaco

El gasto cardiaco, que aunque durante el trabajo de parto, alcanza un máximo inmediatamente después de la separación de la placenta, ya que

las concentraciones uterinas obligan a la circulación de grandes volúmenes de sangre. El aumento de volumen del latido que se produce por el embarazo continuo por unas 48 horas después del parto, como resultado del retorno venoso mayor que se debe a la pérdida de la circulación placentaria y a la reducción del flujo sanguíneo al útero. La diuresis del posparto produce reducción temporal del volumen sanguíneo y estos efectos en combinación aumentan el gasto cardíaco cerca de un 35% en el periodo posparto inmediato.

Sistema urinario

La mucosa de la vejiga después del parto muestra grado variable de edema e hiperemia con reducción de tono. Esto produce menor percepción ante el aumento de presión, aumento de capacidad, sobre distensión con incontinencia por retención excesiva, y vaciado incompleto de la vejiga. Es importante que en los cuidados de enfermería del puerperio del puerperio se incluya una vigilancia cuidadosa del estado de la vejiga ya que es frecuente que se produzcan distensiones y retención urinarias, que producen incomodidad y predisponen a infecciones. Con un correcto vaciado de la vejiga, el tono se recupera en cinco a siete días.

La inversión del metabolismo de agua después del embarazo se debe a la reducción de hormonas esteroides y el proceso de involución del puerperio. Los procesos catabólicos contribuyen al aumento de los valores de nitrógeno úrico en sangre, a proteinuria y ocasionalmente a acetoneuria. Los cambios de volumen sanguíneo y de índices hormonales afectan la diuresis en el puerperio, la tasa de filtración glomerular y los electrolitos en suero.

La tasa de filtración glomerular permanece alta durante la primera semana del puerperio y se combina con el aumento de volumen sanguíneo para producir notable diuresis, de hasta 3000 ml/ en los primeros cuatro a cinco

días. Se pierden líquidos de los tejidos del cuerpo que, en combinación con los cambios por la involución, contribuyen a una reducción aproximada de 4 kilos de peso durante el puerperio. La glucosuria se produce durante 20% del tiempo del puerperio y la proteinuria de uno o dos días se presenta en 50% de los casos. Los uréteres y la pelvis renal permanecen dilatados después del parto y regresan a la normalidad en tres a seis semanas, aunque en ocasiones pueden tardar hasta 8 o 12 semanas.

La mucosa de la vejiga después del parto muestra grado variable de edema e hiperemia con reducción de tono. Esto produce menor percepción ante el aumento de presión, aumento de capacidad, sobre distensión con incontinencia por retención excesiva, y vaciado incompleto de la vejiga. Es importante que en los cuidados de enfermería del puerperio se incluya una vigilancia cuidadosa del estado de la vejiga, ya que es frecuente que se produzcan distensión y retención urinarias, que producen incomodidad y predisponen a infecciones. Con un correcto vaciado de la vejiga, el tono se recupera en cinco a siete días.

La inversión del metabolismo de agua después del embarazo se debe a la reducción de hormonas esteroides y el proceso de involución del puerperio. Los procesos catabólicos contribuyen al aumento de los valores de nitrógeno úrico en sangre, a proteinuria y ocasionalmente a acetonuria. Los cambios de volumen sanguíneo y de índices hormonales afectan la diuresis en el puerperio, la tasa de filtración glomerular y los electrolitos en suero.

La tasa de filtración glomerular permanece alta durante la primera semana del puerperio y se combina con el aumento de volumen sanguíneo para producir notable diuresis, de hasta 3000ml/ día en los primeros cuatro a cinco días. Se pierden líquidos de los tejidos del cuerpo que, en

combinación con los cambios por la involución, contribuyen a una reducción aproximada de 4 kilos de peso durante el puerperio.

Cambios Gastrointestinales

La motilidad y tono del sistema digestivo regresan a las normalidades dos semanas después del parto. La mayor parte de las mujeres tienen mucha sed los dos o tres primeros días, tal vez porque los líquidos se restringen durante el trabajo de parto y por el desplazamiento de líquidos hacia los espacios intersticiales y la circulación, lo que se asocian con la diuresis. La mayor parte de las mujeres sienten hambre poco después del parto y disfrutan al ingerir los alimentos ligeros y líquidos. Tras la recuperación por la fatiga del trabajo de parto y los efectos de la analgesia y la anestesia, las madres sienten aumento del apetito y suelen comer raciones grandes.

Defecación: el estreñimiento es común durante el puerperio. Esto se debe a la relajación intestinal en el embarazo (íleo dinámico) y a la distensión de los músculos abdominales. La restricción de alimentos y líquidos durante el trabajo de parto, el enema antes del mismo (en su caso) y los medicamentos que se usan durante el trabajo de parto y el parto tiene influencia sobre este proceso.

La evacuación intestinal puede retrasarse de dos a tres días después del parto. El dolor por hemorroides, episiotomía o laceraciones del perineo también contribuye a que no se produzca la defecación. Por lo general a las mujeres se les administran ablandadores de heces o laxantes como docusato de sodio (DSS), bisacodyl (Dulcolax) o leche de magnesia, para ayudarles a la eliminación. La madre debe restablecer sus hábitos intestinales normales cuando recupere el tono intestinal.

Pérdida de peso

Después del parto se produce una pérdida de peso de más o menos 5.45kg, que incluye el peso del feto, placenta, líquido amniótico y sangre. se pierden otros 4-4.5kg por la involución uterina, loquios sudoración y diuresis durante la primera semana del puerperio. La pérdida total de peso de la madre por el parto y procesos del puerperio es de modo aproximado 10kg .Muchas mujeres aumentan 13.6kg o más durante el embarazo y es probable que retengan este peso adicional, en particular durante la lactancia.

Cambios endocrinos

El más sobresaliente se relaciona con el eje hipotálamo, Hipófisis – ovario sin embargo la interrelación no se conoce con exactitud .Los estudios seriados del endometrio durante el puerperio indican que la ovulación se retardan en aquellas madres que lactan. Cuando la lactancia no tiene lugar la reaparición de la ovulación y de la menstruación ocurre más tempranamente y el promedio es aproximadamente es de 8 semanas.

Es difícil definir si los primeros ciclos son ovulatorios o no pero se acepta que durante las primeras 6 semanas casi siempre lo son, después que se instala la menstruación los ciclos se normalizan. Desde el punto de vista bioquímico el puerperio se caracteriza por niveles elevados del PRL con cifras bajas de FSH y LH, la hipótesis más aceptada para explicar la amenorrea del puerperio es por la inhibición que ejerce la PRL sobre la actividad normal del eje hipotálamo –Hipófisis –ovario.

Cambios Psicológicos

A menudo se produce durante el puerperio, sobre todo en la primera semana, aparece labilidad emocional; la alegría y la sensación de logro

después del parto, es seguida por unos cuantos días de melancolía, por lo general acompañada de crisis de llanto.

Se considera que esto ocurre por una reacción a las tensiones físicas y mentales del parto y a las alteraciones en las concentraciones hormonales de estrógenos y progesterona. Una depresión más profunda se presenta en el 10% de los casos y cerca del 1 % ocurre psicosis franca.”¹¹

COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO

Dentro de las complicaciones más comunes en el postparto se encuentra la hemorragia puerperal, tromboflebitis, y las infecciones.

- Hemorragia puerperal

Cuando la cantidad de sangre perdida después de la expulsión de la placenta es superior a 500ml, debido a la Atonía Uterina cuando el útero no sufre los cambios involutivos normales no hay firmeza en la consistencia del mismo y el fondo del útero es suave y poco firme, hay sospecha de laceraciones del cuello uterino o del canal del parto, Retención de restos placentarios, defectos de coagulación.

Atención de enfermería

- ✓ Revisar el expediente para identificar factores de riesgo
- ✓ Mantener estrecho contacto con la paciente durante la primera hora del puerperio
- ✓ Valoración de signos vitales , función cardiovascular y palpar el útero cada 15 minutos o más frecuentemente si es necesario
- ✓ Animar a la paciente para que orine con frecuencia, puesto que la vejiga empuja al útero hacia el abdomen, dificulta el masaje y exacerba la hemorragia.

¹¹ J.Reeder Sharon,L Martin Leonide, Koniak Deborah ,ENFERMERÍA MATERNO INFANTIL, 17ª edición, Editorial Interamericana, México

- ✓ Informar al médico cuando persistan la atonía uterina y la hemorragia intensa pese al masaje; mantener la administración de oxitocina si el caso lo amerita. Valoración de pérdida hemática. Administración de líquidos, reposición de pérdidas, evitar el choque
- ✓ Coordinación del tratamiento clínico – quirúrgico
- ✓ Obtener un muestra de sangre para realizar pruebas cruzadas, tipificación y preparar a la paciente para la transfusión de sangre, si se requiere.
- ✓ Disminuir los niveles de ansiedad por la separación del bebé.

- **Tromboflebitis**

Infección del endotelio vascular con formación de coágulos que se unen a la pared de las venas.

Atención de enfermería

- ✓ Control de signos vitales cada 4 horas
- ✓ Reposo estricto
- ✓ Elevación de la pierna afectada para mejorar el drenaje venoso y colocación de vendaje o medidas elásticas desde el tobillo a la rodilla
- ✓ Aplicación de compresas húmedas calientes en el miembro para dilatar los vasos sanguíneos y mejorar el drenaje venoso
- ✓ Verificar presencia de encías sangrantes, epistaxis, hematuria y sangre oculta en heces durante el tiempo que la paciente se encuentre en tratamiento con anticoagulantes.

- **Infección puerperal**

Se produce cuando en el puerperio se desarrolla un proceso inflamatorio en el canal de parto, en el área donde estuvo la placenta, esta queda desnuda y sangrante, lo cual hace posible que los microorganismos patógenos invadan, crezcan y se multipliquen provocando infección puerperal.

La infección puerperal puede ser localizada o puede extender por diversas vías para producir cuadros clínicos diversos como Mastitis Infecciones de vías genitales, Infección de vías urinarias

Atención de enfermería: en todas sus relaciones con la madre, la enfermera deberá ser amable y sensible a sus necesidades:

- ✓ Proporcionar orientación, mantener comunicación con la madre y la familia estimular, animar y disminuir su sensibilidad.
- ✓ Valoración del estado hemodinámico, realizar curva febril.
- ✓ Reposo , brindar medias de confort y seguridad
- ✓ Administración de medicamentos antibióticos y analgésicos
- ✓ Administración de líquidos , control de ingesta y eliminación
- ✓ Dieta rica en calorías y vitaminas
- ✓ De preferencia aislar a la paciente
- ✓ Las personas con infección deberán excluirse del cuidados de la paciente
- ✓ Cuando se limpie el área perineal , deberá hacerse de delante hacia atrás para evitar contaminación del recto hacia la vagina Observar secreción láctea que a veces cesa en procesos febriles agudos”¹²

¹² Msc. Elsa Almeida Jara; Lic. Rosa Castro de Yépez; Lic. Magdalena Guzmán de Suarez ; Mariana Mena de Rosas ; Msc.GermaniaSarzoza de Herrera ; y Msc. Giovanna Segovia de Yanez,Manual de enfermería , editorial CULTURAL S.A.www.grupocultural.com

CAPITULO 2

“CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PUERPERIO INMEDIATO

Signos vitales: Se toma la temperatura cada cuatro horas a ocho horas durante los primeros días después del parto ya que la fiebre suele ser uno de los primeros síntomas de infección. La temperatura de 38 grados C es producida por motivos fisiológicos, debido a la deshidratación en las primeras 24 horas del posparto o al inicio de la lactancia del segundo al cuarto día. La fiebre persistente o recurrente por encima de estos niveles puede iniciar alguna infección.

La bradicardia es un cambio fisiológico normal en los 6 a diez días después del parto, con frecuencias de pulso de 40 a 70 latidos por minuto. Las frecuencias mayores de 100 (taquicardia) pueden indicar infecciones, hemorragia, dolor o ansiedad. El pulso rápido y débil que se relaciona con hipotensión sugiere hemorragia, choque o embolia.

La tensión arterial cambia muy poco en el periodo posparto y debe permanecer dentro de niveles normales durante el embarazo. Las mujeres en ocasiones experimentan hipotensión ortostática en el posparto debido a desplazamientos cardiovasculares del volumen de líquidos y a la extensión de lecho vascular. La hipotensión persistente o grave indica choque o embolia. La tensión arterial elevada sugiere hipertensión inducida por el embarazo, que se manifiesta por primera vez en el periodo posparto. La hipertensión posparto en general se produce en un lapso de 48 horas después del parto, pero se han reportado ataques de eclampsia hasta 14 días después del mismo. Se toma el pulso y la presión arterial cada 4 a 8 horas.

Atonía uterina

Si al examinar el fondo del útero la enfermera percibe que está muy suave (atonía), en particular después de las primeras 24 horas después del parto, debe darle masaje intermitente hasta que quede firme y conserve su tono. Durante el masaje del fondo la enfermera anota la cantidad de hemorragia. Cuando el masaje no produce una contracción adecuada en un lapso corto, o si la hemorragia abundante continua a pesar de que el fondo se sienta firme, la enfermera debe notificar al médico de inmediato, ya que es probable de que la hemorragia continué. En general este receta medicamentos oxitócicos para estimular la contracción uterina y controlar el sangrado.

Es conveniente indicar a las mujeres la manera de valora la altura y firmeza del fondo uterino porque en el alta temprana ellas mismas deben vigilar el progreso de signos de desviación del patrón normal, como por ejemplo que la altura del fondo no varié, que se sienta suave o este adolorido, que el sangrado perista o se observe sangre fresca, de color rojo brillante, y que los loquios tengan mal olor. Se explica la importancia de solicitar la atención médica al percibir estas desviaciones, y se insiste en él.

Entuertos

La enseñanza para la paciente incluye una explicación de la causa y el objetivo de los entuertos asegurándole que tiene una función útil y desaparecen en poco tiempo.

Se le enseña la manera de cuidar de sí mismo como vaciar su vejiga, a dar masaje al fondo a usar un cojín caliente a recostarse sobre el estómago y a efectuar ejercicios de levantamiento de piernas. Estas actividades favorecen la circulación y el tono uterino y disminuyen la

incomodidad. Se ordenan analgésicos en casos de que los entuertos sean muy dolorosos; la enfermera puede aconsejar tomarlos aproximadamente 30 minutos antes de alimentar al niño y en forma periódica, según se requiera para la comodidad personal.

Micción La enfermera valora el estado de la vejiga mediante palpación abdominal, percusión y observación. También valora el contorno del abdomen, la altura y consistencia del fondo y las características del área supra-púbica. Examina los loquios para detectar si su cantidad aumenta, lo cual en ocasiones se debe a distensión de la vejiga.

Distensión vesical.- Para favorecer la micción espontánea la enfermera valora la vejiga con frecuencia con el fin de determinar si está llena y explica la importancia de la micción ayuda a la paciente a ir al baño o le proporciona un cómodo e intimidad . La micción puede estimularse haciendo correr agua en el lavabo, remojando los dedos de la paciente en agua tibia, o vaciando agua tibia sobre el perineo. En caso de que se efectuó la micción, se mide el volumen (restando la cantidad de líquido que se vació sobre el perineo) siempre que sea posible se valora la vejiga para ver si está vacía.

En caso de que exista incomodidad significativa en el perineo o entuertos, la enfermera administrará analgésico de 15 a 30 minutos antes de intentar la micción. Esto ayuda a la mujer a relajarse y favorece el proceso. También es útil ingerir líquidos tibios antes de la misma.

Si no se consigue la micción tras utilizar estos métodos, se requiere introducir una sonda vesical. Es importante que la mujer vacíe la vejiga en un lapso de 8 horas después del parto, o antes en caso de que se produzca distensión significativa. Puede ordenarse una sonda intermitente o permanente. Existe riesgo de infecciones al usar estos métodos pero es menor cuando la sonda se utiliza en forma intermitente. Si se usa sonda

permanente, se deja en su sitio un lapso mínimo (en general 48 horas) y se toma una muestra de orina para pruebas de sensibilidad y cultivo al retirarla las infecciones se tratan con antibióticos por lapso de 7 a 10 días.

Cuidados del perineo

Se emplea algún método para limpiar con frecuencia el perineo, con el fin de favorecer la comodidad y reducir el riesgo de infección. El más habitual es derramar agua tibia, a la cual suele añadirse alguna solución antiséptica, sobre la vulva y el perineo después de la micción o la defecación se cuenta con equipo para dirigir un chorro de agua tibia al perineo se enseña a la mujer la manera de cuidar el perineo. Se le dan instrucciones, se le explica el motivo de las mismas y se le demuestra la técnica desde el primer cuidado del perineo después del parto. Se le indica la manera de cambiar y desechar las toallas sanitarias. Cuando la enfermera lleva cabo el cuidado del perineo usa guantes como parte de las precauciones universales para exposición a sangre y líquidos corporales.

Defecación

La valoración de enfermería incluye auscultar los ruidos intestinales palpar para detectar la distensión del abdomen observar si hay hemorroides o inflamación o equimosis del perineo y preguntar a la paciente si ha expulsado gases. La presencia de ruidos intestinales indica que todos los procesos intestinales se están llevando a cabo. Las mujeres que tienen dolor significativo del perineo, con frecuencia anticipan incomodidad durante la defecación y esto inhibe el movimiento intestinal normal. La primera defecación se produce en general de dos a tres días después del parto y es muy habitual que se utilicen ablandadores de heces o laxantes. En forma posterior se deben producir movimientos intestinales a diario.

Extremidades inferiores

La valoración posparto de las extremidades inferiores incluye examinar su tamaño, forma, simetría, color, edema y la presencia de varices. Se determina la temperatura y la inflamación mediante palpación. Los signos de tromboflebitis son inflamación unilateral, enrojecimiento, sensación de calor y dolor, generalmente en la pantorrilla. El signo de Homan positivo consiste en la presencia de dolor al flexionar el pie con la pierna extendida; esto indica tromboflebitis. Los pulsos de las extremidades inferiores pueden disminuir o estar ausentes debido a la tromboflebitis.

Deambulación temprana

Es conveniente que la madre salga de la cama de cuatro a ocho horas después del parto a menos que este contraído. La deambulación temprana favorece la circulación y reduce el riesgo de tromboflebitis. El funcionamiento de la vejiga y el intestino mejora mediante la deambulación y así se evita el uso de sondas y se reduce la distensión abdominal y la constipación.

Las mujeres sometidas a anestésicos local, epidural o caudal durante el parto pueden deambular tan pronto se sientan capaces. En caso de que la madre haya recibido anestesia raquídea subaracnoidea intratecal debe permanecer en reposo en decúbito dorsal en la cama por lo menos 8 horas antes de comenzar a deambular. Esto evita las fugas de líquido cefalorraquídeo a través del sitio en que se efectuó la punción en la membrana dural, y reduce la incidencia de dolor de cabeza tras el procedimiento. Es necesario que se mantengan en decúbito dorsal aun para tomar líquidos e interaccionar con el recién nacido. La enfermera le recordara que permanezca en esta posición y no eleve la cabeza y colocara al niño de manera que la madre pueda verlo y tocarlo sin elevar su cabeza.

La primera vez que la madre se levanta, es conveniente que cuelgue las piernas sobre un lado de la cama durante algunos minutos. La enfermera valora su estado y verifica si esta mareada o débil. Después procede a ayudarla a pararse y a caminar algunos pasos, para determinar si tiene equilibrio. La acompaña al baño o a la silla, y permanece cerca de ella para ayudarla de inmediato en caso de que se sienta débil o se vaya a desmayar. La enfermera explica el objeto y la conveniencia de la deambulación temprana a la madre y a otras personas que toman decisiones. Su actividad se incrementa en forma gradual según la fuerza que tenga.

DEPRESIÓN POSPARTO

Muchas madres experimentan depresión transitoria en el segundo o tercer día después del parto. La depresión de posparto impide el buen funcionamiento familiar y estará relacionada con la falta de autoestima materna. Los síntomas de depresión transitoria incluyen llanto fácil, sentimientos de impotencia, pérdida de apetito, mala concentración, dificultad para dormir, sensación de decepción y ansiedad. En general desaparecen en un lapso de una a dos semanas, aunque algunas mujeres permanecen levemente deprimidas por periodos más prolongados. Cerca de la cuarta parte de las mujeres reportan altos niveles de depresión transcurridos ocho meses después del parto. La psicosis depresiva grave se produce tan solo en 1 a 2% de todos los partos normales.

La depresión leve de posparto en general responde a la empatía, apoyo y aceptación por parte de la enfermera. Esta puede dar a la madre una oportunidad de expresar su ansiedad, su sensación de impotencia y otras preocupaciones. Hablar con una persona que presta atención, es en sí una terapia. Ayudar a la madre a comprender sus sentimientos y explicarle que es una experiencia habitual, ayudará aliviar su

preocupación con respecto a experimentar una reacción inadecuada o anormal ante el parto.

También es conveniente que repose y se nutra bien, para que tenga éxito al desempeñar su nuevo papel. Casi nunca se requieren fármacos psicotrópicos para la depresión transitoria. Sin embargo, la depresión persistente y grave requiere de psicoterapia.

MAMAS

Las mamas se examinarán cuidadosamente palpando los dos externos para determinar si están blandas, turgentes o aumentadas de tamaño, los pezones no deberán tener grietas ni laceraciones, ya que esto permite un fácil acceso; para las bacterias si se descubren, se deberá informar al médico para que tome las medidas necesarias y así prevenir la infección. Las grietas sangrantes y el dolor de los pezones ceden a las 24 a 48 horas luego del inicio del amamantamiento.

Los cuidados de los senos se orientan a conservar su limpieza, integridad y sostén adecuado, necesario para la función normal y la comodidad de la mujer.

Si la mujer amanta a su hijo puede limpiar los pezones con agua, se recomienda no usar jabón en ellos porque la piel de esta zona contiene lisozima que es un antiséptico natural, además no deberá usar agentes secantes como el alcohol porque tiende a eliminar la grasa que es un emoliente fisiológico.

No es necesario realizar una limpieza adicional antes de cada alimentación al pecho porque, en circunstancias normales la mejor limpieza la hace el propio organismo. Es importante el lavado de manos con agua

y jabón puesto que sus dedos se ponen en contacto con el pezón y el seno durante el amamantamiento, de este modo se previene la infección. Las mujeres que no amamantan a sus hijos necesitan apoyo de los senos con un brasier ajustado; por lo general se les administra algún tipo de medicación que suprime la producción de leche y evita la ingurgitación mamaria en caso de que esta se presente provoca dolores pulsátiles en las mamas que se extienden hasta la axila, en este caso se administra analgésicos y el trastorno cede en uno o dos días.

Otras medidas son la aplicación de bolsas de hielo o un vendaje que comprima las glándulas mamarias, lo cual inhibe la producción de leche.

Cuidados mamarios: La limpieza de la aréola y del pezón antes y después de alimentar al recién nacido, evita las infecciones cuya puerta de entrada son las grietas que se forman durante la succión, éstas se deben tratar aplicando sustancias secantes y antisépticas sin suspender la lactancia

Estado anímico: Las puérperas con frecuencia se quejan de cansancio, están muy sensibles a los comentarios y lloran con facilidad. Estos síntomas suelen desaparecer en las 48 y 72 horas después del parto.

Alimentación: Se puede iniciar inmediatamente si la madre no recibió anestesia general. Se recomienda la ingesta mayor de proteínas por las pérdidas relacionadas con la lactancia.

Alojamiento conjunto



Consiste en la permanencia de la madre y el niño en la misma habitación durante las 24 horas del día mientras dure su estadía en el hospital.

De esta manera se favorece el contacto precoz y permanente de ambos, facilita que se inicie la alimentación al pecho materno durante los primeros 30 minutos de vida extrauterina y poder continuarla a libre demanda , todo esto permite la humanización de la atención del niño y de la madre con calidad y calidez .

Hemos de recordar que antiguamente la preocupación de los profesionales se relacionó con las mejores técnicas para asegurar el bienestar físico del lactante, pero hoy se ha dado otro giro confiriéndole mayor interés a las innumerables variables psicológicas que contribuyen al desarrollo normal.

Si no existen complicaciones que impidan el primer contacto, entonces éste deberá darse inmediatamente después del parto; el niño será colocado junto a su madre en la misma mesa de partos, aun a pesar de las limitaciones que pudieran existir. Si el padre está presente puede ayudar a la madre a sostener al niño, compartiendo y disfrutando así de estos felices y maravillosos momentos juntos.

El permanecer en la misma habitación de la madre es una ayuda valiosa para la relación de lactancia que empieza, pues facilita la alimentación a libre demanda y promueve el proceso de apego. Es importante la presencia de la enfermera en el área de alojamiento conjunto, a fin de que la madre reciba en forma continua y con criterio profesional la ayuda que pudiera necesitar.

Ventajas del alojamiento conjunto

- ✓ Ahorra trabajo al personal de salud
- ✓ La madre cuida mejor a su propio hijo y satisface de inmediato sus demandas
- ✓ Ambos aprende a reconocer mutuamente
- ✓ Facilita el adiestramiento de la madre en el amamantamiento y cuidado del bebé
- ✓ La madre puede reaccionar a las necesidades del niño, lo cual facilita el apego.
- ✓ Los recién nacidos lloran menos, lo cual reduce la tensión de darles biberones
- ✓ Madres más seguras sobre su capacidad de dar de lactar a su niño o niña durante el tiempo que sea necesario.

Cuidados del lactante Los recién nacidos tienen conductas muy distintas y la nueva madre debe determinar el comportamiento exclusivo de su hijo y a la manera de comunicarse. Con frecuencia se preocupa acerca de si dicho comportamiento es adecuado, en especial por lo que respecta al aumento de peso, llanto, evacuaciones, alimentación y patrones de sueño. Los padres pueden sorprenderse por la gran variedad de comportamiento de los niños. Los consejos conflictivos con respecto a la frecuencia con que se le debe alimentar, cuando es conveniente introducir alimentos sólidos, cuando se le debe cargar si llora, que ropa es conveniente, que use, que personas pueden venir a visitarlo y cuando, y otros temas similares, aumentan la confusión.

La manera en que la madre percibe a su hijo y se relaciona con él, ejerce un impacto en el desarrollo posterior del mismo y refleja la satisfacción de la madre en su interacción con él. Si se siente satisfecha, percibe al niño de manera más positiva y se refuerza su propia identidad, de madre, a su vez, favorece una relación positiva.

Del 25 al 30% de mujeres que amantan a sus hijos dejan de hacerlo transcurrido un mes después del parto. El uso de biberones complementarios en el hospital y la menor satisfacción con alimentación al seno están en relación con problemas en el periodo de posparto temprano. La alimentación al seno durante más de 13 semanas ejerce un efecto protector contra infecciones gastrointestinales y respiratorias en el lactante. Para que esta relación continúe es preciso que la madre disfrute de una atmosfera relajada y que reciba apoyo para poder responder a las necesidades del lactante en forma flexible, con el fin de que el proceso tenga éxito.”¹³

¹³ J.Reeder Sharon,L Martin Leonide, Koniak Deborah ,ENFERMERÍA MATERNO INFANTIL, 17ª edición, Editorial Interamericana, México

METODOLOGÍA

4.-METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación es de tipo descriptivo porque determino la frecuencia como ocurrió este fenómeno y está dirigido a un grupo de personas y en un tiempo determinado.

ÁREA DE ESTUDIO

El área de estudio en la cual se desarrolló la presente investigación fue en el Área Hospitalaria de la clínica Municipal “Julia Esther González Delgado” de la ciudad de Loja en el periodo comprendido de Marzo 2009 –Julio 2011.

UNIVERSO Y MUESTRA

El universo y muestra lo conformaron 13 Licenciadas en Enfermería y 5 Auxiliares de Enfermería de la clínica Municipal “Julia Esther González Delgado” de la ciudad de Loja.

TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

La técnica que se utilizó para el desarrollo de la investigación fue:

- 1.- La encuesta en base a un cuestionario con interrogantes referidos a la atención de Enfermería en el Puerperio inmediato dirigida al personal de enfermería que labora en la clínica municipal.
- 2.- La Observación directa con la lista de chequeo a las profesionales en los diferentes turnos de rotación que realizan ayudo a confirmar las encuestas realizadas.

Una vez recolectada la información se procedió a tabular manualmente y presentar los resultados en tablas simples seguido de su respectivo análisis que permitieron llegar a las conclusiones respectivas.

RESULTADOS

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS
RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS APLICADAS AL PERSONAL DE
ENFERMERÍA DE LA CLÍNICA MUNICIPAL

Tabla # 1

Conocimientos del tiempo de duración en el puerperio inmediato

CATEGORÍA	Lic. Enfermería		Auxiliar de Enfermería		Total	
	f	%	f	%	f	%
2 Horas	2	15,38			2	11,11
6 horas						
24 horas	9	69,24	4	80	13	72,22
48 horas	2	15,38	1	20	3	16,67
72 horas						
1 semana						
2 semanas						
1 mes						
Otras						
TOTAL	13	100	5	100	18	100

Fuente: Encuesta aplicada al personal de Enfermería

Autora: Lorena Cecibel Morocho Córdova

De lo observado en la presente tabla el 69,23% de Enfermeras tienen conocimientos sobre el tiempo que dura el puerperio inmediato, y cuatro de ellas que equivale al 30,76% desconoce el tiempo que dura. Así mismo el personal Auxiliar de Enfermería tiene conocimientos en un 80% y no tiene en un 20% determinándose con estos resultados el conocimiento científico acerca del tiempo que dura el puerperio inmediato a pesar que el personal Auxiliar sus funciones van encaminadas realizar actividades de confort y limpieza que contribuyen con el bienestar de la paciente y mantenimiento de la higiene del servicio aunque no está por demás emprender la capacitación e implementar las guías atención para dar atención a estas pacientes.

Tabla # 2

Control de Involución Uterina

CATEGORÍA	Lic. Enfermería				Auxiliar de Enfermería				total	
	Si	%	NO	%	SI	%	NO	%		%
Altura Uterina	13	100	-	-	5	100	-	-	18	100
Control de signos vitales	13	100	-	-	5	100	-	-	18	100
Control de Sangrado Genital	12	92,31	1	7,69	5	100	-	-	18	100

Fuente: Encuesta aplicada al personal de Enfermería

Autora: Lorena Cecibel Morocho Córdova.

En la presente tabla se observa que el 100% de Enfermeras Controla la Altura de fondo de útero y signos Vitales , el 92,31 Controla el sangrado genital, mientras que el personal Auxiliar de Enfermería en un 100% controla la altura de fondo de útero, signos vitales, sangrado genital con esto se determina que esta función es responsabilidad de todo el personal de Enfermería por la escases de recurso humano que no abastece para dar atención profesionalizada exclusiva ya que el personal auxiliar desconoce la fundamentación científica sobre la involución uterina el “Útero en el puerperio inmediato comienza con la involución de la altura del fondo de útero cuando el fondo esta suave y poco firme, indica atonía o su involución, el control de las funciones hemodinámicas en este periodo la temperatura de 38 grados C es producida por motivos fisiológicos, debido a la deshidratación en las primeras 24 horas del posparto, el sangrado vaginal se produce cuando el útero sufre los cambios involutivos anormales, el útero no tiene un buen tono muscular esta relajado y los grandes vasos sangran espontáneamente, la sangre puede acumularse en el interior del útero y formar coágulos.”¹⁴

¹⁴ Msc. Elsa Almeida Jara; Lic. Rosa Castro de Yépez; Lic. Magdalena Guzmán de Suarez ; Mariana Mena de Rosas ; Msc. Germania Sarzosa de Herrera ; y Msc. Giovanna Segovia de Yánez, Manual de enfermería , editorial cultural S.A.www.grupocultural.com pags 530 531

Tabla # 3
CUIDADOS EN LA EPISIORRAFIA

CATEGORÍAS	Lic. Enfermería				Auxiliar de Enfermería				total	
	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%		%
Higiene perineal	13	100	-	-	4	80	1	20	18	100
Estado de la Episiorragia	13	100	-	-	4	80	1	20	18	100
Equimosis y edema de perineo	8	61,53	5	38,47	2	40	3	60	18	100

Fuente: Encuesta aplicada al personal de Enfermería
 Autora: Lorena Cecibel Morocho Córdova

En la presente tabla se observa que el 100% de Enfermeras realizan la Higiene perineal al igual que el estado de la episiorragia y el 61,53 observa el estado de la equimosis y edema del perineo mientras que el personal auxiliar el 80%, controla higiene perineal, Ingesta y eliminación y el 40% controla la equimosis y edema del perineo notándose una vez más en estos resultados en estas funciones participa todo el personal de Enfermería. El método para limpiar con frecuencia el perineo es “con el fin de favorecer la comodidad y reducir el riesgo de infección eliminando la acumulación de loquios favorece el examinar el perineo y se palpa para detectar signos de complicaciones, como hematomas, equimosis, edema eritema, y estado de la episiorragia valorando el estado de las suturas”¹⁵

¹⁵ Msc. Elsa Almeida Jara; Lic. Rosa Castro de Yépez; Lic. Magdalena Guzmán de Suarez ; Mariana Mena de Rosas ; Msc.GermaniaSarzos de Herrera ; y Msc. Giovanna Segovia de Yanez,Manual de enfermería , editorial CULTURAL S.A.www.grupocultural.com 533,534

Tabla # 4
CUIDADOS EN LA ELIMINACIÓN

CATEGORÍAS	Lic. En Enfermería				Auxiliar de Enfermería				total	
	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%		%
Diuresis(características-retención urinaria)	12	92,31	1	7,69	2	40	3	60	18	100
Control de Ingesta y Eliminación	5	38,46	8	61,54	2	40	3	60	18	100
Defecación (Auscultación RHA)	5	38,46	8	61,54	-	-	5	100	18	100

Fuente: Encuesta aplicada al personal de Enfermería
Autora: Lorena Cecibel Morocho Córdoba

En esta tabla se observa que las Enfermeras el 92,31 controla la diuresis el 38,46 realiza el control de ingesta y eliminación al igual que el control de la defecación, mientras que el personal Auxiliar de Enfermería el 40% controla la diuresis e ingesta y eliminación y no controlan la defecación en un 100% ya que el personal no profesional no pone interés en este cuidado. Es importante que el personal de enfermería conozca de la vigilancia cuidadosa del estado de la vejiga Control de Ingesta y Eliminación así como la defecación ya que es frecuente que se produzcan distensiones y retención urinarias, que producen incomodidad, la “hiperdistensión de la musculatura pelviana, las lesiones vesicales y la relajación vesical pos parto, pueden inhibir el reflejo miccional favoreciendo la retención urinaria, la relajación intestinal en el embarazo (íleo dinámico) y a la distensión de los músculos abdominales.”¹⁶

¹⁶ Dr. Jaime Botero Uribe; Alfonso Júbizhasbún; y Dr Guillermo Henao, Obstetricia y Ginecología, Texto integrado, 6 edición, impresión Quebecorworld Bogotá S.A 2000 paginas 456,457

Tabla # 5
DEAMBULACIÓN TEMPRANA

CATEGORÍAS	Lic. En Enfermería				Auxiliar de Enfermería				total	
	Si	%	NO	%	SI	%	NO	%		%
4 Horas	1	7,69	-						1	5.56
6 horas	4	30,77	-		2	40			6	33,33
8 horas	8	61.54	-		3	60			11	61,11
Más de 8 horas			-		-	-				
Otras										
TOTAL	13	100			5	100			18	100

Fuente: Encuesta aplicada al personal de Enfermería

Autora: Lorena Cecibel Morocho Córdova

En la presente tabla se observa que las profesionales de Enfermería hacen deambular a la paciente en el periodo del puerperio inmediato durante las primeras 4 horas el 7,69 durante las 6 horas el 30,77% y el 61,54% durante las primeras 8 horas Así mismo el personal Auxiliar durante las 6 primeras horas el 40% y el 60% en las 8 primeras horas, demostrando su conocimiento sobre el tiempo de la deambulaciòn en este periodo “La deambulaciòn temprana durante las primeras 4 a 8 horas favorece la circulaciòn y reduce el riesgo de tromboflebitis. El funcionamiento de la vejiga y intestino mejora mediante la deambulaciòn y así se evita el uso de sondas y se reduce la distenciòn abdominal y la constipaciòn”¹⁷

¹⁷ Reeder Sharon, L Martin Leonide, Koniak Deborah ,Enfermería Materno Infantil, 17ª edición, Editorial Interamericana, México 334,335

Tabla # 6

Importancia de la deambulaciòn temprana en ese tiempo

CATEGORÍAS	Lic. En Enfermería				Auxiliar de Enfermería				total	
	Si	%	NO	%	SI	%	NO	%		%
Para eliminar loquios	5	38,46	8	61,54	1	20	4	80	18	100
Mejora el funcionamiento de la vejiga	1	7,69	12	92,30	-	-	5	100	18	100
Mejora el funcionamiento intestinal.	1	7,69	12	92,30	-	-	5	100	18	100
Recuperaciòn Temprana	1	7,69	12	92,31	-	-	5	100	18	100
Evita la acumulaciòn de coágulos	6	46,15	7	53,85	2	40	3	60	18	100
Para que no haya complicaciones posteriores	1	7,69	12	92,31	2	40	3	60	18	100

Fuente: Encuesta aplicada al personal de Enfermería

Autora: Lorena Cecibel Morocho Córdova

En la presente tabla se puede observar que personal de Enfermería manifiesta que la deambulaciòn temprana favorece en la eliminaciòn de loquios en un 38,46% y el personal auxiliar en un 20%, y el 7,69% de enfermeras manifiesta que mejora el funcionamiento de la vejiga, funcionamiento intestinal, recuperaciòn temprana y para evitar complicaciones posteriores y el personal auxiliar desconoce el resto de

beneficios notándose nulidad general sobre los beneficios que proporciona la deambulaciòn temprana

Así mismo las Enfermeras el 46,15 % nos informan que evita la acumulaciòn de coágulos, mientras que el personal auxiliar el 40% manifiesta que es para evitar la acumulaciòn de coágulos y para que no haya complicaciones coincidiendo con esta referencia de su importancia con los beneficios que favorece la deambulaciòn temprana.

Tabla # 7
Cuidados de las mamas

CATEGORÍAS	Lic. En Enfermería				Auxiliar de Enfermería				total	
	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%	f	%
Higiene de las mamas	13	100	-	-	2	40	3	60	18	100
Brinda Educación de Lactancia	11	84,62	2	15,38	3	60	2	40	18	100
Técnicas de amamantamiento	11	84,62	2	15,38	4	80	1	20	18	100
Valoración de las mamas	5	38,46	8	61,54	3	60	2	40	18	100

Fuente: Encuesta aplicada al personal de Enfermería
 Autora: Lorena Morocho Córdova

En la presente tabla se observa que el 100% de las Enfermeras realiza la higiene de las mamas el 84,62% brinda educación de lactancia y técnicas de amamantamiento y el 38,46 realiza la valoración de las mamas mientras que el personal auxiliar el 40% realiza la higiene, el 60% brinda educación de lactancia y valora las mamas y el 80% proporciona técnicas de amamantamiento estos cuidados son muy importantes para la paciente en el puerperio inmediato. “Los cuidados de los senos se orientan a conservar su limpieza, integridad y sostén adecuado, necesario para la función normal y la comodidad de la mujer se examinarán cuidadosamente palpando los dos externos para determinar si están blandas, turgentes o aumentadas de tamaño, los pezones no deberán tener grietas ni laceraciones, ya que esto permite un fácil acceso; para las bacterias si se descubren”¹⁸

¹⁸ Msc. Elsa Almeida Jara; Lic. Rosa Castro de Yopez; Li. Magdalena Guzman de Suarez; Mariana Mena de Rosas; Msc. Germania Sarzosa de Herrera y Msc. Giovanna Segovia de Yanes, Manual de Enfermería, editorial cultural S.A.www.grupocultural.com

RESULTADOS DE LA OBSERVACIÓN DIRECTA APLICADOS AL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA CLÍNICA MUNICIPAL

De acuerdo a la observación directa realizada en la clínica municipal “Julia Esther González Delgado se llega a los siguientes resultados:

El control de Altura Uterina, Control de Signos Vitales, Control de Sangrado genital lo realizan las licenciadas de enfermería y auxiliares.

Los cuidados que ejecuta en la Episiorrafia tales como higiene perineal si concuerda con la encuesta y el estado de la episiorrafia y Observación de equimosis en el perineo no lo realizan llegando las pacientes a complicarse en muchas de las ocasiones.

Los cuidados de la eliminación como la actividad de la diuresis (Características, Retención) Urinaria, Control de Ingesta y Eliminación defecación (Auscultación R.H.A.) tanto las enfermeras y las auxiliares dan estos cuidados en la pacientes atendidas por partos y por cesárea y la auscultación de los Ruidos hidroaereos lo realizan los médicos el personal de enfermería solo pregunta si hay eliminación de gases.

La deambulaciòn temprana no es dirigida por el personal de enfermería solo le indican al familiar de la paciente para que él lo realice no coincidiendo esta observación con las encuesta realizadas.

En cuanto al los cuidados de las mamas el personal no realiza estos cuidados para la limpieza le proporcionan lo necesario a la paciente para que ella lo realice también dan Educación a cerca de las técnicas de amamantamiento y Lactancia materna, la valoración de las mamas no realiza el personal en la mayoría de estos cuidados solo le indican a la madre para que ella lo ejecute.

DISCUSIÓN

Las encuestas al personal se las realizo durante el tiempo que duro la investigación obteniéndose los siguientes resultados el personal profesional el 100% personal tienen conocimientos sobre el tiempo que dura el puerperio inmediato, y proporciona cuidados como control de altura de fondo de útero, signos vitales, sangrado genital, control de la higiene, control de equimosis y edema del perineo el 61,53. El personal auxiliar controla el estado de la episiorrafia el 80% pero no participan en el cuidado de la defecación cumpliendo de esta manera con el cuidado de las pacientes en el puerperio inmediato.

El control médico oportuno en pacientes gestantes es importante para evitar complicaciones en el parto. En la investigación realizada en la universidad del Valle Cali, el 75% de pacientes encuestadas. Se evidencio que el periodo del puerperio se presentó sin problemas. Autores Mónico Acosta y Liliana Alegría.

En relación a una investigación realizada en el Hospital Provincial del Tena, Se manifiesta que la atención a las pacientes en el puerperio inmediato se establece una buena calidad de atención, en razón que muestran cifras de 67.53% en todo el País. Autores Mauricio Sierra Carolina Márquez, 2004.

En el Hospital Materno Pediátrico de Xochimilco se aplicó un proceso de cuidado a una paciente que es localizada en la unidad toco quirúrgica en la sala de expulsión con un diagnóstico de 38.5 semanas de gestación dilatación de 9cm, borramiento del cuello uterino de 80% En la parte de la valoración se aplicó el control de signos vitales etc. Dichos datos se utilizaron para la formulación de los diagnósticos de enfermería después de detectar los problemas presentes y algunos de riesgo con los cuales una vez identificados se planifican y ejecutan las actividades necesarias para mejorar el estado de salud de la paciente antes mencionada. Por tanto, fue necesario establecer una interacción

con la Señora para obtener un mejor cuidado puerperal tanto para ella como para el bebé, trabajando de manera conjunta para obtener buenos resultados autor [http: www.Buenas tereas.com./temas/cuidados-puerperio inmediato/280](http://www.Buenas tereas.com./temas/cuidados-puerperio inmediato/280).

En el Sector rural, el 53% el parto y postparto se establece que el en el puerperio inmediato existe más riesgo en su recuperación investigación realizada en el Hospital Provincial General Docente de la Ciudad de Riobamba. Autor: Ramos Bután César JAVIER, 2005.

En investigaciones realizadas en la Maternidad Isidro Ayora de Quito el 85% se establece que existe capacitación personalizada y apoyo permanente a las madres gestantes, aumentan los porcentajes de parto y puerperio inmediato normal, es decir sin complicaciones. Por José María Jurado Chacón, año 2009.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación la atención de enfermería durante el período de puerperio inmediato en la clínica municipal “Julia Esther González Delgado” de la ciudad de Loja, durante el período Marzo 2009-Julio 2011 se llega a las siguientes conclusiones.

- ❖ Todo el personal que labora en la clínica tiene un alto porcentaje de conocimientos en el tiempo de duración del puerperio inmediato datos que llaman la atención ya que en la mayoría de los contenidos científicos el personal auxiliar no tiene claros los conocimientos.
- ❖ Un alto porcentaje del personal de enfermeras y auxiliar de enfermería controla Altura de Fondo de Útero, signos vitales, sangrado genital, que con la ayuda de la lista de chequeo se confirma que esta función es responsabilidad de todas debido a la escases de recurso humano que no abastece para dar atención profesionalizada exclusiva.
- ❖ El total de las profesionales de Enfermería realiza higiene, estado y control episiografía y el 61,53 controla la equimosis y edema del perineo. Así mismo el personal auxiliar el 80%, controla la diuresis, y el 40% controla la Ingesta y eliminación y no participan en el control de la defecación, además todo el personal conocen el tiempo comprendido para la deambulación de las pacientes luego del parto.
- ❖ Los criterios del personal de Enfermería sobre los beneficios del tiempo de la deambulación temprana el 38,46 revelan que favorece la eliminación de loquios, el 7,69% que mejora el funcionamiento de la vejiga e intestinal desconociendo otros beneficios, y el personal auxiliar en un 20% manifiesta que es para

la eliminación de loquios, la Recuperación Temprana, Evita la acumulación de coágulos, Para que no haya complicaciones posteriores.

- ❖ En los cuidados de las mamas el 100% de las Enfermeras realiza la higiene de las mamas la educación de lactancia y técnicas de amamantamiento en un 84,62% cuidado que son muy importantes para la paciente en el puerperio inmediato para facilitar la lactancia materna.
- ❖ El personal auxiliar de Enfermería en un 40% realiza la higiene de las mamas el, el 60% brinda educación de lactancia y valora las mamas y el 80% proporciona técnicas de amamantamiento aunque el personal de enfermería no puede proporcionar este cuidado en forma eficiente.
- ❖ Al aplicar las encuestas al personal de enfermería los criterios sobre el tema no estaban claros hubo duda al contestar las preguntas formuladas.

RECOMENDACIONES

1. Que las autoridades del Policlínico Municipal “Julia Esther González Delgado” Incremente el personal de Enfermería mejorando la calidad de atención en el Puerperio inmediato en el servicio de maternidad.
2. Que la Líder del Departamento de Enfermería elabore protocolos de atención para que oriente a personal a su cargo en bien de la usuaria que ingresa en esa unidad de Salud.
3. Que las autoridades del Policlínico se interesen por la capacitación continua del personal de Enfermería acorde a la tecnología y literatura actual.
4. Que las profesionales de enfermería ponga más en el control de la defecación que es muy importante ya que el dolor por hemorroides, episiotomía o laceraciones del perineo e inversión del año en el periodo expulsivo también contribuye a que no se produzca la defecación.
5. Que la carrera de Enfermería de los módulos que abordan el proceso del puerperio inmediato continúen realizando este tipo de investigaciones que les permitirá identificar las necesidades de educación en la atención a las pacientes para planificar ejecutar y evaluar acciones de prevención y promoción de la salud.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

1. Avendaño Espinoza, Katy . Calidad de la atención del puerperio de pacientes que fueron atendidas en los servicios de ginecología .Agosto-Noviembre 2004
2. Cesar Javier Ramos Bután, Parto y Postparto: puerperio inmediato ; 2004 www.hospitaldocenteriobamba.com
3. Dr. Jaime Botero Uribe ; Dr. Alfonso JúbizHasbún; y Dr. Guillermo Henao , Obstetricia y ginecología , texto integrado , 6 Edición , impresión QuebecorWorld Bogotá S.A. 2000.
4. José María Chacón Jurado , puerperio inmediato norma departamento de Ginecología y obstetricia ,2009, www.ginecoobsteisidroayora.com
5. Mauricio Sierra y Carolina Márquez , atención a las paciente en el puerperio inmediato, 2004 .www.mauriciosierra.com
6. Mónica Acosta, Liliana Alegría , complicaciones en el parto , Ediciones de la universidad del valle , Cali, Colombia 2004.
7. Msc. Elsa Almeida Jara; Lic. Rosa Castro de Yépez; Lic. Magdalena Guzmán de Suarez ; Mariana Mena de Rosas ;Msc.GermaniaSarzosa de Herrera ; y Msc. Giovanna Segovia de Yanez,Manual de enfermería , editorial cultural S.A.www.grupocultural.com
8. <http://www.anatomia.tripod.com/gineco.htm><http://www.youtube.com/watch?v=cvcar0-af>.
9. J.Reeder Sharon,L Martin Leonide, Koniak Deborah ,enfermería materno infantil, 17ª edición, Editorial Interamericana, México.

ANEXOS

GUÍA DE ENFERMERÍA

INTRODUCCIÓN

En los años sesenta se inicia un enfoque holístico con la aparición de la enfermería primaria, se orientan los esfuerzos hacia la promoción de la salud , prevención de enfermedades , pero no se descuida la tensión en hospitalización ; al contrario la enfermera asume sus funciones como responsable del paciente durante las 24 horas del día desde allí el éxito de la enfermería depende del nivel de compromiso , el asumir con responsabilidad los retos que se le presentan en la atención integral del paciente posesionándose de su práctica sin perder de vista la concepción de integralidad asociada a la calidez humana en la atención del usuario , familia y comunidad controlando la estabilidad y equilibrio conductual de la persona , identifica factores de estrés , inter e intrapersonales y ayuda a la persona a mantener el equilibrio de la mente y el cuerpo.

Dentro del área hospitalaria la enfermera al ejercer su profesión brinda cuidado directo a pacientes con acciones que van desde obtener información a través de la conversación hasta tomar decisiones para actuar frente a situaciones complejas que se presentan durante la permanencia del usuario en su unidad , para poder tomar estas decisiones es fundamental el poseer el conocimiento científico que le brinda sustento para que sus cuidados sean oportunos y seguros a más de este soporte teórico existen cualidades deseables en la enfermera: prudencia, capacidad de observación facilidad para comunicarse, perseverancia compromiso , tolerancia responsabilidad y amabilidad entre otras. Todas estas cualidades unidas con el conocimiento dan como resultado un gran compromiso con su trabajo, con la institución, cumplimiento de normas, reglamentos, valores eficiencia en su quehacer, y cumplimiento de protocolos de atención de enfermería.

Dentro de los protocolos de atención de enfermería tenemos el protocolo del puerperio inmediato en donde la enfermera estará basada en la evolución continua y adecuada de los cambios que tiene lugar en el

organismo materno en el inicio del puerperio en donde la mujer es muy vulnerable en esta etapa sus órganos han sufrido cambios agotadores y muchísima tensión, por lo tanto el propósito de este protocolo de atención es de evitar complicaciones como, Alteración en el bienestar por dolor supra púbico relacionado con pérdida de integridad, alto riesgo de hemorragia relacionado con atonía uterina en la primera hora del puerperio inmediato, Riesgo potencial de hipotensión severa y taquicardia relacionados con el déficit sanguíneo congestión de las mamas entre otros. Por lo que la valoración y el cuidado físico y psicológico de la madre en esta etapa ayudaran a prevenir complicaciones proporcionar bienestar y tranquilidad a la madre y su familia así como adaptarse a su nueva responsabilidad y como egresada de la carrera de Enfermería contribuir para proporcionar una mejor atención a la paciente en el puerperio inmediato.

OBJETIVOS

- Contribuir con una pronta recuperación y reducir la gravedad de las complicaciones de las pacientes en el Puerperio

PASOS A SEGUIR PARA EL CUIDADO EN LA PACIENTE EN EL PUERPERIO INMEDIATO.

1.-CONTROL DE SIGNOS VITALES.

(Pulso, Tensión arterial, Temperatura y respiración) las primeras dos horas cada 15 minutos, pasadas las dos horas cada hora en las primeras 12 horas, y luego cada 4 horas hasta las 24 horas luego del parto.

A nivel cardiovascular hay disminución del retorno venoso con disminución de la frecuencia y gasto cardíaco, esto se debe a la importante dilatación de la red venosa abdominal; otra explicación para la bradicardia es una descarga vagal por depleción brusca del abdomen; la presencia de taquicardia nos debe hacer pensar en una anomalía. La tensión arterial se maneja dentro de parámetros normales.

La temperatura corporal puede ser normal o existir una elevación brusca que llega hasta los 38° C, este ascenso obedece a los mismos mecanismos que los chuchos y escalofríos y suele darse generalmente en pacientes con partos distócicos.

Las frecuencias mayores de 100 (taquicardia) pueden indicar infecciones, hemorragia, dolor o ansiedad. El pulso rápido y débil que se relaciona con hipotensión sugiere hemorragia, choque o embolia.

La tensión arterial cambia muy poco en el periodo posparto y debe permanecer dentro de niveles normales durante el embarazo. Las mujeres en ocasiones experimentan hipotensión ortostática en el posparto debido a desplazamientos cardiovasculares del volumen de líquidos y a la extensión de lecho vascular.

La hipotensión persiste o grave indica choque o embolia. La tensión arterial elevada sugiere hipertensión inducida por el embarazo, que se manifiesta por primera vez en el periodo posparto. La hipertensión posparto en general se produce en un lapso de 48 horas después del parto, pero se han reportado ataques de eclampsia hasta 14 días después del mismo.⁴ Se toma el pulso y la presión arterial cada 4 a 8 horas.

2.-CONTROL DE ALTURA DE FONDO DE ÚTERO.

Se palpa a través de la pared abdominal para comprobar la altura y el tono con la paciente acostada sobre su espalda y con la vejiga vacía se mide en través de dedo el fondo uterino en relación con el ombligo para determinar el ritmo de involución: la altura de fondo disminuye cerca de 1cm, o el ancho de un dedo al día a los diez días después del parto ya no se puede palpar el fondo desde el abdomen. La consistencia del mismo debe ser firme, con forma redondeada y lisa. Cuando el fondo esta suave y poco firme, indica atonía o su involución. Para valorar el fondo con precisión es necesario que la vejiga este vacía ya que de lo contrario desplazara al útero y elevara la altura del fondo.

Si al examinar el fondo del útero la enfermera percibe que está muy suave (atonía), en particular después de las primeras 24 horas después del parto, debe darle masaje intermitente hasta que quede firme y conserve su tono. Durante el masaje del fondo la enfermera anota la cantidad de hemorragia. Cuando el masaje no produce una contracción adecuada en un lapso corto, o si la hemorragia abundante continua a pesar de que el fondo se sienta firme, la enfermera debe notificar al médico de inmediato, ya que es probable de que la hemorragia continué. En general este receta medicamentos oxitócicos para estimular la contracción uterina y controlar el sangrado.

Es conveniente indicar a las mujeres la manera de valorar la altura y firmeza del fondo uterino porque en el alta temprana ellas mismas deben vigilar el progreso de signos de desviación del patrón normal, como por ejemplo que la altura del fondo no varíe, que se sienta suave o este adolorido, que el sangrado perista o se observe sangre fresca, de color rojo brillante, y que los loquios tengan mal olor. Se explica la importancia de solicitar la atención médica al percibir estas desviaciones, y se insiste en él.

3.-CONTROLAR DE SANGRADO VAGINAL.

Se evaluará los loquios para determinar si hay señales de hemorragia y anotar características como color, olor, cantidad (escasa, moderada, abundante) o la presencia de coágulos. Tomando en cuenta que los loquios varían, el carácter y la cantidad de los loquios indican en forma indirecta el progreso de cicatrización del endometrio. En los procesos de cicatrización normales, la cantidad de loquios disminuye en forma gradual experimentando cambios característicos de color, que reflejan disminución de los componentes sanguíneos en el flujo loquial. La cantidad de loquios varía de una a otra persona y en general son más profusos en múltiparas. Los loquios pueden incrementarse cuando se inicia la ambulancia en etapas tempranas, debido al estancamiento vaginal y al aumento de contracciones uterinas. Este control servirá para examinar la condición de los puntos de sutura de la episiotomía.

4.-CONTROL DE LA ELIMINACIÓN VESICAL.

La enfermera valora el estado de la vejiga mediante palpación abdominal, percusión y observación. También valora el contorno del abdomen, la altura y consistencia del fondo y las características del área supra-púbica. Examina los loquios para detectar si su cantidad aumenta, lo cual en ocasiones se debe a distensión de la vejiga. La diuresis se ausenta

debido a que la capacidad de la vejiga aumenta como resultado de la reducción en la presión intrabdominal o si recibió analgésicos durante el parto puede existir disminución de la sensación de vejiga llena. Es importante que esta madre tenga que orinar dentro de las seis u ocho horas luego del parto

Algunas madres tienen dificultades al orinar después del parto y desarrollan distensión vesical y si no se les ayuda a la micción, el vaciado incompleto de la vejiga (menor de 300ml) también causa distensión y predispone a infecciones. Para favorecer la micción espontánea la enfermera valora la vejiga con frecuencia con el fin de determinar si está llena y explica la importancia de la micción ayuda a la paciente a ir al baño o le proporciona comodidad e intimidad. La micción puede estimularse haciendo correr agua en el lavabo, remojando los dedos de la paciente en agua tibia, o vaciando agua tibia sobre el perineo. En caso de que se efectuó la micción, se mide el volumen (restando la cantidad de líquido que se vació sobre el perineo) siempre que sea posible se valora la vejiga para ver y quede vacía.

En caso de que exista incomodidad significativa en el perineo o entuertos, la enfermera administrará analgésico de 15 a 30 minutos antes de intentar la micción. Esto ayuda a la mujer a relajarse y favorece el proceso. También es útil ingerir líquidos tibios antes de la misma.

Si no se consigue la micción tras utilizar estos métodos, se requiere introducir una sonda vesical. Es importante que la mujer vacíe la vejiga en un lapso de 8 horas después del parto, o antes en caso de que se produzca distensión significativa. Puede ordenarse una sonda intermitente o permanente. Existe riesgo de infecciones al usar estos métodos pero es menor cuando la sonda se utiliza en forma intermitente. Si se usa sonda permanente, se deja en su sitio un lapso mínimo (en general 48 horas) y se toma una muestra de orina para pruebas de sensibilidad y cultivo al

retirla, las infecciones se tratan con antibióticos por lapso de 7 a 10 días.

5.-CUIDADOS DEL PERINEO.

Se observa el estado del perineo y el área en torno al mismo en fondo regular durante el periodo de posparto. Se examina el perineo y se palpa para detectar signos de complicaciones, como hematomas, amoratamiento (equimosis) edema, enrojecimiento (eritema) y sensación de dolor. Si se efectuó episiotomía, se valora el estado de las suturas, en particular para ver si están separadas se determina si existe hematoma, sangrado o signos de infección (enrojecimiento, inflamación, dolor). Se inspecciona el área anal para detectar hemorroides y fisura.

El dolor del perineo es frecuente cuando se hizo episiotomía o reparación de laceraciones y en particular si el perineo está edematoso y hay tensión en las suturas. La extensión del procedimiento quirúrgico y la reparación en general están en relación con la intensidad de dolor que la mujer experimenta. En partos vaginales espontáneos sin laceraciones fuertes o episiotomía, en general se experimenta poco dolor en el perineo.

Las hemorroides, cuando existen, son una fuente frecuente de dolor perianal. Se deben a la presión que ejerce la parte de presentación sobre el piso pélvico en las últimas etapas del embarazo y el trabajo de parto, y al esfuerzo durante la fase de expulsión. Tienen apariencia de uvas que cuelgan del ano, y son más dolorosas en los dos a tres primeros días después del parto; después su tamaño se reduce en forma gradual y experimenta regresión.

Se emplea algún método para limpiar con frecuencia el perineo, con el fin de favorecer la comodidad y reducir el riesgo de infección. El más habitual es derramar agua tibia a la cual suele añadirse alguna solución

antiséptica , sobre la vulva y el perineo después de la micción por la defecación . Se cuenta con un equipo para dirigir un chorro de agua tibia al perineo. Se enseña a la mujer la manera cuidar al perineo. Se le dan instrucciones, se le explica el motivo de las mismas y se le demuestra la técnica, desde el primer cuidado del perineo después del parto. Se le indica de la manera de cambiar y desechar las toallas sanitarias. Cuando la enfermera lleve a cabo el cuidado del perineo usa guante como parte de precauciones universales para exposición a sangre y líquidos corporales.

6.-CONTROL DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES

Las extremidades inferiores se observan en el posparto para detectar signos de tromboflebitis, que es una complicación grave. Las mujeres están predispuestas a trombosis de las extremidades inferiores durante el embarazo y en el periodo temprano del posparto debido a la reducción de retorno venoso de las piernas y a la mayor tendencia hacia la coagulación. La compresión prolongada de los grandes vasos que irrigan las piernas, ocasionada por el pujo en la etapa de expulsión del trabajo de parto también contribuye a la formación de trombos.

La valoración posparto de las extremidades inferiores incluye examinar su tamaño, forma, simetría, color, edema y la presencia de varices. Se determina la temperatura y la inflamación mediante palpación .Los signos de tromboflebitis son inflamación unilateral, enrojecimiento, sensación de calor y dolor, generalmente en la pantorrilla. El signo de Homan positivo consiste en la presencia de dolor al flexionar el pie con la pierna extendida; esto indica tromboflebitis. Los pulsos de las extremidades inferiores pueden disminuir o estar ausentes debido a la tromboflebitis.

7.-DEAMBULACION TEMPRANA

Es conveniente que la madre salga de la cama de cuatro a ocho horas después del parto a menos que este contraindicado. La deambulación temprana favorece la circulación y reduce el riesgo de tromboflebitis. El funcionamiento de la vejiga y el intestino mejora mediante la deambulación y así se evita el uso de sondas y se reduce la distensión abdominal y la constipación.

Las mujeres sometidas a anestésicos local, epidural o caudal durante el parto pueden deambular tan pronto se sientan capaces. En caso de que la madre haya recibido anestesia raquídea subaracnoidea intratecal debe permanecer en reposo en decúbito dorsal en la cama por lo menos 8 horas antes de comenzar a deambular. Esto evita las fugas de líquido cefalorraquídeo a través del sitio en que se efectuó la punción en la membrana dural, y reduce la incidencia de dolor de cabeza tras el procedimiento. Es necesario que se mantengan en decúbito dorsal aun para tomar líquidos e interaccionar con el recién nacido. La enfermera le recordara que permanezca en esta posición y no eleve la cabeza y colocara al niño de manera que la madre pueda verlo y tocarlo sin elevar su cabeza.

La primera vez que la madre se levanta, es conveniente que cuelgue las piernas sobre un lado de la cama durante algunos minutos. La enfermera valora su estado y verifica si esta mareada o débil. Después procede a ayudarla a pararse y a caminar algunos pasos, para determinar si tiene equilibrio. La acompaña al baño o a la silla, y permanece cerca de ella para ayudarla de inmediato en caso de que se sienta débil o se vaya a desmayar. La enfermera explica el objeto y la conveniencia de la deambulación temprana a la madre y a otras personas que toman decisiones. Su actividad se incrementa en forma gradual según la fuerza que tenga.

8.-DEPRESIÓN POSPARTO.

Muchas madres experimentan depresión transitoria en el segundo o tercer día después del parto. La depresión de posparto impide el buen funcionamiento familiar y estará relacionada con la falta de autoestima materna. Los síntomas de depresión transitoria incluyen llanto fácil, sentimientos de impotencia, pérdida de apetito, mala concentración, dificultad para dormir, sensación de decepción y ansiedad. En general desaparecen en un lapso de una a dos semanas, aunque algunas mujeres permanecen levemente deprimidas por periodos más prolongados. Cerca de la cuarta parte de las mujeres reportan altos niveles de depresión transcurridos ocho meses después del parto. ¹La psicosis depresiva grave se produce tan solo en 1 a 2% de todos los partos normales.

La depresión leve de posparto en general responde a la empatía, apoyo y aceptación por parte de la enfermera. Esta puede dar a la madre una oportunidad de expresar su ansiedad, su sensación de impotencia y otras preocupaciones. Hablar con una persona que presta atención, es en sí una terapia. Ayudar a la madre a comprender sus sentimientos y explicarle que es una experiencia habitual, ayudará aliviar su preocupación con respecto a experimentar una reacción inadecuada o anormal ante el parto.

También es conveniente que repose y se nutra bien, para que tenga éxito al desempeñar su nuevo papel. Casi nunca se requieren fármacos psicotrópicos para la depresión transitoria. Sin embargo, la depresión persistente y grave requiere de psicoterapia.

9.- CUIDADO DE LAS MAMAS.

Las mamas se examinarán cuidadosamente palpando los dos externos para determinar si están blandas, turgentes o aumentadas de tamaño, los pezones no deberán tener grietas ni laceraciones, ya que esto permite un fácil acceso; para las bacterias si se descubren, se deberá informar al médico para que tome las medidas necesarias y así prevenir la infección. Las grietas sangrantes y el dolor de los pezones ceden a las 24 a 48 horas luego del inicio del amamantamiento.

Los cuidados de los senos se orientan a conservar su limpieza, integridad y sostén adecuado, necesario para la función normal y la comodidad de la mujer.

Si la mujer amanta a su hijo puede limpiar los pezones con agua, se recomienda no usar jabón en ellos porque la piel de esta zona contiene lizosima que es un antiséptico natural, además no deberá usar agentes secantes como el alcohol porque tiende a eliminar la grasa que es un emoliente fisiológico.

No es necesario realizar una limpieza adicional antes de cada alimentación al pecho porque, en circunstancias normales la mejor limpieza la hace el propio organismo. Es importante el lavado de manos con agua y jabón puesto que sus dedos se ponen en contacto con el pezón y el seno durante el amamantamiento, de este modo se previene la infección.

Las mujeres que no amamantan a sus hijos necesitan apoyo de los senos con un brasier ajustado; por lo general se les administra algún tipo de medicación que suprime la producción de leche y evita la ingurgitación mamaria en caso de que esta se presente provoca dolores pulsátiles en

las mamas que se extienden hasta la axila, en este caso se administra analgésicos y el trastorno sede en uno o dos días.

Otras medidas son la aplicación de bolsas de hielo o un vendaje que comprima las glándulas mamarias, lo cual inhibe la producción de leche.

10.-ALOJAMIENTO CONJUNTO.

Consiste en la permanencia de la madre y el niño en la misma habitación durante las 24 horas del día mientras dure su estadía en el hospital.

De esta manera se favorece el contacto precoz y permanente de ambos, facilita que se inicie la alimentación al pecho materno durante los primeros 30 minutos de vida extrauterina y poder continuarla a libre demanda , todo esto permite la humanización de la atención del niño y de la madre con calidad y calidez.

Hemos de recordar que antiguamente la preocupación de los profesionales se relacionó con las mejores técnicas para asegurar el bienestar físico del lactante, pero hoy se ha dado otro giro confiriéndole mayor interés a las innumerables variables psicológicas que contribuyen al desarrollo normal.

Si no existen complicaciones que impidan el primer contacto, entonces éste deberá darse inmediatamente después del parto; el niño será colocado junto a su madre en la misma mesa de partos, aun a pesar de las limitaciones que pudieran existir. Si el padre está presente puede ayudar a la madre a sostener al niño, compartiendo y disfrutando así de estos felices y maravillosos momentos juntos.

El permanecer en la misma habitación de la madre es una ayuda valiosa para la relación de lactancia que empieza, pues facilita la alimentación a

libre demanda y promueve el proceso de apego. Es importante la presencia de la enfermera en el área de alojamiento conjunto, a fin de que la madre reciba en forma continua y con criterio profesional la ayuda que pudiera necesitar.

Ventajas del alojamiento conjunto

- Ahorra trabajo al personal de salud
- La madre cuida mejor a su propio hijo y satisface de inmediato sus demandas
- Ambos aprende a reconocer mutuamente
- Facilita el adiestramiento de la madre en el amamantamiento y cuidado del bebé
- La madre puede reaccionar a las necesidades del niño, lo cual facilita el apego.
- Los recién nacidos lloran menos , lo cual reduce la tensión de darles biberones
- Madres más seguras sobre su capacidad de dar de lactar a su niño o niña durante el tiempo que sea necesario.

- Control de Sangrado SI () NO ()
Cada qué tiempo.....

3.- ¿Qué cuidados ejecuta en la Episiorrafia?

- Higiene Perineal SI () NO ()
Cada qué tiempo.....
- Estado de la Episiorrafia SI () NO ()
- Observa equimosis en el Perineo SI () NO ()

4.- ¿Realiza cuidados de la eliminación?

- Diuresis (Características, Retención Urinaria) SI () NO ()
- Control de Ingesta y Eliminación SI () NO ()
- Defecación (Auscultación R.H.A.) SI () NO ()

5 ¿Deambulaciòn temprana?

- En qué tiempo luego del parto ayuda a la paciente a la deambulaciòn.
4 horas () 6 Horas () 8horas () más de 8() Otras ()
- Porque realiza la deambulaciòn en ese tiempo
.....
.....
- Qué Importancia tiene la deambulaciòn temprana
.....
.....

6.- ¿Realiza cuidados de las mamas?

- Higiene (en que partes pone énfasis) SI () NO ()
Cómo y con que lo hace.
.....
.....
.....
.....

- Brinda educación de la Lactancia Materna. SI () NO ()
Técnicas de amamantamiento SI () NO ()

- Valoración de las mamas para prevenir complicaciones
SI () NO ()

Que valora:

.....
.....
.....
.....

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE ENFERMERÍA

LISTA DE CHEQUEO APLICADA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA

Lic. Enfermería ()

Auxiliar de Enfermería ()

Código.....

¿Cuidados de enfermería en el Puerperio Inmediato?			
ACTIVIDAD	Si	NO	OBSERVACIÓN
Involución uterina			
Altura Uterina			
Control de Signos Vitales			
Control de Sangrado			
¿Qué cuidados ejecuta en la Episiórrafia?			
ACTIVIDAD	Si	NO	OBSERVACIÓN
Higiene Perineal			
Estado de la Episiórrafia			
Observa equimosis en el Perineo			
¿Realiza cuidados de la eliminación?			
Actividad	Si	NO	OBSERVACIÓN
Diuresis (Características, Retención Urinaria)			
Control de Ingesta y Eliminación			
Defecación (Auscultación R.H.A.)			

¿Deambulación temprana?			
ACTIVIDAD	SI	NO	OBSERVACIÓN
4 horas			
6horas			
8 horas			
más de 8 horas			
Otras			
¿Realiza cuidados de las mamas?			
ACTIVIDAD	SI	NO	OBSERVACIÓN
Higiene (de acuerdo al pezón)			
Brinda educación de la Lactancia Materna			
Técnicas de amamantamiento			
Valoración de las mamas para prevenir complicaciones			

OBSERVACIONES:.....

