



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA:

**ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PUERPERIO INMEDIATO DEL
ÁREA DE POST PARTO DEL HOSPITAL GINECO- OBSTÉTRICO
“ENRIQUE C. SOTOMAYOR” DESDE DICIEMBRE DEL 2011 AL
FEBRERO DEL 2012.**

PREVIO LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

ELABORADO POR

Wendy Elizabeth Onofre Villacrés

GUAYAQUIL, SEPTIEMBRE DE 2012



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

CERTIFICACIÓN

Certifico que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por la Srta. Wendy Elizabeth Onofre Villacrés como requerimiento parcial para la obtención del título de LICENCIADA EN ENFERMERÍA.

Guayaquil, Septiembre de 2012

DIRECTORA:

LCDA. GLADYS JARRÍN DE CUEVA

REVISADO POR:

MGS. CARMEN ZEA DE MARTÍNEZ

RESPONSABLE ACADÉMICO:

MGS. NORA CARRERA ROJAS



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

YO,

Wendy Elizabeth Onofre Villacrés

DECLARO QUE:

El proyecto de grado denominado ‘Atención de Enfermería en el Puerperio Inmediato del Área de post parto del Hospital Gineco- Obstétrico “Enrique C. Sotomayor” desde Diciembre del 2011 al Febrero del 2012, ha sido desarrollada con base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía.

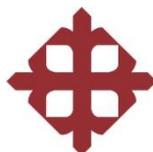
Consecuentemente este trabajo es de mi autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del proyecto de grado en mención.

Guayaquil, Septiembre de 2012

AUTORA

WENDY ELIZABETH ONOFRE VILLACRÉS



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

AUTORIZACIÓN

YO,

Wendy Elizabeth Onofre Villacrés

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación, en la biblioteca de la Institución del proyecto titulado “ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PUERPERIO INMEDIATO DEL ÁREA DE POST PARTO DEL HOSPITAL GINECO- OBSTÉTRICO “ENRIQUE C. SOTOMAYOR” DESDE DICIEMBRE DEL 2011 AL FEBRERO DEL 2012.

Guayaquil, Septiembre de 2012

AUTORA

WENDY ELIZABETH ONOFRE VILLACRÉS

DEDICATORIA

Con mucho entusiasmo dedico este trabajo a mis padres, quienes creyeron en mí, que con todo su amor y paciencia han sabido guiarme siempre por el sendero de la rectitud, responsabilidad, y el amor.

AGRADECIMIENTO

En primera instancia al ser supremo Dios Todo Poderoso que día a día nos regala salud, amor, vida y misericordia y nos conduce por los senderos del bien y de la fe.

A mi familia especialmente a mis padres Vicente y Jacqueline por su gran apoyo moral, espiritual, y económico quienes me acompañaron a lo largo del camino brindándome la fuerza para continuar.

Deseo expresar y reconocer un profundo sentido de gratitud a la Lcda. Gladis Jarrín por la ayuda prestada, sin la cual no hubiera sido posible la culminación de mi tesis, por su preocupación, entrega e inagotable paciencia.

A todos ellos que me ayudaron a enmarcar un escalón hacia el futuro.

GRACIAS

Wendy Onofre Villacrés

ABREVIATURAS

CTG.	Cardiotocografía
CO	Consiente y orientada
ABVD	Actividades básicas de la vida
CV.	Calidad de vida.
INSALUD	Instituto Nacional de seguridad social.
CSV	Control de signos vitales

RESÚMEN

El presente estudio de investigación se realizó en el HOSPITAL GINECO OBSTÉTRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR en el área de post parto inmediato con la finalidad de proponer un protocolo para la atención de enfermería en el área de post parto inmediato. Se aplicó la metodología descriptiva observacional utilizando un universo de 17 personas comprendidas en personal profesional y no profesional que labora en el área de post parto. Se efectuó una guía de observación directa y encuesta con preguntas cerradas al personal de enfermería. Los resultados nos indicaron el déficit de conocimiento en cuanto al proceso de atención de enfermería. Se evidenció la falta de planificación de las actividades proporcionadas a las usuarias para prevenir complicaciones que se presentan en el área del puerperio inmediato. Se debe de orientar, educar, y evaluar al personal a cargo del cuidado enfermero en cuanto a los signos de alarma que se presentan comúnmente en las puérperas para de esta forma dar una atención optima con bases científicas dirigidas a garantizar el bienestar de las pacientes.

Palabras clave: Atención de enfermería, Puerperio inmediato, complicaciones en el puerperio

SUMMARY

This research study was conducted in the OBSTETRIC HOSPITAL HENRY C. SOTOMAYOR in the immediate postpartum area in order to implement a protocol for nursing care in the immediate postpartum area. The methodology using a descriptive observational universe of 17 persons in professional and nonprofessional staff working in the area of post-partum. Was a guide direct observation and survey with closed questions to nurses. The results showed us the lack of knowledge about the process of nursing care. As far as care planning is evidenced the lack of planning of activities provided to users to prevent complications that arise in the area of the puerperium. Should be to guide, educate, and evaluate staff nurse caring about the warning signs that occur commonly in postpartum women in this way to provide optimal care with scientifically designed to ensure the welfare of patients.

Keywords: Nursing care, immediate puerperium, complications in the puerperium

TABLA DE CONTENIDO

CERTIFICACIÓN	II
DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD.....	III
AUTORIZACIÓN	IV
DEDICATORIA	V
AGRADECIMIENTO	VI
ABREVIATURAS.....	VII
RESÚMEN	VIII
SUMMARY	IX
TABLA DE CONTENIDO.....	X
CAPÍTULO I	13
INTRODUCCIÓN	13
PLANTEAMIENTO Y DELIMITACIÓN DEL TEMA U OBJETO DE ESTUDIO....	15
OBJETIVOS	17
CAPÍTULO II.....	18
MARCO REFERENCIAL.....	18
MARCO TEÓRICO.....	21
PARTO	21
FENÓMENOS ACTIVOS DEL TRABAJO DE PARTO.....	23
TIPOS DE PARTO	23
PERÍODOS DEL PARTO	26
CONDUCTA DE LA GESTANTE AL INICIARSE EL TRABAJO DE PARTO	27
MECANISMOS DEL PARTO	30
PAPEL DE LA PAREJA EN EL PARTO.....	33
COMPLICACIONES DEL PARTO.....	34
PUERPERIO.....	35

PUERPERIO INMEDIATO	36
REACCIONES DE LA MADRE DURANTE EL PUERPERIO	44
ALTERACIONES EMOCIONALES EN EL POSPARTO	45
PROBLEMAS POTENCIALES DEL PUERPERIO	46
CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL PUERPERIO INMEDIATO.....	47
ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN EL PUERPERIO INMEDIATO.....	48
ÁMBITO ORGANIZACIONAL <i>REGLAMENTACION INTERNA/ MANUAL NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA PROPORCIONAR LOS CUIDADOS</i>	49
CUIDADOS PERSONALES EN EL PUERPERIO.....	51
SEÑALES DE PELIGRO EN EL PUERPERIO	52
PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	52
Objetivos.....	53
INDICADORES DE EVALUACIÓN Y REGISTROS EN EL PUERPERIO INMEDIATO.....	56
LACTANCIA MATERNA.....	56
CAPÍTULO III.....	58
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	58
Muestra:	58
GRÁFICO N ^o 1	60
GRÁFICO N ^o 2	61
GRÁFICO N ^o 4	63
GRÁFICO N ^o 5	64
GRÁFICO N ^o 6	65
GRÁFICO N ^o 7 y 8	66
GRÁFICO N ^o 9	67
GRÁFICO N ^o 12	70
GRÁFICO N ^o 13	71
GRÁFICO N ^o 15	73

GRÁFICO N°17	74
EXISTE UN PROTOCOLO PARA EL CUIDADO ENFERMERO EN EL AREA DE POST PARTO INMEDIATO.....	74
GUÍA OBSERVACIONAL.....	75
GRÁFICO N° 1	75
GRÁFICO N°2	76
GRÁFICO N°4	78
GRÁFICO N°5	79
GRÁFICO N°6	80
GRÁFICO N°7	81
GRÁFICO N°8	82
GRÁFICO N°9	83
GRÁFICO N°10	84
GRÁFICO N° 11.....	85
GRÁFICO N°12	86
GRÁFICO N°13	87
GRÁFICO N°14.	88
VALORACIÓN CRITICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	90
PROPUESTA DEL DISEÑO DE UN PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA EL CUIDADO EN EL ÁREA PUERPERIO INMEDIATO	91
BIBLIOGRAFÍA.....	93
ANEXOS	96
PLAN ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	104

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna constituye uno de los principales problemas de salud y sobre todo trae repercusión en la vida de los niños, niñas y familias. (Guardián, 2012). La mortalidad se relaciona estrechamente con los determinantes de la salud, pobreza, nivel de educación, accesibilidad a los servicios de salud, culturas, así como la alta paridad, espacios intergenésicos cortos, embarazos adolescentes y el desconocimiento de los signos de peligro en el embarazo, parto y el puerperio. Se puede afirmar que esto está ligado a la calidad de servicio de las unidades de salud.

Para la (OMS), UNICEF, leyes y políticas en salud en conjunto con el MAIS establecen que se deben contribuir a la actualización de los conocimientos científicos del manejo de las complicaciones obstétricas con el fin de reducir la mortalidad materna en nuestro país y brindar una atención digna a la mujer en esta etapa de la vida.

En el puerperio inmediato que abarca las primeras 24 horas posteriores al parto se presenta una de las causas directas de muerte materna más frecuente en el mundo entero y más en países de desarrollo la cual es :la hemorragia post parto ,complicación que ocurre dentro de las 24 horas después del alumbramiento .Alrededor del 70 % de los casos se debe a la atonía uterina, desgarros vaginales, de cérvix, vulvo perineales, retención placentaria, trastornos adherenciales de la placenta , sumando a todo lo anterior factores agravantes como la anemia.

Las mujeres del puerperio inmediato necesitan cuidados oportunos ya que de esto dependerá la eficacia de su recuperación. De ahí la importancia de detectar las complicaciones que pueden llevar a graves consecuencias. Para esto se analizara las acciones de enfermería en la atención a Mujeres en el puerperio inmediato.

En esta investigación se propone, un protocolo de atención de enfermería para el cuidado de las pacientes en el puerperio inmediato, que incluyan,

observación del estado físico e identificar signos de alarma en el puerperio para prevenir las complicaciones.

Teniendo claro esta problemática, es nuestro deber como cuidadoras de la salud prevenir las complicaciones, dando a conocer la importancia de un manejo adecuado de la paciente en el post parto, para de esta forma brindar una atención oportuna y adecuada a las pacientes que son atendidas en el área de Gineco Obstetricia.

Los temas a tratar en esta investigación son los siguientes: Atención de enfermería, Puerperio inmediato, complicaciones en el puerperio inmediato. Proceso Atención Enfermero.

La investigación se divide en 3 capítulos,

El capítulo I contiene, introducción, el planteamiento del problema, los objetivos general y específicos.

Capitulo II, encontramos el Marco Teórico, marco referencial la pregunta de investigación.

Capitulo III tenemos, metodología de la investigación, análisis de los resultados, conclusión, valoración crítica de la investigación, bibliografía y anexos.

Se utiliza el método descriptivo, como técnica se emplea la encuesta y la observación,

Se espera que en el futuro este trabajo sirva como incentivo de aplicación del cuidado a las pacientes en el área Gineco – Obstetricia del Hospital Enrique C Sotomayor.

PLANTEAMIENTO Y DELIMITACIÓN DEL TEMA U OBJETO DE ESTUDIO

Durante la rotación en el hospital Gineco-Obstétrico Enrique C Sotomayor pude observar la falta de un protocolo de enfermería para realizar el cuidado en las pacientes que cursan el puerperio inmediato.

Los cuidados de enfermería requieren la adquisición de un gran número de conocimientos y habilidades esenciales para poder suministrar ayuda al ser humano, las actividades que realiza el profesional de enfermería, consisten en ayudar al individuo enfermo o sano a conservar o recuperar la salud.

Por lo tanto es la enfermera o enfermero quien prodiga todos los elementos para la satisfacción de las necesidades proporcionando cuidados, es por eso que se establece un protocolo de cuidados para realizar una correcta atención de enfermería con el fin de disminuir los días de hospitalización, costos y secuelas para la puérpera, familia y la sociedad.

Siendo la atención de enfermería una actividad de gran importancia durante el puerperio, los cuidados se los realiza de forma rutinaria, ingresan las pacientes al área a las cuales se verifica el nivel de conciencia, se registran las constantes vitales como presión arterial y en algunos casos la temperatura, se administra la medicación si la paciente trae prescrito en la historia clínica, de lo contrario se espera los resultados de los exámenes de laboratorio, para luego ser valoradas y transferidas a las diferentes salas.

Sin tomar en cuenta que después de ser sometidas al proceso de cirugía existen sensaciones dolorosas, a pesar de que cuando ingresan al área de post parto ya llegan con analgésicos administrados, se observan pacientes que muestran signos de dolor y solo les indican que espere que surja efecto el medicamento.

En cuanto a la permeabilidad de las vías aéreas, el estado de la piel, temperatura y color no son observadas ni valoradas también se evidencia un mal control de la diuresis, reflejo nauseoso y vómitos presentes.

El personal de enfermería no cuantifica la pérdida de sangre, ni se verifica la condición clínica de la paciente buscando signos y síntomas de descompensación hemodinámica.

A si mismo no se da educación sobre el cuidado neonatal tanto a primigestas como multíparas.

La asistencia del periodo post parto inmediato debe asegurar que la madre este confortable, vigilando el grado de retracción uterina (globo de seguridad) control de sangrado, signos vitales, apósitos quirúrgicos y los tratamientos específicos según corresponda.

La atención del puerperio es la atención integral y que se planifica con la puérpera hasta los 42 días después del parto, toda unidad médica con atención obstétrica deberá contar con procedimientos por escrito para la vigilancia del puerperio inmediato y debe incluir :en los primeros 30 minutos iniciar la lactancia materna exclusiva en aquellas mujeres cuyas condiciones lo permitan.

En las primeras horas la verificación de normalidad del pulso,presión arterial, temperatura, sangrado transvaginal,tono y tamaño del útero y la presencia de la micción posteriormente cada 8 horas .En las 6 primeras horas favorecer la deambulacion y la alimentación. (BioMed Central , 2006).

OBJETIVOS

Objetivo General

- Analizar las acciones de enfermería en la atención a Mujeres en el puerperio inmediato del área de post parto del hospital Gineco Obstétrico Enrique C Sotomayor.

Objetivos Específicos

- Identificar cuáles son las acciones que ejecuta la enfermera en el cuidado a la paciente de puerperio inmediato
- Determinar el nivel de conocimiento de las enfermeras en el manejo a las pacientes en puerperio inmediato.
- Elaborar un protocolo de atención de enfermería para el cuidado de las pacientes en el puerperio inmediato.
- Concientizar el personal de enfermería sobre la importancia del manejo de protocolos en la atención del paciente.

CAPÍTULO II

MARCO REFERENCIAL

En el año 2010 un estudio realizado en Venezuela demostró que el cuidado post parto inmediato es el momento más importante en el cuidado dada la incidencia de complicaciones que ocurren en las 4 primeras horas. “La morbilidad materna tiene mayor complicación después del parto. Durante este periodo el cuerpo de la mujer es más vulnerable debido al agotamiento de las energías, fatigas propias del fin de embarazo y del parto.” (Álvarez & Álvarez, 2010).

Un estudio llevado a cabo en Argentina demostró que después del parto y durante las primeras 2 horas del puerperio las pacientes que son controladas por el personal médico y de enfermería valorando signos vitales retracción uterina, disminuyen de manera satisfactoria la morbilidad materna. “En las 2 primeras etapas del puerperio se presentan las complicaciones que pueden llevar a la muerte a la mujer en este periodo por tanto se debe llevar un control desde el momento de la salida de la placenta llevando un control de todos sus signos vitales.” (Ramón 2002).

Diversos estudios coinciden en dividir las complicaciones más frecuentes del puerperio en hemorrágicas y sépticas una serie de complicaciones que pueden dar al traste con la vida de la mujer provocando inestabilidad y luto en la familia. Por ello nuestros servicios de salud encaminan su labor para que la mujer atraviese este período conservando su integridad física, psíquica y biológicamente capaz de incorporarse a la vida activa. “Los factores de riesgo que pueden traer una complicación en el puerperio inmediato son las hemorrágicas, la cesárea de urgencia, la sobre distensión uterina, parto rápido o prolongado, y los más importantes las sépticas. También se señala que Las complicaciones hemorrágicas se observaron frecuentemente en las primeras 24 horas y las sépticas entre los 2 y 4 días posteriores al nacimiento del niño”. (Valdez & Vásquez, 2007).

(Rodríguez, 2007) Señala que las complicaciones post parto ocupan los primeros lugares entre las causas de muerte en muchos servicios obstétricos del mundo, incluidos los de nuestro país, por lo que constituye un elemento de morbilidad que debe ser constantemente vigilado y controlado. Su influencia en el

número y gravedad de las infecciones puerperales, su relación con la necesidad de histerectomía puerperal y otras complicaciones asociadas al postoperatorio, hacen de este proceder quirúrgico un factor de riesgo importante que se debe tener en cuenta con fines preventivos.

Otro estudio realizado en Estados Unidos demostró que por el riesgo que implica el puerperio el sistema de salud tiene definidas una serie de acciones para evitar la muerte del binomio madre – hijo .Sin embargo más allá de estas actividades como lo señalan (Cardozo & Bernald, 2010) “Cada sociedad a determinado una serie de cuidados propios, las mujeres en esta etapa propia de la vida refieren propias formas del cuidado post parto ,etapa que se considera trascendental en su ciclo de vida y por lo cual merece toda la atención .

Este tipo de cuidado es lo que Leininger ha denominado genéricoEste cuidado genérico (folclórico o laico), según la teoría de la enfermería, se refiere a aquellos conocimientos y habilidades culturales indígenas o tradicionales empíricamente aprendidos utilizados para proporcionar asistencia, apoyo hacia otro individuo con necesidades evidentes para aliviar o mejorar una condición humana, una condición de salud, o para mejorar las incapacidades o la muerte.

En México las complicaciones del puerperio ocupan un lugar importante en la mortalidad materna, son variadas las complicaciones pero una de las importantes que resalta es la hemorragia postparto .Alrededor de 140,000 muertes por año (una cada cuatro minutos), que dejan secuelas en más de 20 millones de mujeres cada año.

Esta complicación sucede frecuentemente en los países subdesarrollados; se calcula una muerte materna por cada mil nacimientos en los lugares donde no se tiene acceso a la hemo transfusión, principalmente por la dificultad de pronosticar la hemorragia obstétrica, las distancias largas e inaccesibles entre el lugar de atención primaria y los centros médicos especializados, y a los malos servicios de transporte que existen en esos lugares. Más de la mitad de las muertes maternas que ocurren en las 24 horas posparto se deben a sangrado excesivo.

Este tipo de hemorragia ocurre en casi 18% de los nacimientos sin tratamiento uterotónico, cuya causa principal es atonía uterina en más de 80% de los casos. (Velásquez, 2009).

MARCO TEÓRICO

PARTO

El parto se define como la expulsión de un (o más) fetos con un peso mayor de 500g y la placenta desde el interior de la cavidad uterina al exterior. Se considera que una mujer inicia el parto con la aparición de contracciones uterinas regulares, que aumentan en intensidad y frecuencia, acompañadas de cambios fisiológicos en el cuello uterino como lo indica (Schwartz, 2010).

Un parto a término ocurre entre las 37 y 42 semanas desde la fecha de última regla. Los partos ocurridos antes de las 37 semanas se consideran partos prematuros y los que ocurren después de las 42 semanas se consideran partos post-término.

Para (Perez, 2010) Es el final de la gestación Se produce con la expulsión del feto desde el claustro materno hasta el exterior en un tiempo relativamente breve. Es un tiempo crucial en la vida de los seres humanos probablemente el más importante de cuya evolución dependerá la calidad de la vida posterior.

Inicio del trabajo de parto

Según Valverde, denomina trabajo de parto a un conjunto de fenómenos fisiológicos que tienen por objeto la salida del feto viable de los genitales maternos.(Valverde & Solla, 2009).

Se desconocen cuáles son las causas que precipitan el parto, pero se cree que determinadas sustancias producidas por la placenta, la madre o el feto, y de factores mecánicos como el tamaño del bebé y su efecto sobre el músculo uterino contribuyen al parto.

Por lo tanto los efectos coordinados de todos estos factores son probablemente la causa de la aparición del trabajo del parto.

Otro autor nos indica que el inicio del trabajo de parto se da cuando se conjugan varias situaciones como son las contracciones uterinas, el borramiento (o acortamiento de la longitud del cérvix) y la dilatación del cuello

uterino. La fase activa del parto suele iniciarse a partir de los 4 cm de dilatación del cuello uterino.(Quisber, 2010).

Para (Morgenroth, 2010) Los síntomas del comienzo del trabajo de parto son tres:

1. Pérdida del tapón mucoso
2. La rotura de la bolsa de las aguas
3. Las contracciones rítmicas y sostenidas

Para este autor, el trabajo de parto tiene: un inicio, una evolución y una finalización.

El inicio: Puede ser espontáneo, cuando las contracciones se generan por si solas y contribuyen al descenso del bebé y a la dilatación del cuello uterino, o bien inducido, cuando por alguna razón es necesario finalizar el embarazo porque su continuación puede ser perjudicial para la mamá o para el bebé. Son las llamadas causas de inducción del parto.

La evolución: Puede ser: eutócica, se llama así cuando el médico solamente controla los acontecimientos que se producen naturalmente, o bien conducida cuando el médico decide intervenir utilizando técnicas que favorezcan la prosecución del parto como la rotura artificial de la bolsa, el goteo de un suero con soluciones que ayuden a la contracción del útero o al control del dolor durante el parto.

La finalización: Determina la forma en que se producirá la salida del bebé y puede ser vaginal o abdominal.

Según Clavero,(2010). Mencionan que el trabajo de parto está caracterizado por una serie de fenómenos que logran en conjunto el nacimiento en forma natural. Estos fenómenos están relacionados con las contracciones uterinas que progresivamente logran modificar el cuello uterino, el descenso del feto a través del canal de parto y el desprendimiento del cuerpo del bebé.Todas estas modificaciones progresan aún más en el trabajo de parto propiamente dicho, logrando dilatar el cuello uterino hasta los 5 cm aproximadamente. Este proceso es lento, y por eso es llamado "período de latencia". A partir de ese momento

comienza una fase más rápida, conocida como fase activa en la que las contracciones son más frecuentes e intensas y llevan al cuello a su máxima dilatación (aproximadamente unos 10 cm.), para dar lugar al descenso del feto a través del canal de parto (período expulsivo).(Clavero & Botella, 2010).

FENÓMENOS ACTIVOS DEL TRABAJO DE PARTO

Para (Echeverría, 2012), estos fenómenos se presentan identificando las características de las contracciones uterinas y utilizando los métodos de registros.

Métodos de registros

Las contracciones uterinas pueden controlarse clínicamente con la palpación abdominal. Para ser un estudio más objetivo y exacto se obtiene un registro gráfico.

- Registro de la presión intrauterina
- Tocografía externa

Registro de la presión intrauterina.- método que va a permitir medir exactamente la intensidad de las contracciones uterinas, el tono y la amplitud de los pujos.

Registro de la presión amniótica.-puede hacerse por 2 vías diferentes

- Amniocentesis trans abdominal.- por punción a través de la pared abdominal anterior y de la pared uterina.Esta técnica se realiza en el embarazo al inicio del parto cuando el cuello uterino está cerrado y las membranas integra.
- Tocografía externa. Consiste en registrar cambios en la dureza del miometrio .Es inocua no invasiva.

TIPOS DE PARTO

Para Benson, (Benson, 2007)Los tipos de parto se dividen en:

- Parto vaginal espontáneo

- Parto vaginal con fórceps
- Parto abdominal.-cesárea
- Trabajo de parto falso.

Parto vaginal espontáneo

En el parto natural, el bebé nace cruzando por la vagina de la madre, siguiendo las indicaciones del profesional de salud, con la asistencia de poca tecnología o ninguna y sin la ayuda de fármacos.

En la mayoría de los centros asistenciales el parto vaginal ocurre en una posición ginecológica, con la gestante en posición decúbito dorsal, es decir, acostada sobre su espalda y sus pies sostenidos a la altura de los glúteos con el objetivo de favorecer la comodidad del personal médico.

Sin embargo, el parto puede ocurrir naturalmente en posición vertical por ejemplo agachada en el cual la gravedad ayuda a la salida natural del niño. En la litotomía existe más probabilidad de descensos lentos, expulsivos prolongados, sufrimiento fetal y desgarros perineales maternos.

Parto Vaginal con Fórceps

Ocasionalmente el parto vaginal debe verse asistido con instrumentos especiales, como el fórceps o pinza obstétrica que prensa la cabeza del recién nacido con la finalidad de asirlo y halarlo fuera del canal de parto. Se manifiestan con poca frecuencia en ciertos partos difíciles.

Parto Abdominal Cesárea

Es la extracción del feto por medio de una incisión hecha en la pared abdominal y el útero. (Gabbe, Niebyt, & Simpson, 2010). Las causas más frecuentes por las que se realiza una cesárea son:

- Desproporción céfalo pélvica
- Tumores que bloqueen el canal del parto
- Cesáreas previas
- Toxemias

- Placentas previas.
- Sufrimiento fetal agudo.
-

TRABAJO DE PARTO FALSO

Según Echeverría, indica la aparición de contracciones uterinas breves e irregulares tanto en intervalo como en duración sin cambios cervicales se denomina trabajo de parto falso o falsa labor. A menudo resulta conflictivo, en especial durante los días finales del embarazo. Decidir si se ha comenzado el trabajo de parto o la aparición de ciertos signos es una falsa alarma, en especial si se sienten contracciones que no aumenten en intensidad y frecuencia. (Echeverría, 2012).

“Las contracciones leves previas a las verdaderas contracciones del trabajo de parto son normales y llevan el nombre de contracciones de Braxton Hicks. Además de ser contracciones leves, son esporádicas, no tienen un patrón definido y tienden a desaparecer con el descansar, cambiar de posición, baños tibios y la hidratación.” (Benson, 2010).

PRODRÓMICO O PREPARTO

Es un periodo excluido del trabajo del parto el cual no tiene un inicio definido, comienza con la aparición progresiva de un conjunto de síntomas y signos que le servirán a la madre para darse cuenta que se aproxima el momento del parto, aunque no siempre en forma inmediata, así lo manifiesta (Gable & Simpson, 2007) nos dice también que este periodo puede durar hasta dos semanas y finaliza con la dilatación del útero.

No todas las embarazadas perciben que están pasando por la etapa del preparto, por tanto, comienzan directamente con las contracciones rítmicas características del trabajo de parto. Durante este periodo se produce un incremento progresivo de la frecuencia e intensidad de las contracciones, se expulsa a veces el tapón mucoso y se incrementan las molestias a nivel de la pelvis.

PERÍODOS DEL PARTO

Se Menciona en(Germain, 2010),que estos ocurren progresivamente durante la gestación. La duración de cada fase es variable, dependiendo de la paridad de la madre, del tamaño y posición del bebé y de la frecuencia-duración de las contracciones uterinas. Y los clasifica en: Periodo de dilatación y borramiento del cuello uterino, Periodo expulsivo del feto, Periodo de alumbramiento anexos fetales (placenta y membranas). Después del parto se inicia la fase del puerperio o postparto.

Periodo de dilatación

El estudio de investigación de Garza & Guerra, (2009). Coincide con el estudio de Germain, (2010) donde mencionan que el primer período del trabajo de parto tiene como finalidad dilatar el cuello uterino. Se produce cuando las contracciones uterinas empiezan a aparecer con mayor frecuencia, aproximadamente cada 3 - 15 minutos, con una duración de 30 o más cada una y de una intensidad creciente. Las contracciones son cada vez más frecuentes y más intensas, hasta una cada dos minutos y producen el borramiento o adelgazamiento y la dilatación del cuello del útero, lo que permite denominar a este período como período de dilatación.

La duración de este periodo es variable según si la mujer ha tenido trabajos de parto anteriores (en el caso de las primerizas hasta 18 horas) La etapa termina con la dilatación completa (10 centímetros) y borramiento del cuello uterino. (Garza & Guerra, 2009), (Germain, 2010).

Para (Sander, 2012) “Periodo de dilatación, es el periodo del parto que transcurre desde su comienzo hasta que se produce la dilatación máxima del cuello. Es el periodo más largo. La dilatación es máxima o completa cuando permite el paso de la cabeza del feto. Esta se alcanza cuando el diámetro es de unos 10 centímetros.)”

Periodo de nacimiento o expulsión

“Termina con el nacimiento del bebé. Es el paso del recién nacido a través del canal del parto. En el período expulsivo o segundo período distinguimos dos fases: la fase temprana no expulsiva, en la que la dilatación es completa, y no existe deseo de pujar ya que la presentación fetal no ha descendido y la fase avanzada expulsiva, en la que al llegar la parte fetal al suelo de la pelvis, se produce deseo de pujo materno. Cabe recalcar no forzar los pujos hasta que la madre sienta esta sensación, para no interferir con el normal desarrollo del parto.” (Valverde & Solla, 2009).

Periodo de alumbramiento

Comienza en la expulsión de la placenta, el cordón umbilical y las membranas; esto lleva entre 5 y 30 minutos. El descenso del cordón umbilical por la vulva después del parto es una indicación del desprendimiento final de la placenta, cuanto más sale el cordón, más avanza la placenta hacia fuera de la cavidad uterina. Ese movimiento natural del cordón umbilical proporcional al descenso de la placenta se conoce con el nombre de signo de Ahlfeld.

El desprendimiento de la placenta ocurre en dos posibles mecanismos. El primero el desprendimiento ocurre en el centro de la unión útero-placentaria, mecanismo conocido como mecanismo de Baudelocque-Schultze y por lo general son cerca del 95% de los casos.

Menos frecuente es cuando la placenta se desgarrar inicialmente de los lados de la unión útero-placentaria, conocido como el mecanismo de Baudelocque-Duncan. Las contracciones uterinas continúan durante el descenso de la placenta, las cuales ayudan a comprimir los vasos terminales del miometrio que pierden su utilidad después del parto, proceso que se conoce en obstetricia como las ligaduras vivas de Pinard.

CONDUCTA DE LA GESTANTE AL INICIARSE EL TRABAJO DE PARTO

Es imprescindible conocer el estado en que la gestante inicia el parto. Se deberá practicar un examen minucioso aún cuando se conozca la historia clínica durante el embarazo y con mayor razón en caso contrario.

Deberá registrarse la temperatura corporal, el grado de hidratación, la presión arterial y las características del pulso radial. La gestante deberá ser interrogada sobre:

- El comienzo de las contracciones uterinas.
- Sus características desde su iniciación hasta el momento de las rupturas de las membranas ovulares, y si ésta se produjo las anomalías que se pudieron presentarse hemorragias.
- Por la palpación se podrán conocer las características y la presentación, así como también el tono uterino y la frecuencia de las contracciones.
- La auscultación con el estetoscopio obstétrico informará sobre la normalidad y el foco máximo de los latidos fetales.
- Se deberá informar también la (CTG) cardiotocografía.
- El tacto vaginal, que para ser útil no será repetido más de lo necesario, deberá ser completo.
- Se informará sobre: amplitud y elasticidad del periné, vulva y vagina situación de grado de reblandimiento y de borramiento de la dilatación del cuello.
- El grado de amplitud de la cúpula vaginal y del segmento inferior, caracteres de la presentación, variedad actitud posición y altura de los planos de Hodge. Además los tactos deberán ser rigurosamente asépticos utilizando guantes estériles y lubricados.

CONDUCTA DURANTE EL PERIODO DILATANTE

En este periodo ante la seguridad del inicio de parto se aplicara en algunos casos un enema para la evacuación del intestino , también se aplicaran ya los conocimientos inculcados a la madre durante su preparación psicológica , indicándole la forma del pujo y no hacerlo hasta que el cuello no haya alcanzado la dilatación completa.

El comienzo del parto puede sorprender a la madre en ayunas y el trabajo de parto puede resultar largo, en otras puede presentarse vómitos que contribuyan a la deshidratación, por ello es importante observar las mucosas.

La frecuencia cardíaca materna puede variar durante las contracciones uterinas por los cambios circulatorios, por ello se debe medir el pulso radial entre 2 contracciones durante 1 minuto.

La presión arterial también puede modificarse con las contracciones uterinas, y pueden presentarse de 2 formas; mediante un incremento leve y transitorio o una hipotensión sistemática.

Se ha demostrado que la deambulaci3n acorta significativamente el periodo de dilataci3n.

En este periodo dilatante donde la embarazada muestra conductas positivas negativas con respecto a su beb3, muchas son sus emociones quieren que termine su dolor, preguntan cu3nto falta, gritos, en muchas de ellas desesperaci3n, por tanto la enfermera debe estar preparada para las reacciones de 3sta embarazada y tratar de cambiar sus emociones negativas por positivas.

Es por eso que ahora se debe comenzar la preparaci3n concerniente a su embarazo, la respiraci3n en el momento del parto, el manejo del dolor que es natural, lo que va ocurrir que el parto sea m3s llevadero y tratar de cambiar ese temor por tranquilidad. (Echeverria, 2012).

CONDUCTA DURANTE EL PERIODO EXPULSIVO

Se inicia cuando la madre siente espont3neamente la necesidad de pujar y se constata por el tacto la dilataci3n completa del cuello uterino ,se deber3 indicar a la parturienta el momento de los pujos , la forma de respirar y el mantenerse tranquila dando el apoyo psicol3gico.

La enfermera contribuir3 con su presencia a que esta usuaria no se sienta abandonada, pues no es suficiente el registro de la observaciones cada quince minutos; unas cuantas palabras de aliento bastaran para convencerla de que 3sta siendo atendida .El arreglo de las s3banas y almohadas, ayudarle al cambio de

posición y un reposo de método de relajamiento que le fue enseñado harán mucho por elevar su moral.

Pronto volverá a sentirse mal y a creer que no podrá resistir mucho más, pero es un buen signo que puede indicar el final del periodo (Echeverria, 2012).

MECANISMOS DEL PARTO

Para Benson (2007). Durante la mecánica del parto, los diámetros menores del feto pasan por los diámetros mayores de la pelvis materna. Con el fin de no quedar encajado en algún punto durante su trayectoria fuera del útero, el neonato pasa por una serie de movimientos naturales que constituyen el mecanismo del parto. (Benson, 2007).

Encajamiento: generalmente ocurre al final del embarazo o al iniciarse el trabajo de parto, el diámetro de la cabeza del feto que va desde un hueso parietal al opuesto, llamado diámetro biparental, alcanza el estrecho superior de la pelvis a nivel de las espinas isquiáticas.

Descenso: depende de la arquitectura pélvica, ocurre por acción de la gravedad una vez dilatado el cuello uterino, así como de las poderosas contracciones uterinas y de los músculos abdominales maternos. El descenso tiende a ser lentamente progresivo basado en la estructura pélvica materna.

Flexión: en la mayoría de los casos ocurre de manera favorable la cabeza del feto se flexiona, de modo que el mentón fetal hace contacto con su pecho, al encontrarse el primer punto de resistencia del piso pélvico.

Rotación interna: Se lleva a cabo durante el descenso ocurre en el estrecho medio de la pelvis, cuando el feto, al continuar su descenso, hace una rotación de 90° en el sentido contrario a las agujas del reloj, de modo de adaptarse a la configuración romboidal de los músculos del piso pélvico, entre el músculo elevador del ano y los íleo coxígeos. Así, la cara del bebé está dirigida mirando hacia el recto materno.

Extensión: la cabeza del feto atraviesa el canal del parto, se extiende de tal manera que la frente se desplaza primero el orificio vulvar. La cabeza está por debajo de la sínfisis púbica y ha distendido al máximo el perineo.

Rotación externa: una vez que ha salido la cabeza, se gira 45° para restaurar su posición original antes de la rotación interna y quedar en posición normal en relación con los hombros. Se denomina por ella la restitución, haciendo el paso de los hombros más factible.

Expulsión: el hombro púbico tiende a salir primero, seguido por el hombro perineal. El resto del cuerpo sale por sí solo con una leve impulsión materna.

Estos movimientos son debidos a la relación que existe entre la cabeza ósea y hombros del feto y el anillo óseo de la pelvis materna. (BioMed Central , 2010).

Caraballo, nos indican que para entender el mecanismo del parto normal hay que tener en cuenta que el feto, conocido como el pasajero, debe ofrecer sus diámetros menores a los diámetros mayores de la pelvis materna, que es el pasaje. (Caraballo & Abreu, 2011).

El feto puede adoptar diferentes posiciones dentro del útero y debido a que el útero tiene una forma piriforme, con su diámetro mayor en la parte superior y el menor en la inferior, la situación más frecuente es la longitudinal, con presentación cefálica porque el polo más voluminoso del feto es el podálico. Así las nalgas ocupan la parte superior del útero y la cabeza la parte inferior que es la que se presenta en el estrecho superior de la pelvis.

Debido a que la pelvis materna tiene tres planos y que los diámetros varían dependiendo del plano, el feto debe realizar una serie de movimientos, conocidos como "movimientos cardinales del parto", para que ocurra por vía vaginal.

Existen una serie de presentaciones, dependiendo de la parte fetal que se pone en contacto con el estrecho superior de la pelvis materna y la más frecuente es la cefálica, seguida de la presentación de nalgas y, por último, la de hombros.

CONTROL DEL TRABAJO DE PARTO

Para Germain,(2010). Los centros asistenciales equipados con salas de parto tienen diferentes procedimientos y protocolos en la atención del parto. (Germain, 2010) Entre los más frecuentes usados para el monitoreo de la madre y su bebé, están:

Auscultación de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) usando un estetoscopio o con ultrasonido. En algunos centros se acostumbra imprimir el control de los latidos del feto, y en otros son apuntados en un partograma por el personal de atención al parto. Se recomienda auscultar la FCF de forma intermitente, durante 60 segundos como mínimo, cada 15 minutos en el periodo de dilatación y cada 5 minutos en el periodo de expulsivo. La auscultación intermitente deberá interrumpirse y sustituirse por la monitorización continua cuando aparezcan alteraciones en la FCF o en la evolución del parto.

Control de signos vitales: tales como el pulso, la Presión arterial y la frecuencia respiratoria de la madre durante el trabajo de parto. Todos estos valores son registrados en un partograma que dura mientras dure el trabajo de parto.

El tacto vaginal es el método más aceptado para valorar el progreso del parto. El número de tactos debe limitarse a los estrictamente necesarios. Éstos suelen ser experimentados por las mujeres como una fuente de ansiedad, ya que invaden su privacidad e intimidad. Siempre que sea posible deben ser realizados por la misma matrona, ya que se trata de una medida con un componente de subjetividad.

La vigilancia clínica de la evolución del trabajo de parto puede prevenir, detectar y manejar la aparición de complicaciones que pueden desencadenar daño, a veces irreversible o fatal para la madre y el recién nacido. El estudio de la frecuencia cardíaca fetal constituye el método más utilizado actualmente para conocer el estado de oxigenación del feto. El control de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) durante el parto puede realizarse de manera intermitente mediante el estetoscopio de Pinard o utilizando ultrasonidos (Doppler) en las mujeres de bajo riesgo y con una evolución normal del parto.

Echeverría menciona que Todas las

APOYO Y ALIVIO DEL DOLOR EN EL PARTO

Mujeres deben contar con apoyo durante el trabajo de parto y el parto. El apoyo proporcionado por la pareja, u otra persona elegida por la mujer, complementa el que prestan los profesionales. Todas las mujeres tendrían que poder elegir la persona que les proporcionará apoyo social durante el parto; ya sea la pareja, otro miembro de la familia o una amiga. Se debe respetar los deseos de las mujeres y proporcionarles apoyo físico y emocional. (Echeverría, 2012).

El apoyo continuo de la mujer durante el parto ha demostrado tener beneficios, como son una menor utilización de analgesia farmacológica y del número de partos vaginales instrumentales y cesáreas; asimismo, las mujeres se sienten más satisfechas con su experiencia del parto.

Debe proporcionarse información a las mujeres en la gestación y el parto sobre los métodos farmacológicos y no farmacológicos disponibles. Algunas de las técnicas complementarias no farmacológicas de alivio del dolor en el parto que se utilizan son:

- Deambulación y cambios de posición durante la dilatación y el expulsivo. Poder moverse libremente durante el proceso de parto ayuda a la mujer a afrontar la sensación dolorosa.

PAPEL DE LA PAREJA EN EL PARTO

“Cada vez es más evidente que la participación de la pareja de la mujer durante el nacimiento conduce a mejores partos y también afectan de manera positiva los resultados postparto. Las investigaciones también muestran que las mujeres que tuvieron apoyo continuo durante el parto, como un miembro de la familia de la paciente, tienen resultados significativos en términos de reducción en la tasa de cesárea, partos instrumentalizados (como el uso de fórceps), menos anestesia, episiotomía, uso de oxitocina y mayor tiempo de apego, así como una reducción de la duración del trabajo de parto y el bebé nace con una mayor puntuación Apgar” (Dellman 2006, Vernon 2008).

COMPLICACIONES DEL PARTO

Las complicaciones del parto pueden ocurrir durante cualquiera de los periodos del parto y requieren de una intervención rápida y eficaz para evitar el daño en la madre y en su bebé. (Gabbe, Niebyt, & Simpson, 2010).

La no progresión del parto puede deberse a contracciones uterinas muy débiles o irregulares que no producen la dilatación cervical y se trata generalmente con oxitocina intravenosa.

También puede deberse a una desproporción feto pélvico debido a macrostomia fetal o a estrechez del canal pélvico.

El sufrimiento fetal es la aparición de signos que indican el deterioro biofísico del feto. Para ello se monitoriza a la madre con un toco cardiografía fetal la cual establece cierta relación de dos variables que son, la frecuencia cardíaca fetal y la frecuencia e intensidad de las contracciones uterinas.

A su vez otro signo que hace pensar en la pérdida de bienestar fetal, es la aparición de líquido amniótico de color verde o teñido de meconio (heces fetales), el cual es expulsado cuando el feto circunstancialmente o de forma crónica tiene un déficit en el aporte de oxígeno.

Tanto la no progresión del parto como el sufrimiento fetal pueden ser tratados con una intervención inmediata llamada cesárea. En el caso de presentarse una cesárea a la enfermera encargada de recibir a la paciente en la sala de puerperio inmediato se le darán detalles sobre la naturaleza de su operación, los medicamentos que le hayan administrado y cualquier informe acerca de las dificultades encontradas o de la complicación particular que pudiera presentarse .

Se le advertirá si tiene colocado un apósito vaginal sonda y tubos de drenaje, los líquidos intravenosos que le administraran y cuando comenzará a recibir alimentación.

Deberá ser vigilada y monitorizada controlando vías respiratorias permeables, vías periféricas, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, temperatura axilar, color de la piel, diuresis, herida abdominal, apósito de vulva.

PUERPERIO

Es un periodo de transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional que hace regresar paulatinamente todas las modificaciones gravídicas y que se opera por un proceso de involución hasta casi restituir las a su estado primitivo. Solo la glándula mamaria hace excepción a lo expresado puesto que alcanza gran desarrollo y efectividad (Schwartz, 2010).

Para Garza & Guerra, (2009). El puerperio está comprendido entre el alumbramiento y la regresión del cuerpo materno al estado existente previo al embarazo. La duración aproximada de esta fase se estima en unas 6 semanas que transcurren siguientes al parto. En este tiempo la mujer sufre una serie de cambios fisiológicos tanto a nivel local como general. (Garza & Guerra, 2009).

La duración del puerperio alcanza los 40-60 días, se lo divide en:

Puerperio inmediato que abarca las 24 primeras horas

Puerperio propiamente dicho que comprende los 10 primeros días

Puerperio alejado que se extiende hasta los 45 días

Puerperio tardío desde los 45 días hasta los 60 días

En el puerperio también se incluye el período de las primeras 2 horas después del parto, que recibe el nombre de posparto.

En tanto que Caraballo & Abreu (2011) lo mencionan como el período que se extiende desde el nacimiento del feto y la expulsión de la placenta y sus membranas, hasta la regresión total de las modificaciones inducidas por el embarazo. El puerperio puede ser precoz, que incluye las primeras 24 horas de posparto o tardío, que va desde de 24 horas hasta los 40 días.

CAMBIOS EN EL PUERPERIO

Según Quisber (2010) los cambios que se presentan en el puerperio son abruptos y se presentan de la siguiente manera:

- Cambios físicos: Competen a mamas, altura uterina, loquios y suturas.
- Cambios psíquicos: Acomodo a la nueva situación y adaptación al rol materno.
- Cambios familiares: Adaptación a un nuevo miembro en la familia, con posibles cambios en la relación de pareja y con respecto a los hijos anteriores (si existieran), pues se debe compaginar su atención con la del R.N.

Si los fenómenos se suceden naturalmente y sin alteraciones, el puerperio será normal o fisiológico, en caso contrario será irregular o patológico. Se trata de un período muy importante, ya que es el tiempo de aparición de los factores que lideran las causas de mortalidad materna, como las hemorragias posparto, entre otras. Por ello, se acostumbra durante el puerperio tener controlados los parámetros vitales y la pérdida de sangre maternos.

El enfoque principal del cuidado durante el puerperio es asegurar que la madre sea saludable y esté en condiciones de cuidar de su recién nacido, equipada con la información que requiera para la lactancia materna, su salud reproductiva, planificación familiar y los ajustes relacionados a su vida.

PUERPERIO INMEDIATO

El puerperio inmediato como lo indica (Benson, 2007) Comprende hasta las 24 horas siguientes al parto.

Luego de la evacuación del útero la mujer experimenta una sensación de alivio y bienestar, de facies aun después de una noche agitada se haya normalmente coloreada, la respiración es normal, el pulso lleno regular y amplio, la tensión arterial normal o algo baja.

En ocasiones pueden sobrevenir algunas molestias como sensación de quemadura a nivel de la vulva, en algunos casos dolor en la cara interna de los muslos debido a la fatiga muscular. Pero el fenómeno más llamativo que puede producirse es el escalofrío. En este caso la púérpera se pone pálida y es atacada bruscamente por un temblor generalizado.

Existe una pérdida de peso de 4 a 6 kg. La puérpera suele tener una respiración profusa .con abundante eliminación de orina por el agua acumulada.

En Reeder Menciona que es en este periodo en que se deben de dar los cuidados maternos óptimos para ser definidos como el cumplimiento de aquellas medidas necesarias para alcanzar el bienestar físico ,mental y social no solo para la madre sino para el niño y la familia.(Reeder, 2007).

“En este período denominado "puerperio inmediato”, para (Alcázar, 2009) la madre y el niño deben estar juntos para favorecer el inicio de la lactancia, la seguridad del niño y su tranquilidad. En este sentido, se emplea el concepto "alojamiento conjunto" para designar la permanencia del bebé en el mismo cuarto que su progenitora, mientras se encuentran en el hospital o lugar del alumbramiento. Para favorecer ese "alojamiento conjunto" e instaurar una lactancia exitosa es de vital importancia el descanso y la tranquilidad de la madre y el recién nacido, por lo que se deberían reducir en número y duración las visitas por parte del entorno durante los primeros días.”.

CONTROL DEL PUERPERIO INMEDIATO

Cuando La paciente es trasladada a la sala de recuperación o permanece en la sala de parto para su observación y tratamiento cuando menos 2 horas después del parto. La puérpera requiere una serie de cuidados que incluyen, (Gabble & Simpson, 2007).

Valoración del nivel de conciencia

Es el estado en que la persona se da cuenta de si misma y del entorno que le rodea. La usuaria llegará al área de post parto en alerta, (CyO) es decir, despierta respondiendo a su nombre y con una actitud mental intelectual y afectiva suficiente para permitirle integrar y responder a lo estímulos internos y externos (Asensio L, 2009).para ello se la valorará en escala (Glasgow) la cual nos indicará el grado de bienestar o complicación.

- Somnolencia: Paciente con tendencia al sueño con respuesta adecuada a órdenes verbales simples y complejas, así como a estímulos dolorosos. Podría encontrarse bajo efectos de anestesia.

- **Obnubilación:** hay respuesta a órdenes verbales simples y a estímulos dolorosos, pero no a órdenes verbales complejas.
- **Estupor:** existe una falta de respuesta a todo tipo de órdenes verbales pero presenta una reacción adecuada a los estímulos dolorosos.
- **Coma:** ausencia de respuestas a órdenes verbales y a estímulos dolorosos, al menos de forma correcta.

Cabe recalcar que ninguna paciente será abandonada por su anestesiólogo, hasta que no esté totalmente despierta (Bermejo, 2009).

Masaje uterino y tratamiento de la hemorragia.

Después del tercer periodo de parto el útero debe ser palpado con frecuencia por varias horas para cerciorarse de su firmeza para evitar la hemorragia. La matriz se contrae, se palpa como una masa dura en el abdomen por debajo del ombligo, de forma que colapsa los vasos sanguíneos y deja de sangrar activamente. Estas contracciones, que pueden ser dolorosas en algunos casos, son los denominados entuertos.

El personal sanitario podrá administrar analgésicos si es preciso. Los entuertos suelen ser más dolorosos a partir del segundo o tercer parto, y se manifiestan sobre todo al amamantar al bebé.

Deberá ejercerse una estrecha vigilancia sobre todo durante las primeras horas del puerperio inmediato; se pondrá énfasis en el control de la pérdida sanguínea (loquios) en todos sus aspectos color, olor, cantidad frecuencia del pulso, tensión arterial, y la formación y persistencia del globo de seguridad de pinar.

Control de los signos vitales

Los primeros días y sobre todo en las primeras horas se deberán controlar cuidadosamente los signos vitales “temperatura, pulso, tensión arterial”. Al mismo tiempo que se hace la palpación uterina se debe tomarse la frecuencia y el ritmo del pulso. Esta revisión se hace cada 15 minutos durante la primera hora del parto, ya que es el primer signo de pérdida sanguínea.

El descenso de la presión arterial puede indicar la presencia de choque.

Ejercicio y ambulación precoz

El levantamiento de la puérpera debe ser precoz, entre las 12 y 24 horas, ya que da ayuda psicológica y una sensación de bienestar, apresura la involución del útero. Se la tendrá más tiempo en reposo si el parto ha sido distócico, si ha habido hemorragia o si se siente dolorida o asténica.

El levantamiento temprano al activar la circulación de retorno evita la estasis sanguínea y previene el peligro de las complicaciones venosas; además favorece la función intestinal y vesical restablece la tonicidad de los músculos abdominales.

Durante este primer día existe un derrame sanguíneo líquido mezclado con coágulos que alcanza una cantidad de 100- 400 ml ya que varía según las mujeres pero una cantidad mayor deberá investigarse controlando con frecuencia apósitos y paños.

Las pérdidas vaginales se denominan loquios. Al principio serán rojos y al cabo de los días cambiarán a color marrón y posteriormente amarillento. Debe controlarse la cantidad de los loquios así como su olor para detectar posibles infecciones lo antes posible.

Dieta

Tan pronto como la paciente esté libre de los efectos de analgesia o anestesia se le podrá servir una dieta normal incrementada en proteínas calorías y abundante líquidos.

Por otro lado Reeder, Indica que después del parto se debe proveer alimentos nutricionales que suplan las calorías y nutrientes requeridos para la lactancia, si no ha recibido anestesia general o tenga náuseas no hay contraindicación para ingerir una dieta normal si su parto ha sido fisiológico.(Reeder, 2007).

Cuidado de la vejiga

Es importante que la primera micción posparto no se demore en exceso para evitar infecciones de orina y favorecer la correcta contracción uterina. En algunos casos se mantendrá una sonda urinaria las primeras horas posparto. Es esencial evitar la sobre distensión vesical, la vejiga por lo general es hipotónica en el embarazo y después del parto. La primera micción puede ser dificultosa.

En algunas mujeres se presenta una incontinencia urinaria los primeros días posparto que precisará rehabilitación de la musculatura con ejercicios de Kegel. El ritmo intestinal también está modificado los primeros días con un cierto grado de estreñimiento.

Mantener globo de seguridad de Pinard

Es un índice de buena hemostasia de la brecha placentaria por las “ligaduras vivientes” que determina su formación y permanencia se comprueban por medio de la palpación al percibir al útero a nivel o por debajo del ombligo con límites bien definidos y de consistencia firme.

Se debe estimular la contractilidad uterina mediante el masaje por palpación y la administración de oxitócicos, se debe también controlar la herida y su buena cicatrización, tanto en cesáreas como en partos vaginales y debe administrarse la analgesia necesaria para la mitigación del dolor. Es muy importante la correcta higiene de la episiotomía, lavándola con agua y jabón cada vez después de ir al baño, manteniéndose seca la zona.

Cambios físicos

La madre debe ser examinada en busca de lesiones del canal blando del parto y suturada de ser indicado. Es un período en el que son comunes el estreñimiento y las hemorroides, por lo que se debe prestar atención a los síntomas que sugieran estas condiciones.

La vejiga debe ser vigilada para prevenir una infección o detectar retención, y así cualquier otra patología que pueda ocurrir durante el puerperio, como el síndrome de Sheehan. (Gabble & Simpson, 2010).

Eliminación del agua

Durante el embarazo se presenta un aumento de agua en los tejidos, que es eliminada durante las primeras semanas de puerperio. Aumenta la eliminación de orina y sudor: por este método se pierden cerca de dos litros de agua.

La pérdida de agua, unida a la expulsión del contenido del útero, a la pérdida de sangre, a la involución del aparato reproductor y a la lactancia, determina una disminución de peso en la mujer de cerca del 12,5%.

Modificaciones en el aparato circulatorio

La frecuencia cardíaca, que había aumentado a causa del cansancio después del parto, vuelve a su estado normal; a veces puede presentarse una bradicardia puerperal y tiene que considerarse como una respuesta fisiológica del organismo.

Las venas, que se habían debilitado y podían romperse con facilidad, recuperan su estado normal. Todavía serán dolorosos e hinchados los nódulos hemorroidales, que volverán a la normalidad durante la primera semana de puerperio.

Modificaciones a nivel hormonal

La cantidad de hormonas estrógenos vuelve a la normalidad. La progesterona vuelve a los niveles normales después de 5-6 días, y la gonadotropina coriónica humana desaparece de la sangre y la orina después de 6 días.

Las glándulas endocrinas vuelven a funcionar dentro de sus valores normales, después de la hiperactividad debida al embarazo. Enseguida después del parto, la hipófisis secreta en notable cantidad prolactina, que estimula la producción de leche.

Modificaciones en el abdomen

El volumen del abdomen disminuye y eso facilita los movimientos del diafragma, permitiendo la respiración más amplia y más profunda. El estómago y el intestino pueden padecer una ligera dilatación, con una leve disminución de velocidad de la función digestiva.

El apetito al principio es escaso, mientras que aumenta la sensación de sed. Después, el apetito vuelve a su estado normal, más lento es el retorno de la actividad intestinal a sus niveles normales.

Modificaciones en la piel

Como lo indican (Gabble & Simpson, 2010), (Benson, 2007). La piel del abdomen queda flácida y propensa a la aparición de pliegues. La hiperpigmentación desaparece rápidamente (línea alba, rostro, genitales exteriores, cicatrices abdominales a causa de la sudoración abundante, es posible que se den fenómenos de irritación cutánea.

Después del parto puede aparecer un período de escalofríos, que puede ser intenso y durar algunos minutos, o bien fugaz y desaparecer enseguida, la temperatura de la mujer durante el primer día puede elevarse (la temperatura axilar alcanza los 38 °C). Si la temperatura supera los 38 °C o dura más de 24 horas, hay que empezar a considerar eventuales complicaciones patológicas.)

Modificación en las defensas inmunitarias

Durante el puerperio, las defensas inmunitarias disminuyen. Las mujeres que padezcan alguna enfermedad infecciosa sufren un empeoramiento después del parto y estas son:

Modificaciones anatómicas

El orificio del cuello del útero en las mujeres que han dado a luz sufre una modificación definitiva: de ser redondo se transforma en una hendidura dispuesta transversalmente. El fenómeno se debe a las pequeñas laceraciones producidas por el paso del feto.

La distensión del ostio vaginal determina la desaparición de toda huella del himen. Sólo quedan pequeños restos carnosos, las llamadas carúnculas mirtiformes.

Modificaciones en el útero

El útero, que durante la gestación aumentó de tamaño unas 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.

La involución del cuerpo del útero afecta a todos los niveles:

El peritoneo se dispone en pliegues que, sucesivamente, desaparecen.

La musculatura se reduce considerablemente, gran parte de las fibras musculares formadas a causa del embarazo desaparecen y las restantes vuelven a sus dimensiones normales.

Al término del parto, el cuello uterino no se distingue del cuerpo uterino. Después de un día, el cuello se ha reconstituido, pero el canal se ha dilatado, lo que permite el paso de gérmenes. Sólo después de un mes del parto el canal cervical vuelve a sus dimensiones originales.

Modificaciones en los ovarios

El cuerpo lúteo gravídico en los ovarios desaparece. El sistema hormonal vuelve gradualmente a las condiciones que permiten una nueva ovulación.

El período de reanudación de la ovulación y, consecuentemente, de la menstruación, varía notablemente: en la mujer que no amamanta, después de unos 40 días (75% de los casos). En la mujer que amamanta, experimenta un retraso

(amenorrea de la lactancia) variable (25% de los casos), que puede durar toda la lactancia; raras veces también puede durar más allá del destete.

Modificaciones en la vagina

La vagina retoma las condiciones normales en unos diez días. Los pliegues de la mucosa disminuyen: las paredes vaginales son más lisas. Esta también pierde su lubricación.

REACCIONES DE LA MADRE DURANTE EL PUERPERIO

Inmediatamente después del parto la madre por lo general experimenta una sensación de fatiga comparable con aquella que normalmente sigue a una actividad muscular.(Reeder, 2007).

Estará interesada en ver tocar al niño y hablar con el padre. A un cuando esta primera visita familiar es muy breve esta es una experiencia que les proporciona gran satisfacción a los padres.

Después de esta experiencia todo esfuerzo se hará a fin de que la madre obtenga el tan ansiado descanso.

El curso del puerperio normal sigue un proceso de regeneración y cicatrización prevista y que no se limita al aspecto físico de la paciente .Debe asumirse un nuevo papel con todas sus tareas, debe formarse nuevas actitudes y ciertos ajustes deben tener lugar antes que el proceso de regeneración esté completo.

Echeverría menciona ‘La atención durante el puerperio exige ciertos cambios de actitud. La enfermera debe ajustar la conducta al cuidado de una mujer adaptada y sana en lugar de una enferma, identificarse a ella, proporcionar seguridad aunque en algunos casos viendo que es rechazada por la paciente y le hace sentirse innecesaria, esa actitud aparentemente egoísta de la paciente es completamente natural y normal. Al terminar el parto se verifica un cambio sutil en las relaciones enfermera paciente. (Echeverría, 2012).

ALTERACIONES EMOCIONALES EN EL POSPARTO

Tener un bebé es un acontecimiento feliz para la mayoría de las mujeres pero los cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que comporta hacen que las mujeres sean más vulnerables a cambios en su estado de ánimo en el posparto, más aun cuando se desea ser el centro de atención y esto puede ser difícil de lograr en una sala con diez o veinte pacientes. Estas alteraciones merman el nivel de salud de la mujer que acaba de tener un hijo. Podemos dividir los cambios emocionales posparto en tres grandes grupos: melancolía posparto, depresión posparto y psicosis posparto. (Garza & Guerra, 2009).

Depresión posparto

Echeverria, hace mención que Un 70-80% de las mujeres al segundo o tercer día después del parto presentan la llamada melancolía posparto o depresión del tercer día que tiene una duración de entre unas y tres semanas. Estas mujeres se sienten débiles, solas y angustiadas, es una forma leve de depresión. La melancolía posparto se caracteriza por labilidad emocional, accesos de llanto y tristeza que no llegan a tener suficiente intensidad como para precisar tratamiento farmacológico, siendo el tratamiento psicológico muy útil. Las pacientes describen que se sienten heridas con mucha facilidad, que se enfadan por cualquier pequeño incidente y en algunos casos pierden interés por el bebé. La mayoría de casos este síndrome es leve y transitorio y remitirá espontáneamente sin secuelas. (Echeverria, 2012).

Las mujeres con depresión posparto generalmente presentan varios de estos síntomas:

Pereza

Fatiga

Tristeza

Alteración del sueño y del apetito

Falta de concentración, confusión

Pérdida de memoria

Irritabilidad hacia la pareja y familia.

Sentimiento de culpa

Pérdida de lívido

Miedo a autolesionarse o a lesionar al niño

Sobrepotección del niño, consultas repetidas al especialista por estimar que está siempre enfermo

Intolerancia hacia el bebé

Síntomas ansiosos: angustia intensa, miedo, palpitaciones.

Los factores de riesgo de padecer depresión posparto son:

Depresión posparto previa

Depresión no relacionada con el embarazo

Síndrome premenstrual severo

Antecedente de trastorno de la alimentación

Embarazo no deseado

Embarazo en adolescentes

Desarraigo cultural

Situación socioeconómica comprometida

Estrés psicosocial en los últimos 6 meses

PROBLEMAS POTENCIALES DEL PUERPERIO

- Alteración de signos vitales,
- Desgarro de membranas en el parto: se indicará ecografía en las primeras 24 horas.
- Metrorragia abundante en puerperio inmediato: comprobar atonía uterina, cantidad de las pérdidas.

- Ausencia de micción espontánea: si en la 6-8 horas después del parto no se produce dicha micción es aconsejable evacuar la vejiga mediante sondaje.
- Grietas en mamas: valorar y aconsejar técnica correcta.
- Inflamación en episiotomía: hielo local en periné.

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL PUERPERIO INMEDIATO

Para Rosemary, las actividades de enfermería que se deberán llevar en el puerperio inmediato, son:

- Monitorizar la constantes vitales en la primera hora mínimo 3 veces
- Controlar el sangrado trans vaginal (loquios) valorando cantidad color, olor durante el tiempo de permanencia.
- Se llevará un control de la pérdida sanguínea, frecuencia del pulso, tensión arterial, y la formación y persistencia del globo de seguridad de pinar.
- Valorar las mamas y aconsejar técnica correcta para la lactancia materna
- Valorar la diuresis, la sonda si existiera durante el puerperio, ya que si bien es cierto demora la diuresis en la primeras horas podría presentarse una retención de orina debido la formación de un edema en la zona quirúrgica y coágulos de sangre.
- Valorar el dolor comprobando su localización intensidad y características porque pueden indicar la aparición de complicaciones que necesiten una valuación inmediata.
- Mantener el control y la higiene de la episiotomía para prevenir infecciones.
- Mantener una hidratación para favorecer la diuresis
- Permitir el descanso de la paciente lo máximo posible. Puede que lo único que pueda hacer sea comer, dormir y cuidar a su bebé. Y eso está bien.

- Enseñar los ejercicios de Kegel para recuperar el tono muscular anterior y fortalecerlo.
- Atención diaria y seguimiento del progreso del bebé (peso, temperatura, control cicatrización cordón umbilical, reflejo de succión).
- Ayuda con la higiene de la madre y la del bebé.
- Dar Información y consejo para complementar sus conocimientos y aumentar su visión sobre el cuidado del neonato. (Rosemary, 2009).

ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN EL PUERPERIO INMEDIATO

El enfoque principal en el puerperio es construir una estructura que pueda cubrir las necesidades de la usuaria, la familia y sociedad y reinsertarla a las (ABVD) actividades básicas de la vida.

La aplicación del proceso de enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el usuario, y la enfermera quien debe garantizar la calidad de los cuidados así como la profesionalidad. Para ello las instituciones de salud cuentan con un personal idóneo en la materia como lo son la enfermera profesional y no profesional.

Es la enfermera de la salud que a través del proceso de enfermería desempeña sus funciones como promotor, cuidador y educador de la salud proporcionando cuidados con bases éticas y científicas, y cuenta a su vez con el apoyo de la enfermera no profesional quien presta sus servicios con una titulación técnica o una formación básica bajo supervisión de un superior para mejorar la (CV) calidad de vida de las usuarias.

El plan de cuidados enfermeros es una pauta escrita para el cuidado de un cliente. Los planes de cuidados escritos documentan las necesidades de cuidados del cliente .Además el plan escrito comunica a las otras enfermeras y profesionales sanitarios los datos de valoración pertinentes del cliente ,una lista de problemas y tratamiento, el plan de cuidados está diseñado para disminuir el riesgo de que se produzca un cuidado incompleto inexacto.

El plan de cuidados está diseñado de manera que cualquier enfermera pueda identificar y planificar rápidamente las acciones de enfermería que se llevarían a cabo.

La valoración enfermera y la formulación de los diagnósticos enfermeros son esenciales para la fase de planificación del proceso enfermero.

Además de colaborar con el cliente y la familia, la enfermera consulta con otros miembros del equipo sanitario, modifica los cuidados y registra la información sobre las necesidades de salud.

- La enfermera debe ser competente en las tres áreas
- Conocer el fundamento científico
- Poseer la habilidad necesaria psicomotriz e interpersonal
- Ser capaz de funcionar en un entorno determinado para utilizar los recursos sanitarios disponibles. (Potter, 2008)

ÁMBITO ORGANIZACIONAL REGLAMENTACION INTERNA/ MANUAL NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA PROPORCIONAR LOS CUIDADOS

En todo establecimiento de salud se constatará la existencia de procedimientos respecto de:

- Manejo, traslado y disposición de productos terapéuticos, radioactivos, muestras, especímenes dentro y fuera del establecimiento.
- De prevención y control de infecciones intra-hospitalarias
- Conservación, custodia de estupefacientes, psicotrópicos, y productos farmacéuticos.
- Manejo y distribución material, insumos, equipos como :camillas ,porta sueros, bidet, ropa limpia,etc.
- Manejo, retiro y disposición de material, insumos, instrumental, equipos y ropa sucia.

- Recintos administrativos y de uso público.
- Servicios higiénicos.
- Pasillos y vías de circulación horizontales y verticales.
- Procedimientos de rutina de limpieza y aseo general del establecimiento.
- Recintos generales (oficinas, talleres, bodegas, mantención, calderas, etc).
- Limpieza de sistema de climatización (equipos aire, filtros, rejillas, otros).(INSALUD).

Equipamiento básico unidad gineco obstétrica (Norma Técnica Básica en salud 2010).

- Ecógrafo
- Tensiómetros
- Monitor de frecuencia cardiaca y electrocardiografía con registro Electrocardiograma
- Monitor presión arterial no invasivo
- Equipo monitoreo cardiofetal
- Detector de latidos fetales(dopler)
- Máquina de Anestesia
- Balanza adulto con cartabón
- Balanza lactante
- Cuna radiante
- Cuna procedimientos
- Incubadora
- Oxímetro pulso neonatal
- Monitor cardiaco

- Lámpara de procedimientos
- Bombas de infusión o jeringa de infusión
- Acceso a Incubadora de transporte
- Acceso a ventilador mecánico de transporte
- Biombos
- Carro de procedimientos
- Camilla de traslado
- Silla de ruedas
- Negatoscopio cuando corresponda
- Calentador líquidos
- Refrigerador para conservación de medicamentos.

CUIDADOS PERSONALES EN EL PUERPERIO

Cuidados de tipo físico

- Involución (fondo uterino, loquios, entuertos).
- Baños de tina y regadera.
- Cuidado del perineo (Baño de asiento, duchas perineales).
- Cuidado de las mamas (uso del sostén, limpieza, vaciado de la leche)
- Nutrición e hidratación.
- Reposo y sueño.
- Ejercicio (Deambulacion, ejercicios de Kegel y de post parto).
- Eliminación urinaria e intestinal.
- Signos de peligro que deben informarse de inmediato.

Cuidados personales de tipo psicosocial

- Ajuste emocional (recordar el parto, imagen personal, depresión).
- Adaptaciones familiares para el recién nacido.
- Cambios de estilo de vida.
- Sexualidad y anticonceptivos.
- Recursos de la comunidad (grupos de apoyo para la madre, personas que ayuden en el hogar, agencias y servicios familiares, apoyo para la lactancia).

SEÑALES DE PELIGRO EN EL PUERPERIO

- Hemorragia vaginal abundante o loquios color rojo brillante.
- Fiebre.
- Área genital inflamada, adolorida, enrojecida o caliente en una pierna.
- Área caliente enrojecida, adolorida o caliente en las mamas.
- Sensación quemante o calor al orinar, incapacidad para efectuar la micción.
- Dolor persistente en el perineo o pelvis. (Echeverría, 2012)

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Proceso sistemático, organizado ordenado que tiene como objetivo satisfacer una necesidad del cliente ya sea este a corto mediano o a largo plazo. (Quisber, 2010)

Se divide en 5 etapas:

Valoración: Es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.

Diagnóstico de Enfermería. Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.

Objetivos: Los cuales deberán ser medibles para ser cumplidos.

Planificación: Se deben desarrollar estrategias para prevenir y minimizar las complicaciones.

Ejecución: Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.

Resultados: Respuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos

Objetivos.

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

Hace falta una interacción entre el personal de enfermería y el paciente además de tener una serie de capacidades:

Capacidad técnica (manejo de instrumental y aparataje).

Capacidad intelectual (emitir planes de cuidados eficaces y con fundamento científico).

Capacidad de relación (saber mirar, empatía y obtener el mayor número de datos para valorar).

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

Para el paciente son:

Participación en su propio cuidado.

Continuidad en la atención.

Mejora la calidad de la atención.

Para la enfermera:

Se convierte en experta.

Satisfacción en el trabajo.

Crecimiento profesional.

Características del proceso de atención de enfermería

Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.

Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.

Es dinámico: Responde a un cambio continuo.

Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.

Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.

Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería (Gilson, 2009).

Diagnóstico de enfermería

Es un enunciado del problema real o potencial del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente, (Potter, 2008).

Planteamiento de los objetivos

Una vez que hemos priorizado los problemas que vamos a tratar, debemos definir los objetivos que nos proponemos con respecto a cada problema, teniendo presente que los objetivos sirven para:

- Dirigir los cuidados.
- Identificar los resultados esperados.
- Medir la eficacia de las actuaciones.

Las finalidades de los planes de cuidados están dirigidas a fomentar unos cuidados de calidad, mediante:

- Los cuidados individualizados.
- La continuidad de los cuidados.
- La comunicación.
- La evaluación.

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

En la Guía de Nanda, señala, que el PAE tiene un enfoque holístico, considerando tanto los problemas físicos como los efectos de los mismos sobre el funcionamiento de la persona como ser individualizado. El mantenimiento de este enfoque asegura que se cubran las necesidades únicas y ayuda a la enfermera a adaptar las intervenciones al individuo (y familia) en vez de hacerlo a la enfermedad.(Nanda, 2009).

Objetivos del plan de enfermería

- Proporcionar cuidados de enfermería respetando la dignidad y la unidad de la persona, para contribuir a la recuperación de su estado de salud, involucrando a la familia.
- Identificar problemas reales y/o potenciales en base a patrones funcionales.
- Establecer una relación de empatía y comunicación con el paciente.
- Identificar el medio físico, psicológico y social; en el que se desenvuelve el paciente.

- Permitir la adopción de nuevas conductas que le ayuden a la paciente a mantener su propio bienestar.

INDICADORES DE EVALUACIÓN Y REGISTROS EN EL PUERPERIO INMEDIATO.

Se anotarán siempre en la hoja de DIARIO DE ENFERMERIA, con hora, fecha y firma de la enfermera responsable, los siguientes datos:

- Signos vitales
- Numero de micciones
- Sangrado transvaginal
- Episiotomía,
- Actitud ante la lactancia materna.
- Educación para la salud. (Clavero & Botella, 2010).

LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna es la forma más apropiada de alimentación del niño desde su nacimiento, por ello se recomienda que sea exclusiva hasta los 6 meses y complementada por otros alimentos hasta los dos años de edad.

El contacto que se establece en la lactancia materna, fortalece el vínculo entre la madre y el niño, ya que es un momento íntimo, hermoso. Esta relación hace que la madre se interese más en su hijo, lo conozca mejor, lo descubra y cuide. Para ello se deben de preparar esos pezones, valorar la formación para una lactancia eficaz.

Si la madre brinda lactancia materna desde que el niño nace no tendrá problemas por la falta o cantidad insuficiente de producción de leche, en tanto la madre no presentará temor porque ella sabrá que la lactancia materna brinda al niño protección inmunológica, el calostro y la leche madura contienen: agua, leucocitos, factor lifido, lisosoma, que son sustancias activas que protegerán al niño de alergias e infecciones. (Meléndez & Velásquez, 2011).

FOMENTO DE LA LACTANCIA MATERNA

El personal de enfermería deberá valorar la disposición de la paciente e identificar las dificultades que pudieran tener en el estado y el cuidado de las mamas, los beneficios de la lactancia materna y las técnicas de amamantamiento

INICIO DEL VÍNCULO MATERNO-FILIAL

Alojamiento Conjunto

Cuando la mujer llega a nuestra área debemos llevar al R.N. con ella. Estimular que lo coja en brazos e inicie la (L.M.) Lactancia materna cuanto antes mejor, favoreciendo así la comunicación madre-hijo. La mujer necesita información, ayuda y apoyo para fortalecer este vínculo. Si el R.N. se ingresa en Servicio de Neonatos, remitir allí para información.

CONTEXTUALIZACION DEL TEMA U OBJETO DE ESTUDIO

¿Es adecuada la atención de enfermería que se les proporciona a las mujeres en el puerperio inmediato del área de postparto del hospital Gineco Obstétrico Enrique C Sotomayor.?

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Tipo de estudio

Este estudio es descriptivo, observacional.

Universo

El universo está representado por 17 personas comprendidas entre:5 licenciadas en enfermería ,12 auxiliares de enfermería de los 3 turnos que laboran en el área de post parto del hospital Gineco obstétrico Enrique C Sotomayor.

Muestra:

La muestra está comprendida por diecisiete personas

- Cinco licenciados
- Doce auxiliares de enfermería

Técnicas

Encuesta realizada

Observación directa.

Instrumento

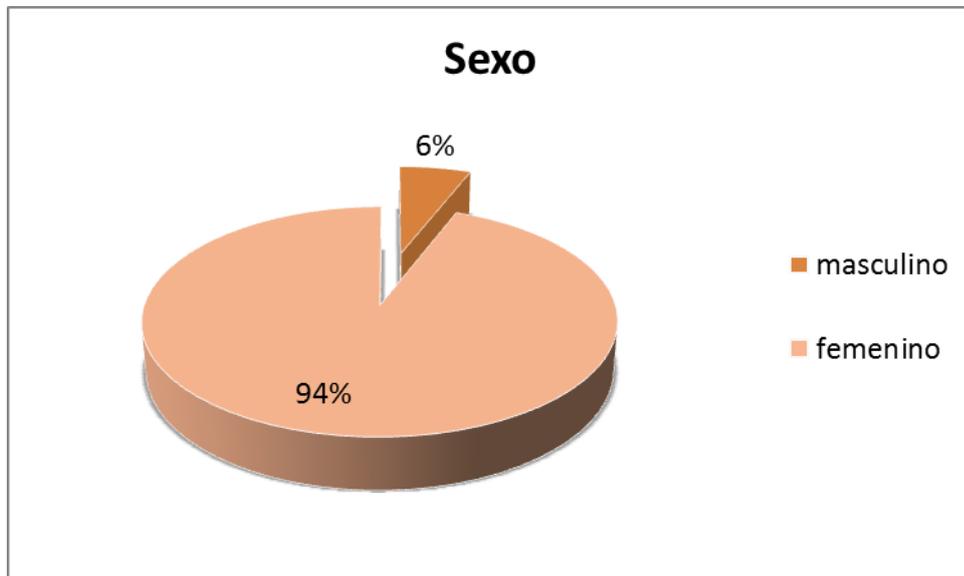
Guía de observación de la atención de enfermería realizada en el área de post parto.

Encuesta realizada al personal de enfermería que labora en el área de post parto inmediato.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

GRÁFICO N° 1

Sexo del personal de enfermería

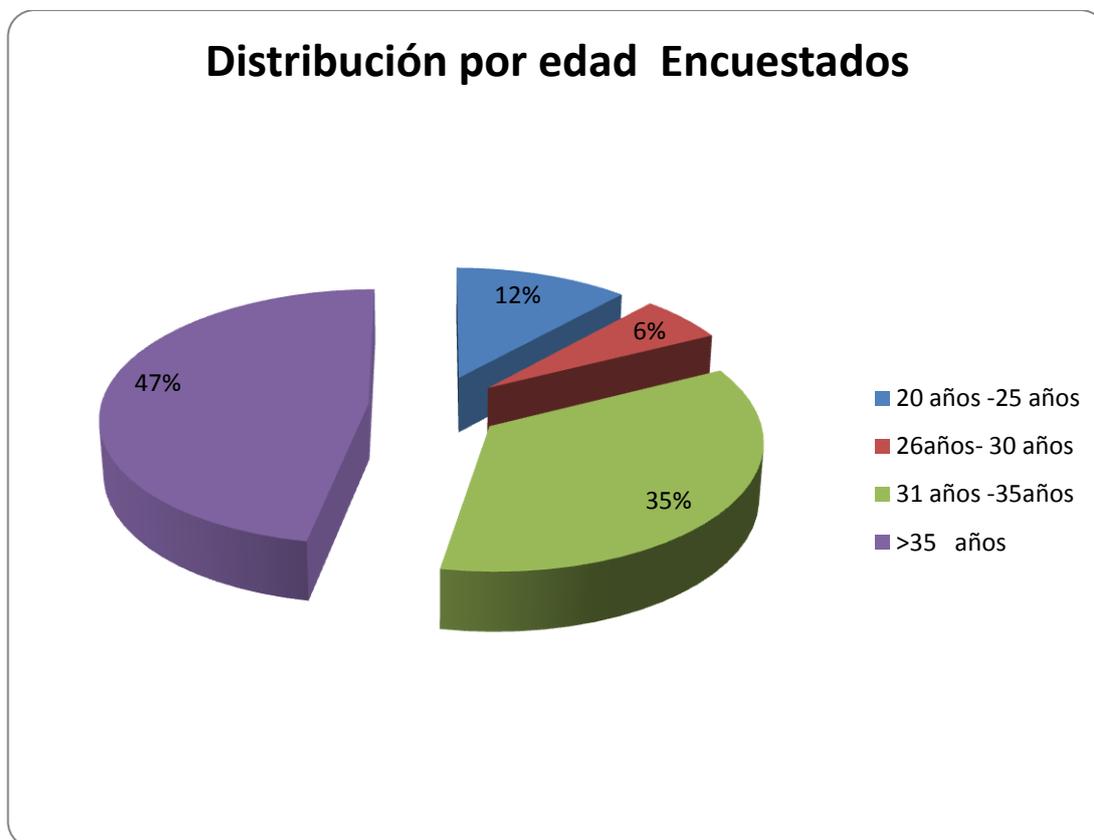


Fuente: Encuesta aplicada al personal de enfermería
Elaborado: Wendy Elizabeth Onofre Villacrés.

Análisis: Analizando el gráfico se puede observar que el 94% del personal de enfermería que labora en el área de post parto son de sexo femenino y el 6% de sexo masculino. Los resultados muestran que el personal femenino prevalece en el cuidado enfermero, La perspectiva de este análisis pone en evidencia la enfermería como grupo mayoritariamente femenino, por la idiosincrasia y cultura de las usuarias que asisten a esta unidad de salud.

GRÁFICO N° 2

Edad del personal de enfermería

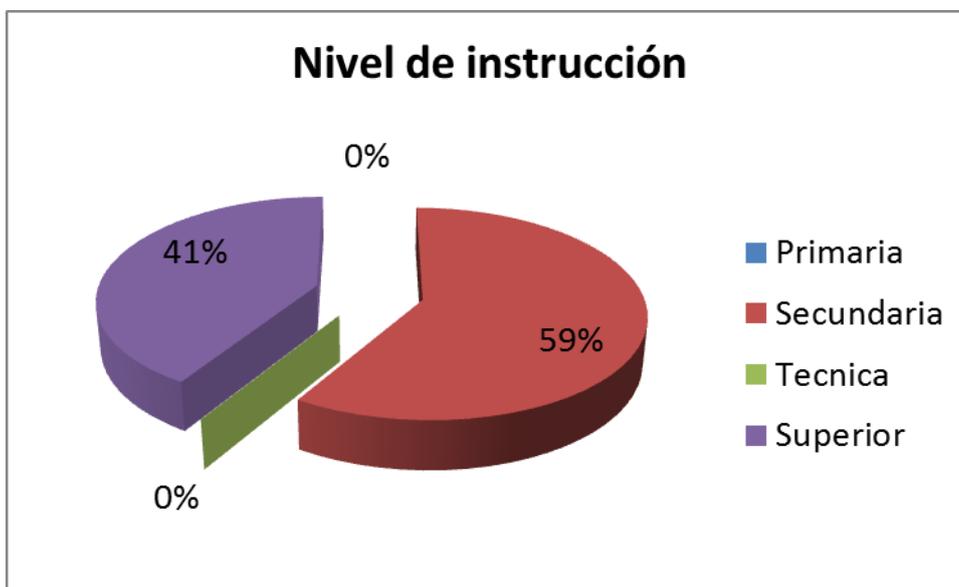


Fuente: Encuesta aplicada al personal de enfermería
Elaborado: Wendy Elizabeth Onofre Villacrés.

Análisis: Se observa que el grupo etario mayores de 35 años corresponde al 47%, seguido de 31-35 años con un 35%, de 20-25 años con un 12%, de 26-30 años con un 6%. En el área de post parto se conjugan, experiencia y vitalidad, lo empírico y lo científico en cualquiera que sea su edad para proveer una atención de calidad a las puérperas.

GRÁFICO N°3

Nivel de instrucción del personal de enfermería

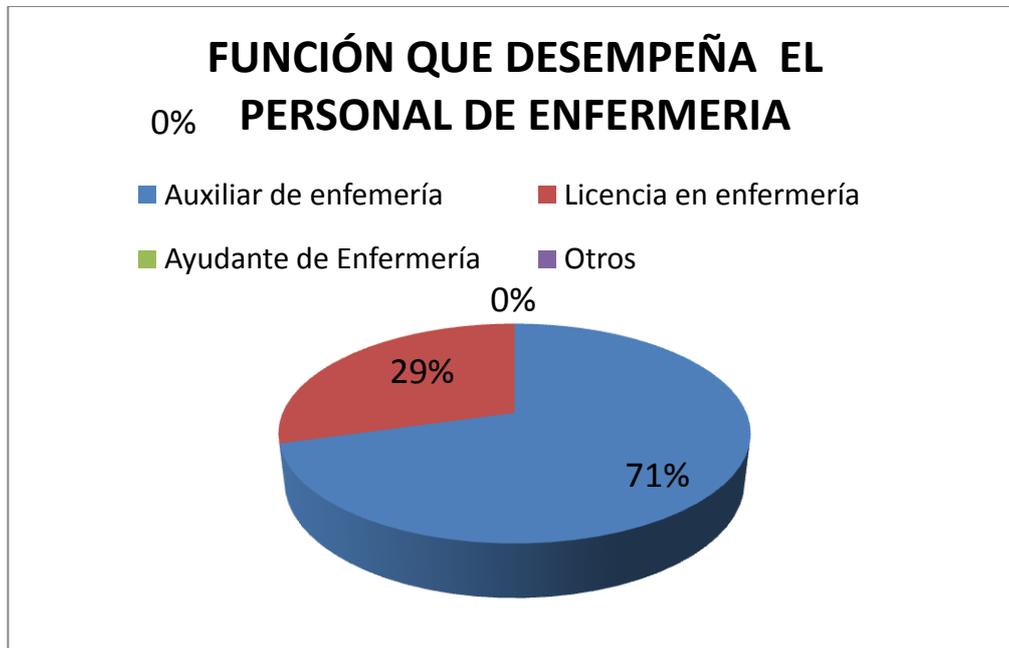


Fuente: Encuesta aplicada al personal de enfermería
Elaborado: Wendy Elizabeth Onofre Villacrés

Análisis: Los datos reflejan que un 59% del personal de enfermería son de instrucción secundaria seguidos de un 41% de nivel superior del personal de enfermería que allí labora. Se puede observar que el nivel de educación podría traer repercusiones en la forma de llevar los cuidados ya que solo el 41% puede dar cuidado enfermero con fundamento científico ya que mantiene un nivel de educación superior mientras que el personal no profesional solo proporcionaría cuidados con conocimientos empíricos.

GRÁFICO N°4

Función que desempeña el personal de enfermería

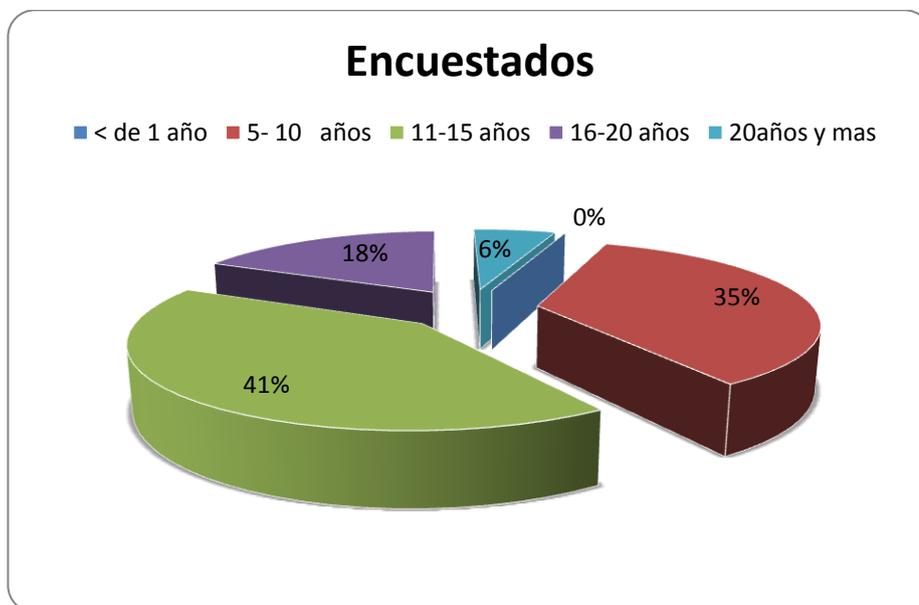


Fuente: Encuesta aplicada al personal de enfermería
Elaborado: Wendy Elizabeth Onofre Villacrés

Análisis: El 71% de los encuestados son auxiliares de enfermería, los 29% restantes son licenciadas-os en enfermería. El gráfico nos indica que el cuidado integral de estas pacientes del área de post parto está a cargo del personal auxiliar de enfermería, quien sólo puede dar un cuidado básico bajo una orientación del enfermero-a profesional. Notamos que el poco personal profesional de enfermería que existe en el área está a cargo de otras funciones, cuando es el profesional de enfermería quien debe asumir el cuidado integral de estas pacientes. Es decir el personal de enfermería no garantiza el cuidado enfermero se debería actualizar y reforzar los conocimientos de este personal, que día a día proporciona un servicio de salud.

GRÁFICO N°5

Años de servicio del personal de enfermería



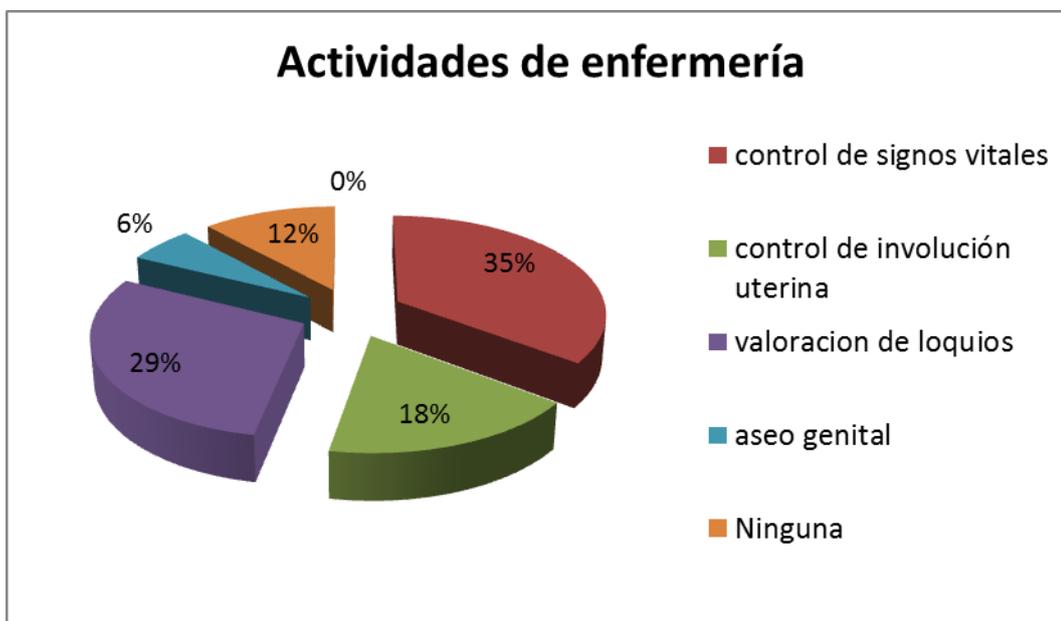
Fuente: Encuesta aplicada al personal de enfermería

Elaborado: Wendy Elizabeth Onofre Villacrés

Análisis: Los resultados muestran que el 41% de los encuestados del personal enfermero tiene laborando en la institución de 11-15 años de trabajo; el 35% de 5 a 10 años; El 18% de 16 años; 20 años y el 6% mantiene 20 y más años de trabajo podemos deducir que a pesar de los años de servicio que mantiene el personal enfermero, no se garantiza el cuidado.

GRÁFICO N°6

Actividades de enfermería durante el puerperio

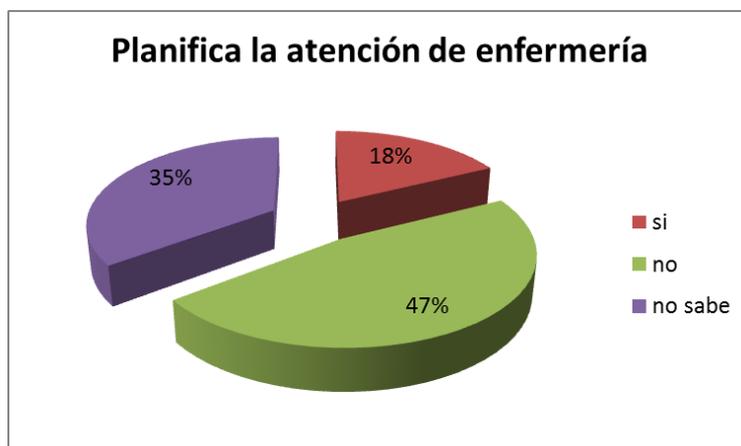


Fuente: Encuesta aplicada al personal de enfermería
Elaborado: Wendy Elizabeth Onofre Villacrés

Análisis: Analizando el gráfico personal encuestado realiza las siguientes actividades de enfermería en el área de post parto un 35% monitoriza los signos vitales; el 29% realiza la valoración de los loquios; el 18% controla la involución uterina; el 12% no realiza ninguna de esas actividades y el 6% realiza el aseo genital. El personal de enfermería debe de realizar todas estas actividades en el cuidado enfermero, para reducir las complicaciones que se presenten durante la etapa del puerperio inmediato. Por lo tanto se puede deducir que si garantiza un cuidado enfermero básico.

GRÁFICO N° 7 y 8

Planifica la atención de enfermería antes de proporcionarla.

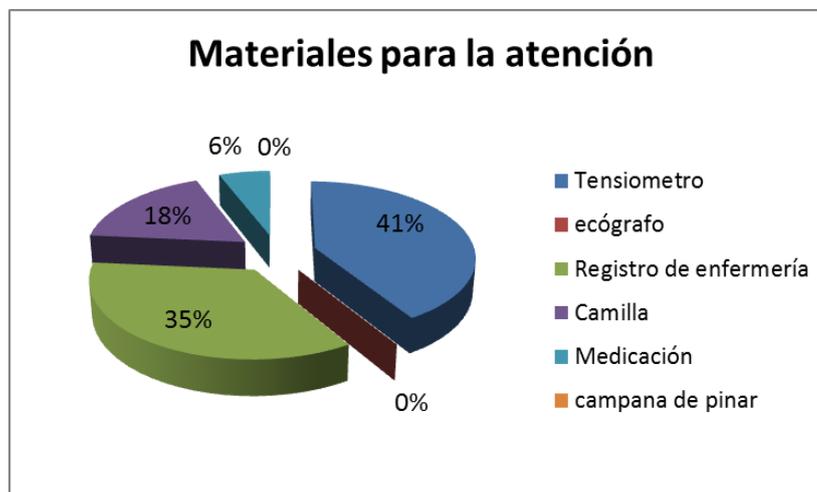


Fuente: Encuesta aplicada al personal de enfermería
Elaborado: Wendy Elizabeth Onofre Villacrés

Análisis: Los resultados reflejan que el 47% no planifica la atención de enfermería proporcionada a las usuarias, el 35% no sabe planificar, mientras que el 18% indica si planificar la atención de enfermería antes de proporcionarla. Se evidenció que personal de enfermería profesional y no profesional existente en el área de post parto ya sea por el factor tiempo, por el desconocimiento, no planifica los cuidados que se deben de proporcionar en el puerperio, lo que no garantiza la efectividad de sus cuidados.

GRÁFICO N°9

Materiales para proporcionar la atención



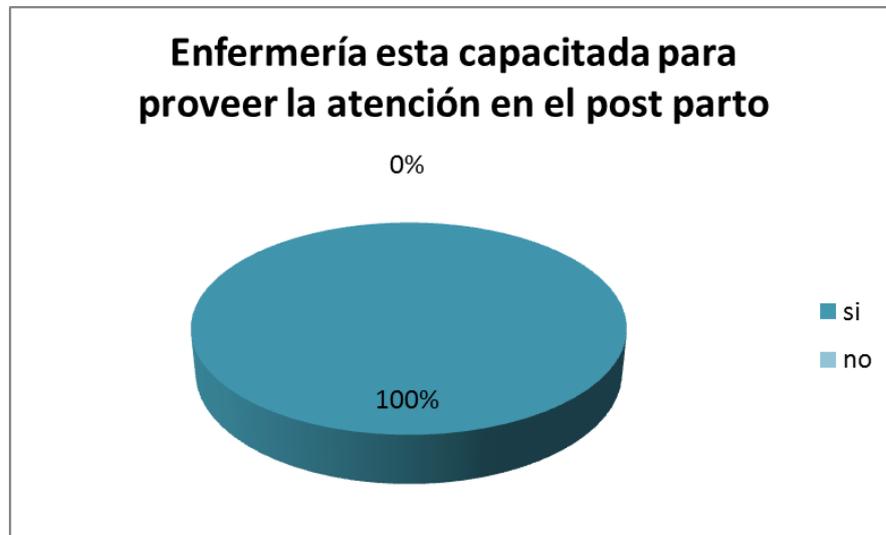
Fuente: Encuesta aplicada al personal de enfermería

Elaborado: Wendy Elizabeth Onofre Villacrés

Análisis: Los resultados indican que el personal de enfermería existente en el área de post parto necesita para proporcionar una adecuada atención en un 41% tensiómetros y estetoscopios; en un 35% registros de enfermería; un 18% camillas, porta sueros; un 6% indica la medicación. Por lo que se puede observar el personal de enfermería cuenta con el material e insumos necesarios para proporcionar los cuidados enfermeros que requiere la puerpera inmemdiata.

GRÁFICO N°10

Atención durante el post parto

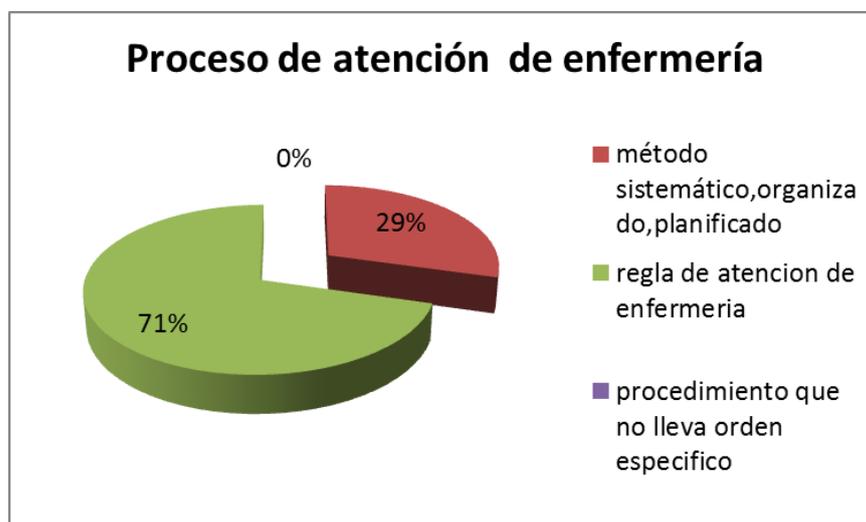


Fuente: Encuesta aplicada al personal de enfermería
Elaborado: Wendy Elizabeth Onofre Villacrés

Análisis: A pesar que los resultados nos indican que enfermería está capacitada en un 100% para proveer una atención adecuada, Es necesario mencionar que se debe ir actualizando los programas de atención de acuerdo a las necesidades que se presentan, si bien es cierto que el hospital siempre esta capacitando a su personal falta énfasis en estos cuidados.

GRÁFICO N°11

¿Conoce usted que significa el proceso de atención enfermero (PAE)?



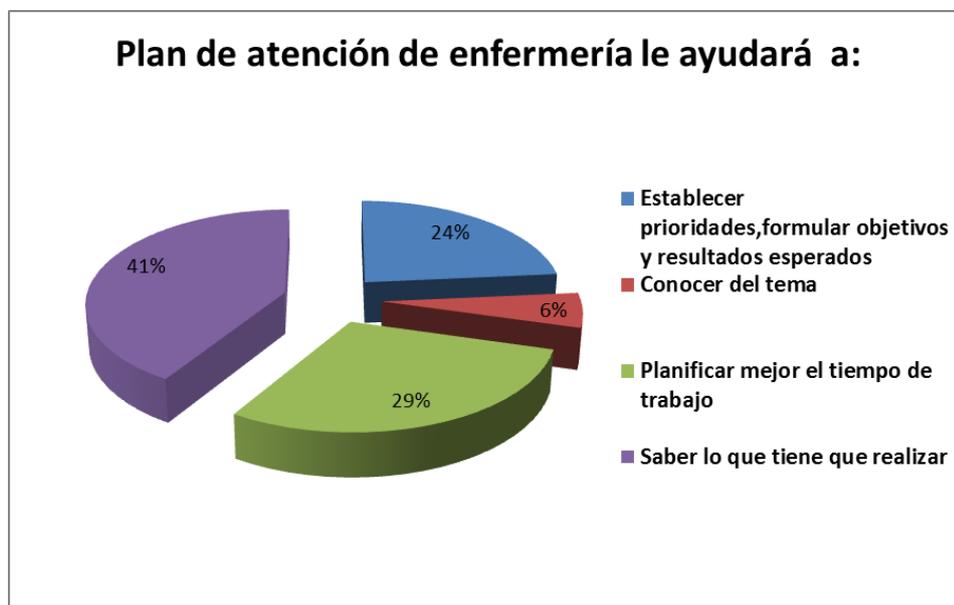
Fuente: Encuesta aplicada al personal de enfermería

Elaborado: Wendy Elizabeth Onofre Villacrés

Análisis: Los resultados nos indican que el 71% de los encuestados definen el proceso de enfermería como una regla de atención; mientras que el 29% conoce que es un método sistemático, organizado a seguir. Es decir Hay desconocimiento por parte del personal no profesional de enfermería sobre lo que es el proceso de atención de enfermería, por tanto el cuidado enfermero no se ejecuta como debiera.

GRÁFICO N°12

La implantación de un plan de enfermería le ayudara a:

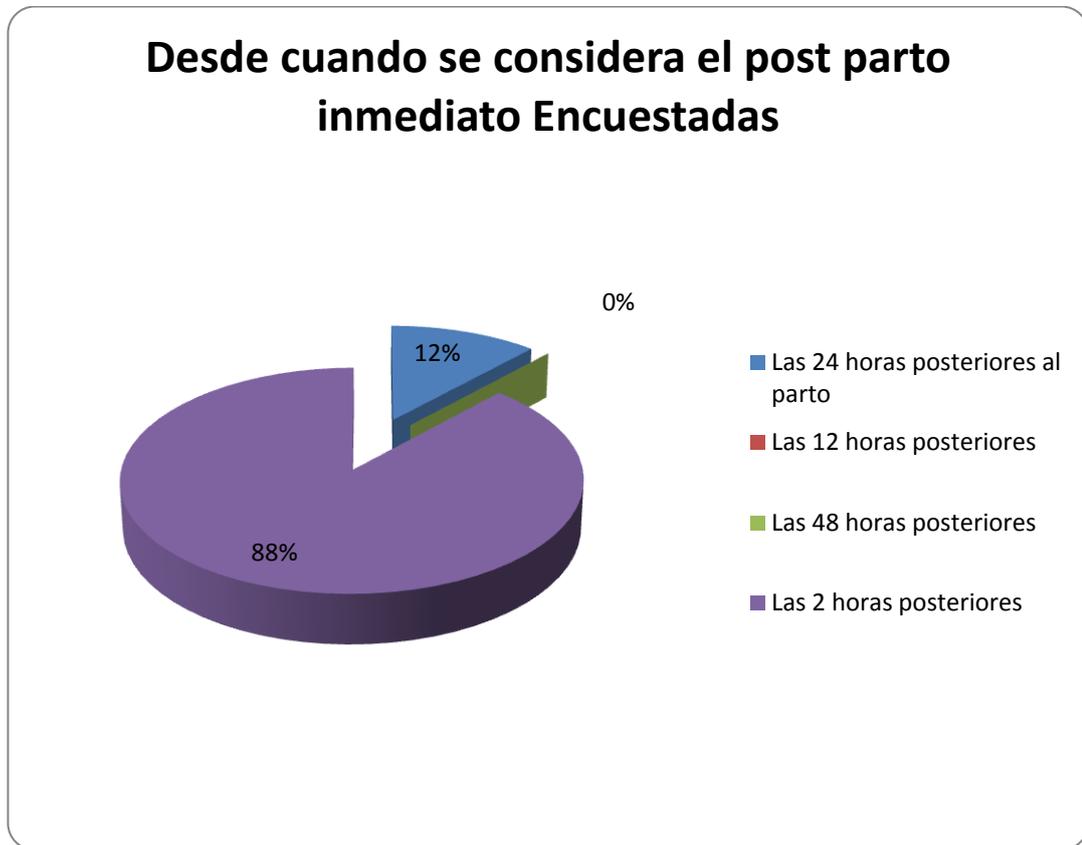


Fuente: Encuesta aplicada al personal de enfermería
Elaborado: Wendy Elizabeth Onofre Villacrés

Análisis: Los resultados del gráfico nos indican que al 41% del personal profesional y no profesional de enfermería el PAE le ayudaría a realizar sus actividades; 29% menciona que el PAE le ayudaría a distribuir mejor el tiempo para su cuidado enfermero; el 24% que corresponde al personal profesional indica que el PAE le ayuda a establecer prioridades de la puérpera inmediata; y el 6% manifiesta que le ayudaría conocer el proceso de atención de enfermería; por ende se puede decir que si se llevara a cabo el PLAN DE ATENCION DE ENFERMERÍA, se brindaría el cuidado enfermero de manera integral en la puérpera inmediata.

GRÁFICO N° 13

¿Conoce desde cuando se considera el post operatorio inmediato



Fuente: Encuesta aplicada al personal de enfermería
Elaborado: Wendy Elizabeth Onofre Villacrés

Análisis: Los resultados aportan que el 88% del personal de enfermería encuestado tiene conocimiento que las 2 horas posteriores al parto se considera post parto inmediato; y el 12 % nos indican que son las 24 horas posteriores. Hay mucha confusión por parte del personal de enfermería en cuanto al tiempo de consideración en el post parto inmediato, por lo tanto se deberían actualizar los conocimientos por parte del personal enfermero.

GRÁFICO N°14

¿Qué tiempo permanece la paciente en el área de post operatorio inmediato?



Fuente: Encuesta aplicada al personal de enfermería
Elaborado: Wendy Elizabeth Onofre Villacrés

Análisis: El 59% refleja que la usuaria debe permanecer en el área de post parto inmediato hasta que no presente dolor; el 41% de 2-3 horas posteriores al parto. Por consiguiente el personal de enfermería se preocupa del bienestar de las usuarias y no del tiempo de permanencia ya que el dolor puede ser un síntoma de alguna complicación.

GRÁFICO N°15

¿Conoce usted la complicación frecuente que se presenta en el post parto inmediato, mencione cuál?

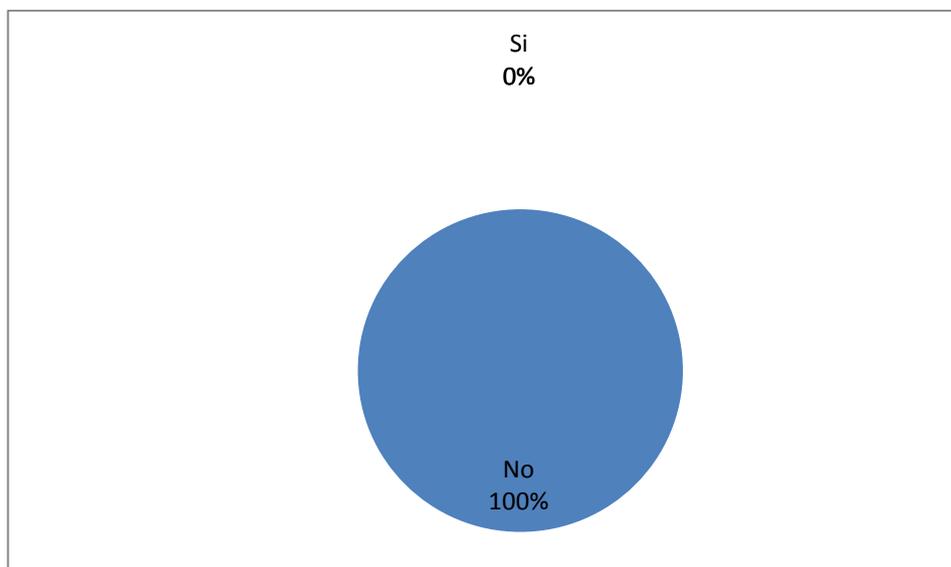


Fuente: Encuesta aplicada al personal de enfermería
Elaborado: Wendy Elizabeth Onofre Villacrés

Análisis: Los resultados muestran que el 100% del personal profesional y no profesional conoce e identifica cuál es la complicación mas frecuente que se presenta en el post parto inmediato. Por lo tanto se puede decir que durante este tiempo si existe un buen control de los niveles de sangrado.

GRÁFICO N°17

EXISTE UN PROTOCOLO PARA EL CUIDADO ENFERMERO EN EL AREA DE POST PARTO INMEDIATO

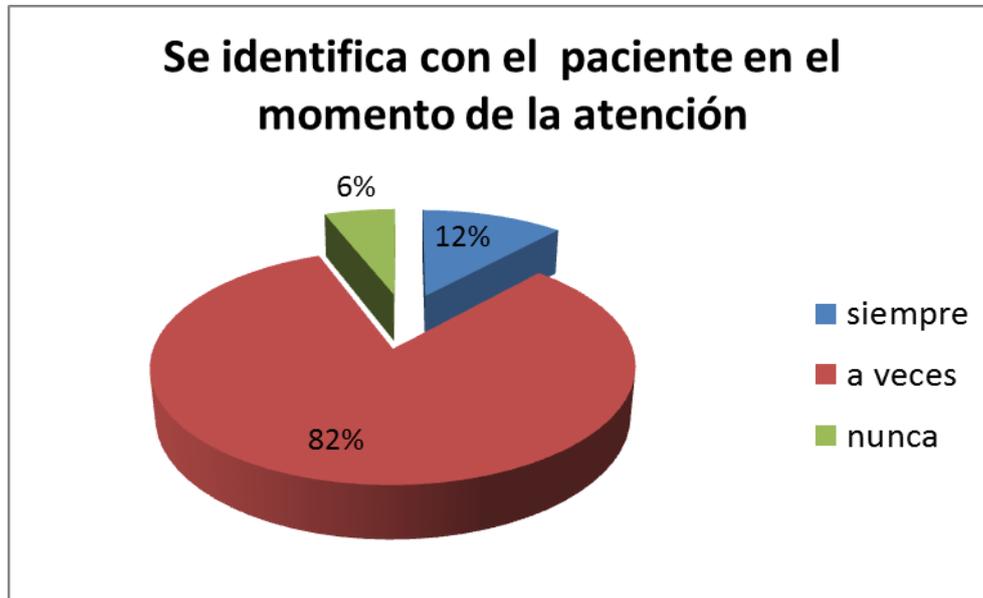


Fuente: Encuesta aplicada al personal de enfermería
Elaborado: Wendy Elizabeth Onofre Villacrés

Análisis: Los resultados que se observan es que el 100% del personal profesional y no profesional no cuenta con un protocolo para la atención de enfermería en el área de post parto inmediato. Lo que no permite dar un cuidado estandarizado a las pacientes del área.

GUÍA OBSERVACIONAL

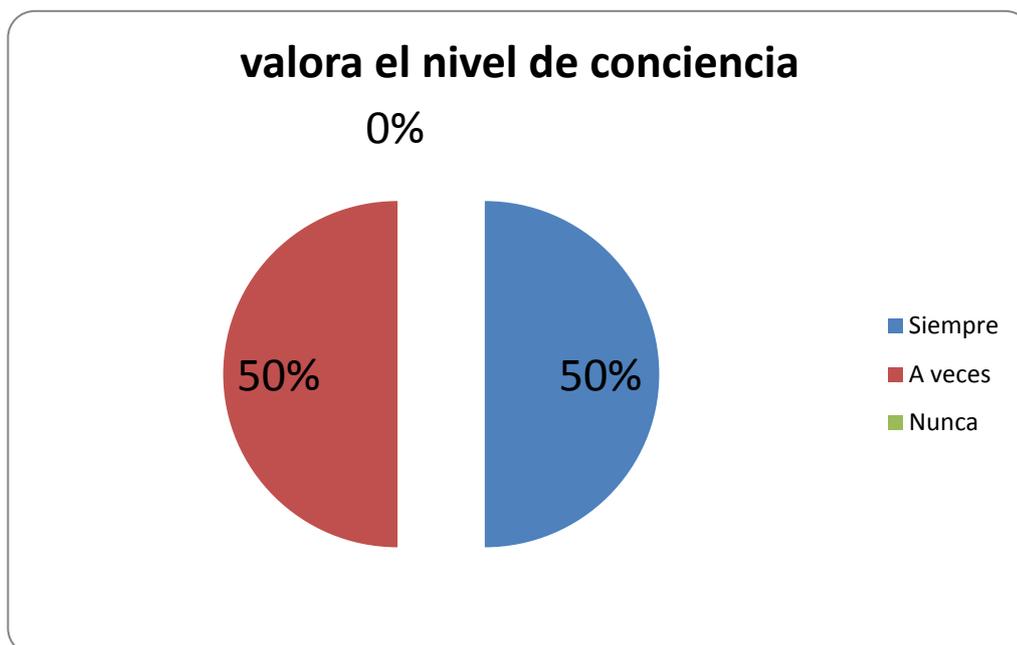
GRÁFICO N° 1



Fuente: Guía de observación realizada al personal de enfermería
Elaborado: Wendy Elizabeth Onofre Villacrés

Análisis: Los resultados de la observación nos muestran que el 82% del personal de enfermería se identifica a veces con el paciente al momento de la atención; mientras que el 12 % siempre lo realiza; y el 6% nunca lo realiza. Podemos deducir que la enfermera debe ajustar la conducta al cuidado de esta mujer identificarse a ella, proporcionar seguridad para favorecer la relación enfermera paciente, por tanto es necesario la educación al personal de enfermería.

GRÁFICO N°2



Fuente: Encuesta aplicada al personal de enfermería
Elaborado: Wendy Elizabeth Onofre Villacrés

Análisis: Los resultados aportan que en un 50% siempre se valora el nivel de conciencia de las pacientes atendidas en el post parto inmediato y el 50% restante solo lo realiza a veces. Esto nos indica que el personal no profesional de enfermería verifica el nivel de conciencia de la puérpera inmediata lo que ayuda a evitar complicaciones neurológicas en el post parto inmediato..

GRÁFICO N° 3

¿Valora permeabilidad de las vías respiratoria?

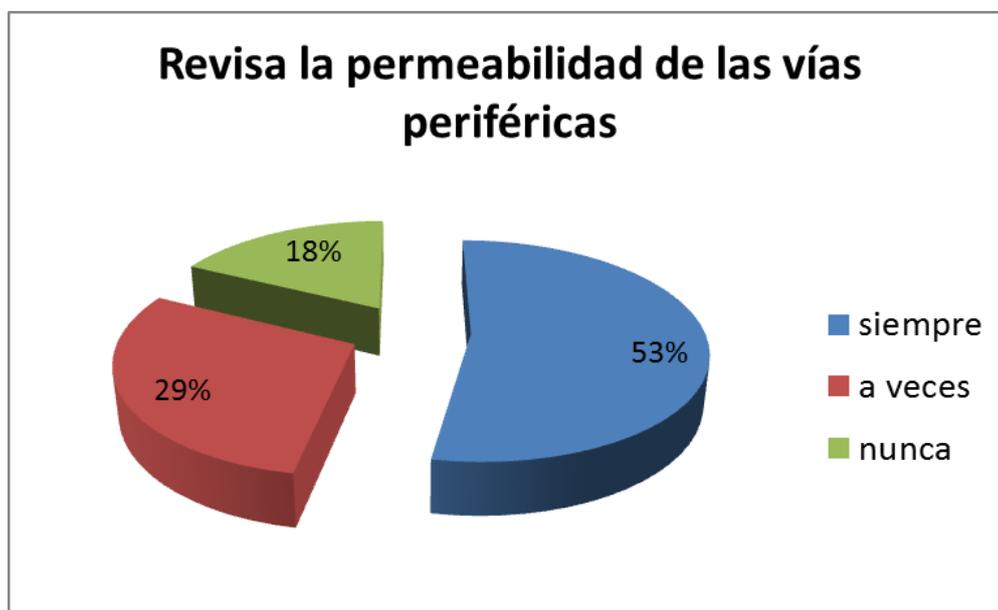


Fuente: Encuesta aplicada al personal de enfermería
Elaborado: Wendy Elizabeth Onofre Villacrés

Análisis: Los resultados de esta observación nos señalan que a veces en un 67% del personal de enfermería valora la permeabilidad de las vías respiratorias, y solo un 33% lo realiza siempre. Por lo tanto el puede decir que no siempre se controla la frecuencia respiratoria lo que puede poner en riesgo la recuperación de la puérpera.

GRÁFICO N°4

PERMEABILIDAD DE VÍA ENDOVENOSA PERIFERICA



Fuente Guía de observación realizada al personal de enfermería
Elaborado: Wendy Elizabeth Onofre Villacrés

Análisis: Los resultados hacen referencia que el 53% del personal encuestado revisa la permeabilidad de la vía endovenosa periférica, el 29% a veces, y el 18% nunca lo realiza. Por lo tanto se puede evidenciar que hay el debido control de la vía endovenosa periférica y garantiza la recuperación de la púérpera inmediata.

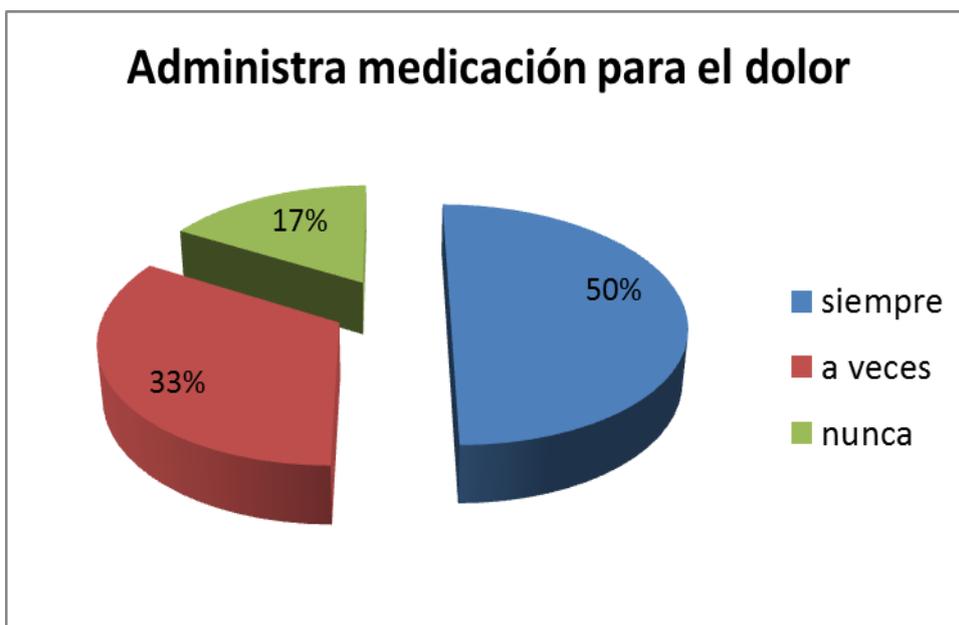
GRÁFICO N°5



Fuente: Encuesta aplicada al personal de enfermería
Elaborado: Wendy Elizabeth Onofre Villacrés

Análisis: Al revisar el resultado de esta pregunta observo con satisfacción que el 100% del personal encuestado si conoce las complicaciones que se pueden presentar en el post parto inmediato lo que asegura que la puérpera no presente complicaciones durante este período.

GRÁFICO N°6



Fuente: Encuesta aplicada al personal de enfermería
Elaborado: Wendy Elizabeth Onofre Villacrés

Análisis: El presente gráfico nos revela que el 50% del personal de enfermería encuestado si administra la medicación para el dolor en sala de post parto inmediato; el 33% solo lo realiza a veces, mientras que un 17% no lo realiza. Al revisar los resultados observamos que solo el 50% del personal de enfermería, administra analgésicos por vía endovenosa periférica de acuerdo a las características que presenta cada paciente.

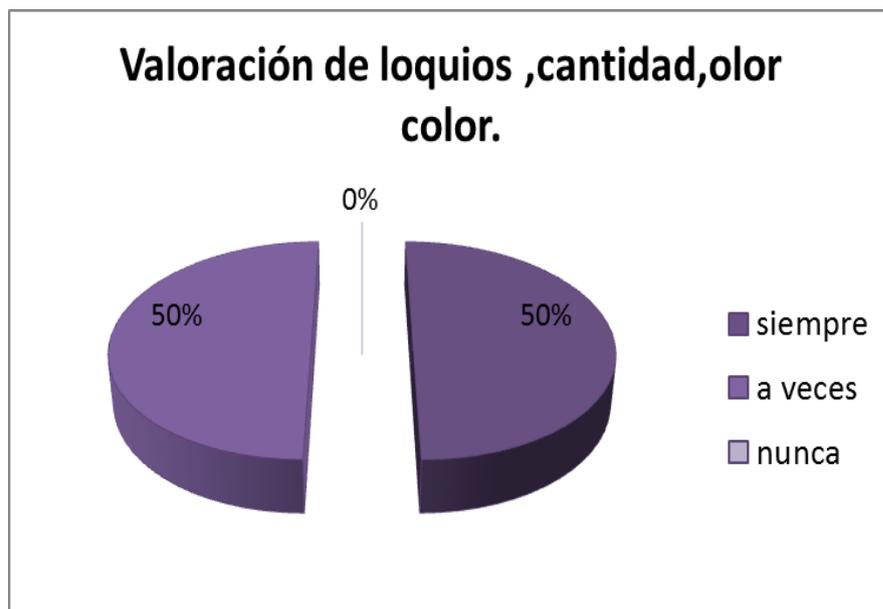
GRÁFICO N°7



Fuente: Encuesta aplicada al personal de enfermería
Elaborado: Wendy Elizabeth Onofre Villacrés

Análisis: Los resultados de la observación nos revelan que la administración de oxigenoterapia en el puerperio inmediato se la realiza en un 100% en casos necesarios.

GRÁFICO N°8

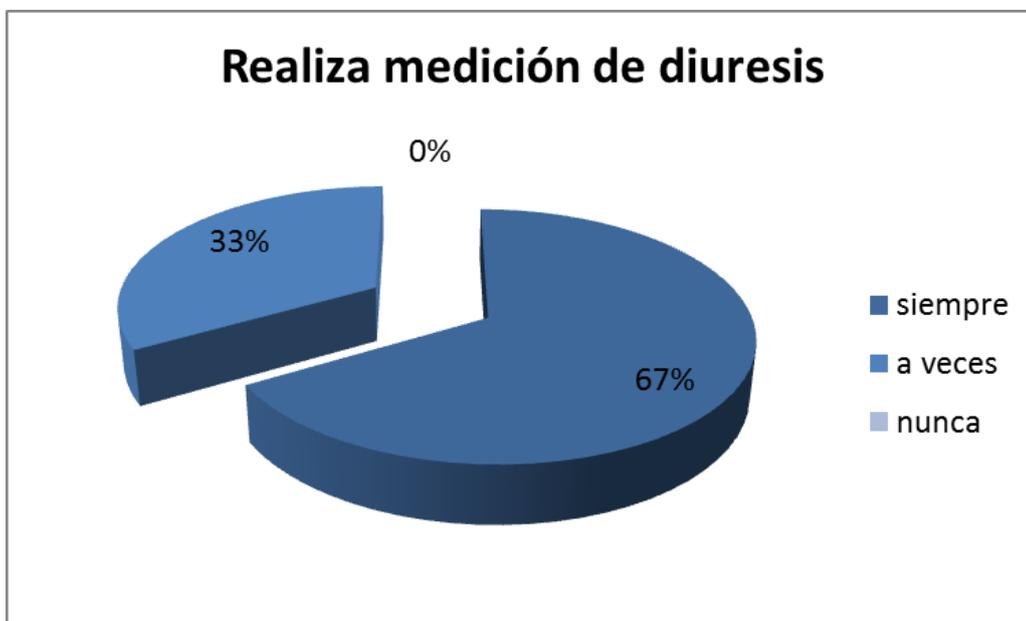


Encuesta: Aplicada al personal de enfermería
Elaborado: Wendy Elizabeth Onofre Villacrés

Análisis: Los resultados revelan que del personal observado un 50% siempre realiza la valoración de loquios en el área de post parto inmediato, y el restante 50% lo realiza a veces. Lo que garantiza que existe un cuidado enfermero del 50%.por parte del personal de enfermería mientras que el otro 50% estaría poniendo en riesgo la vida de estas pacientes al no realizar una adecuada valoración.

GRÁFICO N°9

VALORACION DE ELIMINACION EN PUERPERIO INMEDIATO

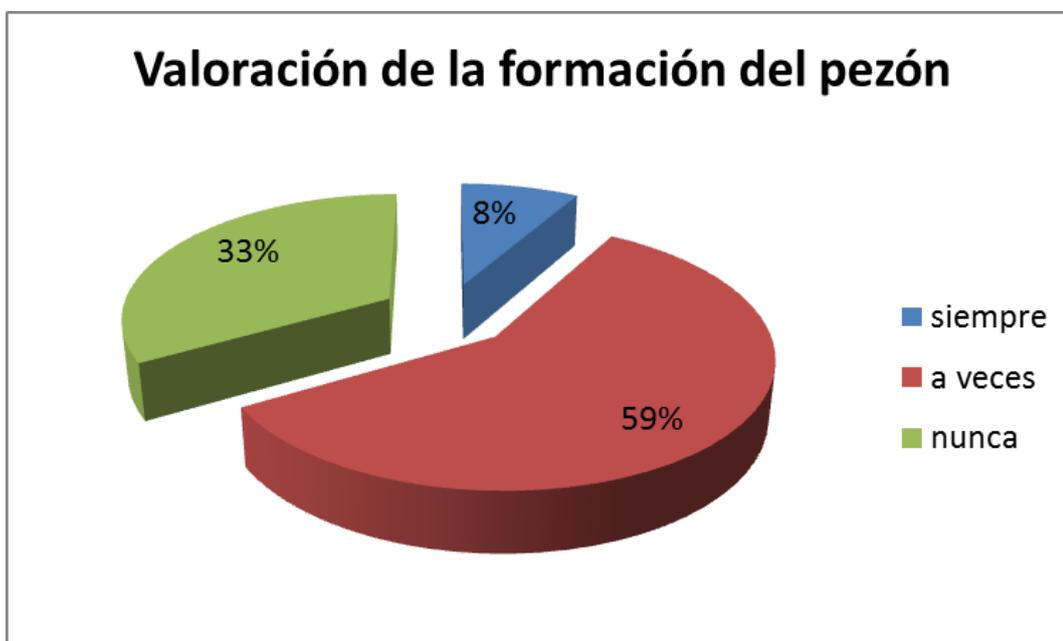


Fuente: Encuesta aplicada al personal de enfermería

Elaborado: Wendy Elizabeth Onofre Villacrés

Análisis: Los resultados nos muestran que un 67% del personal observado siempre realiza la medición de la diuresis mientras que el 33% solo lo realiza a veces. Por lo que favorece una correcta involución uterina dentro de las 2 primeras horas post parto inmediato.

GRÁFICO N°10



Fuente: Encuesta aplicada al personal de enfermería
Elaborado: Wendy Elizabeth Onofre Villacrés

Análisis: En los resultados de la observación encontramos que en cuanto a valoración de la formación del pezón un 59% lo realiza a veces; que un 33% no lo realiza y solo el 8% de los observados lo realizó. Enfermería debe saber educar a la parturienta sobre preparación en cuanto a la formación de los pezones para garantizar la alimentación del neonato, ya que de no ser así podría existir una complicación tanto para el neonato como para la madre.

GRÁFICO N° 11



Fuente: Encuesta aplicada al personal de enfermería
Elaborado: Wendy Elizabeth Onofre Villacrés

Análisis: Los resultados nos muestran que el 67% del personal de enfermería observado valora siempre los apósitos quirúrgicos y la episiorrafia, mientras que el 33% lo realiza a veces. Los resultados de la observación revelan que el 67% el personal de enfermería con los cuidados específicos evitaría complicaciones hemodinámicas de la puérpera inmediata.

GRÁFICO N°12



Fuente: Guía de observación al personal de enfermería
Elaborado: Wendy Elizabeth Onofre Villacrés

Análisis: Los resultados nos muestran que el 67% del personal observado valora el estado emocional de la paciente durante la permanencia en el área de post parto inmediato a veces; el 25% no lo realiza; mientras que el 8% lo realiza siempre. Por lo observado se puede decir que el personal de enfermería realiza la valoración del estado emocional de la paciente, para identificar a tiempo una depresión post parto.

GRÁFICO N°13

REGISTRO DE ENFERMERIA PARTE DEL CUIDADO ENFERMERO



Fuente: Encuesta aplicada al personal de enfermería
Elaborado: Wendy Elizabeth Onofre Villacrés

Análisis: En el gráfico podemos observar que el 100% del personal observado realiza el registro de la atención de enfermería. Ya que este permite dar continuidad a los cuidados de enfermería convirtiéndose en una fuente de información y de la calidad de atención que presta el personal de enfermería de puerperio inmediato.

GRÁFICO N°14.



Fuente: Encuesta aplicada al personal de enfermería
Elaborado: Wendy Elizabeth Onofre Villacrés

Análisis: Los resultados revelan que el 100% del personal observado demostró realizar el reporte de enfermería. Creando una cultura de seguridad por parte de la enfermera hacia todo el personal de salud en el servicio hospitalario.

CONCLUSIONES

De la encuesta aplicada puedo concluir diciendo que:

- Que la atención de enfermería en la Sala de post parto inmediato del Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor más del 50% del personal es femenino.
- Además se evidencia que el 71% del personal no profesional de enfermería es el que brinda los cuidados enfermeros básicos a las usuarias en el área de post parto inmediato, garantizando durante este período el estado hemodinámico de la paciente.
- Se demuestra también que únicamente el 29% del personal de enfermería conoce el Proceso de Atención de enfermería pero no lo ejecutan por cuanto realizan actividades administrativas dejando a cargo el cuidado directo al personal no profesional que solo realiza cuidados empíricos, lo que permite deducir que no hay una debida planificación de los cuidados enfermeros por lo tanto no se brinda una atención de calidad a las usuarias
- En cuanto a los registros de enfermería se puede concluir que constituyen una parte fundamental ya que este permite dar continuidad a los cuidados de enfermería convirtiéndose en una fuente de información y de la calidad de atención que presta el personal de enfermería de puerperio inmediato.
- Es importante destacar que no existe un protocolo de atención de enfermería en el área de post parto inmediato, lo que ha llevado a que el personal de enfermería realice cuidados rutinarios como: control de signos vitales (csv), involución uterina, higiene entre otros por lo que su aplicación maximizaría la disponibilidad de tiempo para cada usuaria.

VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN

- Durante la elaboración de este proyecto he encontrado la disponibilidad de parte del personal de enfermería del hospital Gineco Obstétrico Enrique C Sotomayor.
- El objetivo de este estudio es Analizar las acciones de enfermería en la atención a Mujeres en el puerperio inmediato del área de post parto del hospital Gineco Obstétrico Enrique C Sotomayor.
- Que se establezca un programa trimestral de actualización de conocimientos con el fin de priorizar las actividades en el cuidado directo a la paciente que cursa el puerperio inmediato, ya que como se conoce el área esta asistida por el personal no profesional de enfermería
- Que el personal profesional de enfermería establezca procesos de atención de enfermería para priorizar los cuidados enfermeros en cada paciente en particular, lo que les permitiría brindar a la usuaria un cuidado de calidad.
- En cuanto a los registros de enfermería se puede concluir que constituyen una parte fundamental ya que este permite dar continuidad a los cuidados de enfermería convirtiéndose en una fuente de información y de la calidad de atención que presta el personal de enfermería de puerperio inmediato.
- Se recomienda también al personal de enfermería la concienciación e importancia del manejo de protocolos en la atención a la paciente en el post parto inmediato, garantizando un buen estado hemodinámico de la usuaria.

PROPUESTA DEL DISEÑO DE UN PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA EL CUIDADO EN EL ÁREA PUERPERIO INMEDIATO

Objetivo

- Garantizar la calidad de atención de enfermería a las pacientes en el puerperio inmediato.

Aspecto Afectivo Actitudinal

- Establecer una relación agradable entre la enfermería y la paciente.
- Dirigirse con tono de voz adecuado respetuoso ante las pacientes y los familiares.
- Informar a las pacientes sobre cada procedimiento que se vaya a realizar.

Aspecto cognitivo

- Orientar a la paciente sobre los cuidados que debe de tener en el puerperio.
- Orientar a la paciente sobre los cuidados del recién nacido (técnica, lactancia materna, curación del cordón umbilical e inmunizaciones)
- Orientar a la paciente sobre la planificación familiar
- Mantener la privacidad en cualquier procedimiento que se realice.

Aspecto psicomotor

- Dirigirse al paciente por su nombre, indicando nuestro nombre y el papel que representamos dentro del equipo.
- Verificar los datos de identificación de la paciente al ingreso al área.
- Comprobar y adjuntar autorización firmada para la prueba micro elisa
- Realizar el lavado de manos antes y después de realizar cualquier procedimiento
- Al ingreso del área la paciente será recibida por la enfermera/o responsable o asignada/o.

- Preservar la intimidad de la usuaria en el área de post parto inmediato.
- Explicar el objetivo de cualquier procedimiento a realizar a la paciente.
- Verificar el nombre y los apellidos de la paciente, el n° de historia, el grupo sanguíneo-el Rh y el n° de unidades a perfundir en caso de transfusiones sanguíneas. Estos datos se comprobaran tanto en la historia clínica como en la hoja de transfusión del banco de sangre.
- Anotar en los registros de Enfermería: Fecha y hora. Tipo de catéter. Número historia de la paciente, en las bolsas de hemoderivados y en el impreso de Banco de sangre que acompaña.
- Monitorizar las constantes vitales 15 minutos durante la primera hora mínimo 3 veces durante el turno en el ara post parto.
- Valorar el aspecto y estado de las mamas detectando alteraciones que impidan una lactancia eficaz
- Valorar involución uterina durante la estancia en el post parto.
- Valorar el estado de la episiotomía, herida quirúrgica al ingreso y al egreso de la paciente en el área post parto.
- Valorar miembros inferiores para detectar presencia de edema
- Valorar el estado del recién nacido en el momento del alojamiento conjunto haciendo énfasis en los reflejos
- Administrar analgésicos prescritos por el médico y registrar la hoja de administración de medicamentos.
- Revisar sueros, colocarlos sobre un soporte y garantizar el ritmo de perfusión.
- Observar la correcta posición de catéteres, drenajes y apósitos, fijándolos en caso de ser necesario.
- Preparar y colaborar con el médico en la canalización acceso central o periférico
- Realizar el balance hídrico
- Proporcionar apoyo emocional a las pacientes.
- Anotar en la hoja de Evolución de Enfermería fecha y hora de egreso de la paciente a la sala u habitación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alcazar, Z. L. (2009). Honcode. Retrieved from Clinica de Navarra .Atención en el pre part ,parto post parto.
2. Benson, R. C. (2007). Ginecología y Obstetrícia.Cuidado del puerperio inmediato.
3. Bermejo. (2009). FISTERRA.Normas de procedimientos en el puerperio..
4. BioMed Central . (2006 , 6 27). BMC Pediatrics. Retrieved from http://viaclinica.com/article.php?pmc_id=1634747
5. Caraballo, A., & Abreu, D. (2011). Honcode. Retrieved from Obstetricia Moderna .Referencia en salud –y –bienestar /Atención de enfermería post parto.
6. Clavero, N., & Botella, L. (2010). Honcode. Retrieved from Tratado de Ginecología.
7. Del Valle, R., & Heredia, A. (2009). Sistema de salud . Situacion de la enfermera /paciente en salas de puerperios.
8. Echeverria, M. (2012). Psicoprofilaxis Obstetrico. .Atencion del binomio en salas del puerperio
9. Gabbe, S., Niebyt, J., & Simpson, J. (2010). Cuidados Obstetricos. Marban.
10. Gabble, N., & Simpson. (2010). Manual de Obstetricia. Mardan.
11. Garza, R., & Guerra, E. (2009). Honcode Cuidados de enfermería en el post parto.
12. Germain, A. (2010). Honcode.Bases en el manejo del puerperio http://viaclinica.com/article.php?pmc_id=2133234
13. Gilson, D. (2009). Manual de enfermería. In Wong.
14. Guardian, L. M. (2012). MSP. Insumos y materiales hospitalarios .

15. internacional, N. (2009). Norma Norteamericana de la salud. Asistencia de enfermería en el parto
16. Melendez, R., & Velasquez, S. (2011). Cuidados de enfermería Obstétrica.
17. Melo, C., (2011). Honcode. Plan de atención de enfermería para el cuidado Ginecológico.
18. Moran ,. (2011). Proceso de atención de enfermería. Cuidados básicos en el parto.
19. Morgenroth, B. (2010). HONCODE. Manual de obstetricia. Cuidados puerperales.
20. Nordmark, A., & Rohweder, W. (2009). Bases Científicas de enfermería.
21. Perez, L. F. (2010). Honcode. Obstetricia Embarazo Parto, puerperio pag 42,43,62,65.
22. Pineda, E., & Alvarado, E. (2008). Metodología de la investigación . In E. Pineda, & E. Alvarado.
23. Potter. (2008). Materno infantil. Fundamentos de enfermería
24. Quisber, G. (2010). Enfermería obstetrica. Manejo de la paciente en el parto post y puerperio
25. Reder. (2005). Materno infantil -17ava edición pag 406-547 In reder. esa.
26. Roca, L., & Capará. (2011). Atención del parto y puerperio Mecanismos del parto.
27. Rosemary, E. B. (2009). Cuidados en el puerperio. México. Hospital san Juan de Dios.
28. salud, N. T. (2010). Mortalidad materna. Revista Cubana de Obstet Gineco
29. Sander, L. (2012, enero). Honcode. Epidemiológicos que influyen en la morbilidad puerperal grave . Revista Cubana de Obstetricia Ginecología

30. Schwarcz, R. (2010). medicina y obstetricia.Etapas del parto /parto post parto.
31. Valverde, L., & Solla. (2009). Honcode.manejo del preparto parto y post operatorio.
32. López y Contreras (2006) Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. (2004)La Habana: Edición Revolucionaria,
33. Rodríguez & Córdova, (2004), Enciclopedia medica Factores de riesgo del post parto.
34. Suárez & Palacios (2002) Rev. Cubana de Obstetricia Htm 2002,7:39Complicaciones de la puérper.e.s.a durante la estadía hospitalaria.
35. Sáez & Cantero.(2009) Morbilidad de la madre adolescente. Rev. Cubana Obstetricia y Ginecología.

ANEXOS



OBJETIVO: Recolectar información para determinar el nivel de conocimiento del personal de enfermería en la atención que proporciona en el área de post parto inmediato

1.- Sexo

Masculino

Femenino

2.- Edad

20 – 25 años

26 -30 años

31 -35años

Mayor de 35 años

3.- Nivel de instrucción

Primaria

Secundaria

Técnica

Superior

4.- Función que desempeña

Licenciada de enfermería

Auxiliar de enfermería

Ayudante de enfermería

Otros

5.- Años de servicio

- < de 1 año
- 5 – 10 años
- 11—15 años
- 16 – 20 años
- 20 años y más

6.- Al ingreso al área de trabajo Ud. que actividades de enfermería realiza en la atención a las usuarias:

- a) Lavado de manos antes y después de algún procedimiento
- b) Entrega y recepción de turno
- c) Realiza la valoración integral paciente por paciente.
- d) Todas las anteriores
- e) Ninguna

7.- Planifica la atención de enfermería antes de proporcionar el cuidado.

- Si
- No
- A veces
- Nunca

Indique por que

- a) Mejorará la calidad de atención
- b) No hace falta

8.-Indique que actividades de enfermería ejecuta a las usuarias durante su estancia en el post parto inmediato:

- a) Control de signos vitales
- b) Control de la involución uterina
- c) valoración de la expulsión de loquios; color, olor, cantidad.
- d) Aseo genital
- f) ninguna

9.- Cree usted que la atención de enfermería proporcionada a las usuarias en el puerperio inmediato son planificadas.

Si No A veces

10.-Identifique cuál de los siguientes materiales necesita para proporcionar una atención de enfermería adecuada:

- a) Tensiómetro, estetoscopio, termómetro
- b) Ecógrafo – Doppler
- c) registros de Enfermería
- d) Camillas, porta sueros, barandales
- e) Medicación
- f) Campana de pinnard

11.- Cree usted que el personal de enfermería está capacitado para proveer la atención de enfermería en el post operatorio inmediato:

Si No

Si su respuesta es negativa indique el motivo.....

12) Indique el concepto correcto:El Proceso de Atención de Enfermería es:

- a) Método sistemático, organizado, planificado a seguir
- b) Regla de atención de enfermería
- c) Procedimiento que no lleva un orden específico

13.- Cree usted que la elaboración de un plan de atención de enfermería en el post operatorio inmediato le ayudara a:

- a) Establecer prioridades, formular objetivos y resultados esperados
- b) Conocer del tema
- c) Planificar mejor el tiempo de trabajo
- d) Saber lo que tiene que realizar

14.- Conoce desde cuando se considera el post operatorio inmediato

- a) Las 24 horas posteriores al parto
- b) Las 12 horas posteriores
- c) Las 48 horas posteriores
- d) Las 2 horas posteriores

15.- Que tiempo permanece la paciente en el post operatorio inmediato

- a) 2-3 horas posteriores al mismo
- b) 12 horas
- c) 24 horas
- d) Hasta que no presente dolor

16.- Conoce la complicación más frecuente que se presenta en el post parto inmediato

Si No

Si su respuesta es afirmativa indique cual:

Hemorragia Hipotensión Dolor

17.-Enfermería cuenta con protocolos para la atención

Si No

Gracias por su colaboración.

GUÍA DE OBSERVACIÓN DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA REALIZADA EN EL AREA DE POST PARTO

Atención de enfermería	Siempre	A veces	Nunca
Identificar al paciente brindarle seguridad			
Valorar el nivel de conciencia			
Valorar la permeabilidad de las vías respiratorias			
Revisar permeabilidad de las vías periféricas.			
Monitoriza los signos vitales en el tiempo de permanencia en la sala post parto.			
Administra medicación para el dolor.			
Administra oxigenoterapia.			
Valoración de loquios, cantidad olor, color.			
Medición de diuresis.			
Valoración de la formación del pezón.			
Valorar episiorrafia y o apósitos quirúrgicos.			
Estado emocional.			
Realiza el registro de atención de enfermería			
Elabora el reporte de enfermería			

GUÍA PARA VALORACIÓN DE ENFERMERÍA: ESTADO FISIOLÓGICO EN EL PUERPERIO.(Echeverría, 2012)

Área que se valora	Observaciones en el primer día	Observaciones en el segundo y tercer día
Signos vitales		
Temperatura	Elevada 38 °C	Normal
Pulso	40-70 lpm	Bradycardia o normal
Tensión arterial	Cifras normales	Cifras normales
Respiración	Frecuencia normal	Frecuencia normal
Involución uterina	Fondo a nivel del ombligo Rojos moderados	El fondo se encuentra 1-2 cm por debajo del ombligo
Loquios	Olor carne	Serosos moderados Olor carne o inodoro
Abdomen	Suave y sin tono	Suave y sin tono

PLAN ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO

Recursos humanos

Directora de tesis

Interna de enfermería

Licenciada en enfermería

Auxiliares en enfermería

Hojas impresas en computadora	80 .00
Internet	100.00
Hojas formato A 4	15 .00
Lápiz	1.00
Esferográfico	2.00
Pendrai	30.00
Transporte	80.00
Tinta de impresión y empastado	65.00
	373.00

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	OCT			NOV				DIC				ENERO					FEBRERO				MARZO				ABRIL					MAYO			
	Semanas			Semanas				Semanas				Semanas					Semanas				Semanas				Semanas					Semanas			
	3ra	4ta	5ta	1ra	2da	3ra	4ta	1ra	2da	3ra	4ta	1ra	2da	3ra	4ta	5ta	1ra	2da	3ra	4ta	1ra	2da	3ra	4ta	1ra	2da	3ra	4ta	5ta	1ra	2da	3ra	4ta
Elaboración del perfil del anteproyecto	@																																
Primera entrega del anteproyecto		@																															
Recepción del tema			@																														
Segunda entrega del anteproyecto				@	@																												
Recepcion del tema					@																												
Tercera corrección del anteproyecto						@																											
Recepcion del tema																																	
Cuarta Correccion y recepcion del borrador																																	
Quinta correcion del anteproyecto																																	
Recepcion del tema																																	
Anteproyecto aceptado							@											@			@												
Primera reunion con la asesora de tesis							@																										
Elaboracion de la tabla de observacion y encuestas																					@												
Revision del material por la asesora de tesis																																	
Revision del material por la tutora metodologica													@																				
Autorizacion para realizar encuestas y observaciones																						@											
Realizacion de las encuestas y observaciones																							@										
Analisis de la recoleccion de datos																							@										
Revision del analisis por la tutora metodologica																												@					
Revisión del primer borrador																												@					
Revisión del segundo borrador																																	