

Guía de cuidado de enfermería a la mujer en el periodo posparto

Enfermería basada en la evidencia (EBE)



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ
HUMANANA

Alcalde Mayor de Bogotá

Gustavo Francisco Petro Urrego

Secretario Distrital de Salud

Mauricio Alberto Bustamante García

**Subsecretario de Servicios
de Salud y Aseguramiento**

Helver Guiovanni Rubiano García

**Jefe de la Oficina Asesora
de Comunicaciones en Salud**

Oriana Obagi Orozco

Corrección de estilo

Gustavo Patiño Díaz

Diseño y diagramación

Juan Carlos Vera

© Secretaría Distrital de Salud

ISBN: 978-958-8313-68-9

Documento controlado de Provisión de
Servicios de Salud

Impresión

Imprenta Distrital DDDI

Equipo técnico

**Dirección de Provisión
de Servicios de Salud**

Elsa Graciela Martínez Echeverry

**Coordinación del Grupo
Materno-Perinatal**

Martha Lucía Mora Moreno (2008-2014)

Marta Lucía Hincapié Molina (2014-2015)

Amanda Siachoque Rodríguez (2015)

**Apoyo Administrativo
al Grupo Materno-Perinatal**

Tatiana Valentina Cabrera Sierra
PROFESIONAL ESPECIALIZADA DEL GRUPO
MATERNO PERINATAL

**Coordinación del proceso de
elaboración de las guías
de cuidado de enfermería**

Nubia Castiblanco López
PROFESIONAL ESPECIALIZADA DEL GRUPO
MATERNO PERINATAL

**Revisión de las guías de cuidado
de enfermería**

Elizabeth Echandía Daza
PROFESIONAL ESPECIALIZADA DEL GRUPO
MATERNO PERINATAL

Secretaría Distrital de Salud

Dirección de Provisión de Servicios de Salud

Declaración de intencionalidad

Las autoras y colaboradoras de la *Guía de cuidado de enfermería en el periodo de posparto. Enfermería basada en evidencia (EBE)*, declaran que no tienen ningún tipo de conflicto de intereses.

Autoras

Sonia Acosta.

Enfermera de la Universidad del Bosque. (QEPD)

Lady Yised Ariza.

Enfermera de Saludcoop.

Martha Patricia Becerra.

Enfermera epidemióloga. Profesional especializada, SDS.

Martha Patricia Bejarano.

Enfermera especialista en Perinatología. Docente de la Universidad Nacional de Colombia.

Nancy Lucía Bejarano.

Enfermera especialista en Perinatología. Especialista en Docencia Universitaria, Asesora, SDS.

Verónica Bejarano.

Enfermera de Saludcoop.

Luz Mireya Castañeda.

Enfermera del Hospital Militar Central.

Paula Andrea Castañeda.

Enfermera de Sanitas.

Nubia Castiblanco López.

Magíster en Enfermería, con énfasis en cuidado para la salud materno-perinatal. Profesional especializada, SDS.

Rosiris Cogollo.

Enfermera del Hospital La Victoria.

Elizabeth Elvira Echandía Daza.

Enfermera auditora, epidemióloga. Profesional especializada del Grupo Materno-perinatal de la Secretaría Distrital de Salud.

Vilma Fandiño.

Enfermera. Docente de la Universidad UDCA

Pilar Garzón.

Enfermera. Docente de la Pontificia Universidad Javeriana.

Mildred Guarnizo Tole.

Magíster en Enfermería, con énfasis en cuidado para la salud materno-perinatal. Docente de la Universidad del Bosque.

Myriam Patricia Pardo Torres.

Doctora en Ciencias de la Salud, de la Escuela Nacional de Salud Pública de La Habana. Especialista en Enfermería Perinatal. Coordinadora

de posgrados en el Área de Énfasis Materno-Perinatal. Universidad Nacional de Colombia.

Ivonne Puerto.

Enfermera epidemióloga. Docente de la Fundación Universitaria del Área Andina.

Isabel Rodríguez.

Magíster en Enfermería, con énfasis en cuidado para la salud materno-perinatal. Docente de Unisanitas.

Lina María Ríos.

Enfermera de Compensar.

Martha Patricia Téllez.

Enfermera de Saludcoop.

Andrea Villamizar.

Magíster en Enfermería, con énfasis en cuidado para la salud materno-perinatal.

Colaboradores

Gilberto Acuña.

Médico pediatra, universidad Nacional de Colombia, Asesor SDS.

Brunilde Goethe Sánchez.

Enfermera perinatóloga, especialista del Hospital Simón Bolívar. Docente asistente de la Universidad Nacional de Colombia.

Héctor González.

Médico ginecoobstetra, Universidad del Rosario. SDS.

Lida Montano.

Enfermera epidemióloga del Hospital de Suba.

Vilma Sarmiento.

Enfermera, SDS.

Iraidis Soto

Enfermera presidenta de ACOFAEN.

Destinatarios de la Guía

La *Guía* deberá dirigirse a los profesionales que conforman las diversas instituciones del área de la salud, públicas y privadas, estudiantes y docentes universitarios del área de la salud y afines, grupos de investigación materna perinatal en enfermería.

Revisores pares

Martha Lucía Mora.

Enfermera, epidemióloga. Profesional especializada, SDS.

Esperanza Ruiz.

Enfermera, especialista en Perinatología. Hospital Simón Bolívar.

Niveles de evidencia científica cualitativa y cuantitativa

Nivel 1. Estudios generalizados. Revisiones sistemáticas cualitativas, metasíntesis y estudios cualitativos que incluyan saturación, varios grupos de comparación, análisis cualitativo-cuantitativo, investigación exhaustiva del asunto y grado de generalización de los resultados.

Nivel 2. Estudios conceptuales. Estudios que puedan guiar la selección de la muestra. Deben incluir características metodológicas de estudios cuantitativos y cualitativos, como selección-reclutamiento apropiado de los participantes, que demuestre la diversidad de la población, el control de sesgos del investigador y la recolección de datos. Se deben describir las limitaciones del estudio.

Nivel 3. Estudios descriptivos. Se enfocan en seleccionar un grupo específico de pacientes en un contexto particular. Describen las experiencias o puntos de vista de los participantes, citando textualmente los datos antes de analizarlos y examinar sus causas. Contienen sesgos de selección de participantes.

Nivel 4. Estudios de caso. Entrevistas con una o un número muy pequeño de personas; textos que proveen conocimiento acerca de un asunto no explorado.

Grados de recomendación

- A.** Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o volumen de evidencia científica, compuesto por estudios clasificados como 1 y que estén directamente relacionados con la población diana de la guía.
- B.** Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2 y que sean aplicables directamente a la población diana de la guía.
- C.** Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 3 y que se puedan utilizar directamente con la población diana de la guía.
- D.** Evidencia científica de nivel 3 o 4.

Grado de recomendación por capítulos

Grado de recomendación	Capítulo 1. Cuidado de enfermería a la mujer, el recién nacido y la familia en el posparto hospitalario
A	El profesional de enfermería vigila a la mujer en periodo de posparto inmediato y mediato, teniendo en cuenta los siguientes aspectos: 1. signos vitales maternos, 2. globo de seguridad de Pinard y 3. sangrado genital.
A	El profesional de enfermería debe permitir y fortalecer el primer contacto madre e hijo durante la primera media hora posparto.
A	El profesional de enfermería evalúa criterios para el egreso del recién nacido y la madre en periodo de posparto (anexo 1).
A	El profesional de enfermería brinda información a la madre y su familia sobre la importancia de consultar nuevamente a la institución para conocer los resultados de exámenes realizados al recién nacido (tamizaje de hipotiroidismo y hemoclasificación).

Grado de recomendación	Capítulo 2. Cuidado de enfermería a la madre y el recién nacido una vez egresan del hospital
A	El profesional de enfermería hace seguimiento telefónico y visita domiciliaria a todas las púerperas y al recién nacido en la primera semana posparto.
A	El profesional de enfermería realiza control posparto a la mujer púerpera y al recién nacido en la primera semana posparto.
A	El profesional de enfermería aplicará el cuestionario de "Prácticas de cuidado que realizan consigo mismas las mujeres en el posparto" (alimentación, higiene, medicamentos y control posparto (anexo 3).
Grado de recomendación	Capítulo 3. Cuidado de enfermería a la mujer con infección posparto
B	El profesional de enfermería reconoce y educa sobre la relación causal de la gingivitis con las infecciones puerperales y promueven la higiene bucal.
B	El profesional de enfermería cuenta con un sistema de vigilancia epidemiológica para infecciones puerperales después del egreso de la institución.
B	El profesional de enfermería utiliza y promueve el lavado de manos en el equipo de salud como una de las estrategias en la disminución de la infección puerperal.
Grado de recomendación	Capítulo 4. Cuidado de enfermería a la mujer con depresión posparto
A	El profesional de enfermería debe identificar los signos y síntomas de depresión posparto a través de la aplicación de la escala de depresión posnatal Edinburgh (EPDS) brindando apoyo posparto intensivo y la remisión adecuada para disminuir el sufrimiento de la madre y el hijo, así como los índices de suicidio y filicidio.
A	El profesional de enfermería debe facilitar la participación del compañero o de miembros de la familia a las madres con depresión posparto.
A	El profesional de enfermería debe brindar educación e intervenciones que preparen mejor a las madres ante los síntomas de depresión, orientarlas en el cuidado del niño en la casa y fomentar el apoyo social.
A	El profesional de enfermería, en caso de madres con recién nacidos prematuros y/o de bajo peso al nacer (2.500 g), remiten al programa 'Madre Canguro'.
Grado de recomendación	Capítulo 5. Cuidado de enfermería a la mujer con hemorragia posparto
A	Se recomienda usar las interrelaciones NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), las intervenciones NIC (Nursing Interventions Classification) y los resultados NOC (Nursing Outcomes Classification) aplicadas al cuidado de la mujer con hemorragia posparto.
A	El profesional de enfermería debe estar entrenado en las funciones frente a la activación y manejo del código rojo en una hemorragia posparto. La intervención en código rojo tiene éxito si se trabaja en equipo de manera oportuna y eficaz.
A	El profesional de enfermería debe mantener completo y listo el kit de hemorragia posparto con verificación mensual y reposición inmediata.
Grado de recomendación	Capítulo 6. Educando a la madre y a la familia para el cuidado del recién nacido
A	El profesional de enfermería debe indicar la limpieza a diario del muñón umbilical con alcohol yodado al 70% en cada cambio de pañal; el muñón debe mantenerse seco y se debe vigilar la presencia de sangrado, secreciones y piel enrojecida alrededor de la zona, que pueda indicar un problema de salud en el recién nacido.
A	El profesional de enfermería educa a la madre y a la familia sobre los cuidados del recién nacido. En caso de un recién nacido prematuro o de bajo peso al nacer, se debe remitir a la enfermera del programa 'Madre Canguro'.
A	El profesional de enfermería debe ser muy sensible en el cuidado al recién nacido y debe estar en capacidad de responder a la demanda de apoyo y comprensión materna.
A	Se recomienda evitar quitar el vórmix de la piel. Los recién nacidos a término y estables se pueden bañar con esponja y no mediante inmersión, sin mojar el muñón umbilical. En caso de estar cubierto de sangre, el bebé puede limpiarse con un algodón impregnado con agua estéril y un jabón neutro no antiséptico.

Grado de recomendación	Capítulo 7. Fortalecimiento de la lactancia materna (LM) y el vínculo afectivo
A	El profesional de enfermería, debe recomendar y promover la asistencia de los compañeros de las gestantes a las clases de lactancia durante el control prenatal, en el curso de preparación para la maternidad y la paternidad, y en el posparto.
A	El profesional de enfermería debe abrigar al recién nacido e iniciar la lactancia materna en lo posible en la primera media hora después del nacimiento, brindar atención al recién nacido, al igual que el alojamiento conjunto con la madre, y apoyar la lactancia materna exclusiva a libre demanda, sin que excedan tres horas de intervalo.
A	El profesional de enfermería enseña a todas las madres antes de salir de la institución la técnica de extracción manual de la leche y su conservación. Es necesario tener en cuenta la estrategia de los diez pasos para una lactancia materna feliz.
A	El profesional de enfermería debe tener programas que aseguren el apoyo a la mujer durante la lactancia. En el puerperio inmediato, es necesario reforzar cuantas veces se requiera y responder a los problemas que se presenten durante la lactancia.
A	El profesional de enfermería debe usar la escala de LATCH para valorar la lactancia materna en el periodo del posparto (anexo 6).

Grado de recomendación	Capítulo 8. Regulación de la fecundidad en el posparto
A	El profesional de enfermería aconseja, prescribe y <i>suministra</i> el método de planificación familiar elegido, de acuerdo con lo establecido en la <i>Guía de atención para planificación familiar en hombres y mujeres</i> , del Ministerio de la Protección Social.
A	El profesional de enfermería debe hacer seguimiento temprano para identificar la expulsión espontánea del DIU.
A	El profesional de enfermería aclara a la usuaria que el DIU no protege de infecciones de transmisión sexual (ITS). Por tanto, debe enfatizar siempre en la doble protección.

Grado de recomendación	Capítulo 9. Comprender la reacción de la familia frente al niño con disformismo
B	El profesional de enfermería debe favorecer la participación de los padres en el cuidado de los recién nacidos con malformaciones y comprender la reacción de la familia frente al niño con disformismo.

Contenido

Siglas y acrónimos	9
Introducción	10
Justificación	10
Objetivos	11
Metodología	12
Capítulo 1 Cuidado de enfermería a la mujer, el recién nacido y la familia en el posparto hospitalario	14
Capítulo 2 Cuidado de enfermería a la madre y el recién nacido una vez egresan del hospital	18
Capítulo 3 Cuidado de enfermería a la mujer con infección posparto	25
Capítulo 4 Cuidado de enfermería a la mujer con depresión posparto	29
Capítulo 5 Cuidado de enfermería a la mujer con hemorragia posparto	35
Capítulo 6 Educando a la madre y a la familia para el cuidado del recién nacido	48
Capítulo 7 Fortalecimiento de la lactancia materna (LM) y el vínculo afectivo	54
Capítulo 8 Regulación de la fecundidad en el posparto	58
Capítulo 9 Comprender la reacción de la familia frente al niño con disformismo	60

Algoritmo	62
Glosario	63
Anexos	64
1. Criterios para el egreso del recién nacido y la madre en periodo de posparto	
2. Encuesta a mujeres en periodo de posparto	
3. Cuestionario "Prácticas de cuidado que realizan consigo mismas las mujeres en el posparto"	
4. Escala de depresión posparto de Edinburgh	
5. Pautas de educación a la mujer y su familia durante el posparto	
6. Escala de LATCH	
Referencias	72

Siglas y acrónimos

CPN	control prenatal
DIU	dispositivo intrauterino
DPP	depresión posparto
EBE	enfermería basada en la evidencia
EPDS	escala de depresión posnatal Edinburgh
LATCH	Audible Swallowing, Comfort, Type of Nipple and Hold (positioning)
LM	lactancia materna
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NE	nivel de evidencia
NIC	Nursing Intervention Classification
NOC	Nursing Outcomes Classification
R: A	grado de recomendación A
R: B	grado de recomendación B
SDS	Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
ZEFP	Nursing Diagnosis of the Centre for Development and Research of the University Hospital in Zurich

Introducción

La *Guía* contiene orientación acerca de cómo actuar integralmente, con calidad y calidez, con la mujer y la familia en periodo de posparto, dentro y fuera de la institución hospitalaria, mediante la promoción de estilos de vida saludables que propendan a la disminución de la morbilidad materno-perinatal.

El periodo del posparto, denominado también puerperio, es definido como el que sigue al parto, y se divide en puerperio inmediato, mediato, alejado y tardío. El puerperio inmediato comprende las dos primeras horas posparto y se ponen en juego los mecanismos hemostáticos uterinos. El puerperio mediato va desde las primeras dos hasta las 48 horas posparto, en el que actúan los mecanismos involutivos. El puerperio alejado, por su parte, se extiende aproximadamente hasta 40 días después del parto. El retorno de la menstruación indica su finalización. Por último, el *puerperio tardío* puede llegar hasta los seis meses después del parto, y se acompaña de una lactancia prolongada y activa.

En este orden de ideas, para mejorar el cuidado de la salud de la mujer en periodo de posparto, y la del recién nacido, el profesional de enfermería debe desarrollar eficiente y efectivamente sus actividades desde el cuidado directo, la gestión de este, la investigación y la educación, para lograr así el equilibrio con el equipo de trabajo de salud, la usuaria, la familia y la comunidad.

Justificación

En la Antigüedad, el cuidado de las puérperas era de gran importancia y estaba a cargo de las mujeres de la misma comunidad, quienes asumían esta labor con mucha responsabilidad. Tradicionalmente, los conocimientos sobre el embarazo, el parto y el puerperio se transmitían de madres a hijas, o entre mujeres de la misma familia o del mismo pueblo. Estos conocimientos no se referían solo a la fisiología, sino a las necesidades emocionales: los distintos estados de ánimo, los miedos y las incertidumbres.

En la sociedad actual, las redes de apoyo entre mujeres se han perdido bastante. Por un lado, la familia nuclear hace que sea la pareja la que afronte la etapa de maternidad. Por otro, el aumento de la movilidad laboral la aleja de su familia y de sus amigos. En general, hoy en día las mujeres se enfrentan a la maternidad solas y sin referentes cercanos, como parte de una sociedad en la que la maternidad no se valora como debe ser.

Este conjunto de cosas hace que las experiencias que se suelen compartir entre madres pasen por alto sentimientos profundos y reales, como los sentimientos contradictorios ante el embarazo, ya que la inmensa alegría que supone la noticia del embarazo lleva asociados sentimientos de temor, miedo, incertidumbre, frustraciones por partos que no resultaron como se planeaba, mala información, maltrato por el empleo de prácticas agresivas contra la madre o el bebé, sentimientos de culpa en caso de cesárea, prematuridad y recién nacidos con bajo peso al nacer, lactancias fracasadas y, en general, desconcierto con la maternidad vivida.

Por otra parte, en la actualidad la estancia hospitalaria en el posparto se ha venido reduciendo a un tiempo muy breve, que obliga a los profesionales de enfermería a ejercer mayor vigilancia, educación y control, involucrando a la familia en el cuidado del binomio madre-hijo. A este cuidado en las primeras horas y días después del nacimiento no se le ha dado la suficiente importancia, cuando tres cuartas partes de todas las muertes neonatales ocurren en la primera semana de vida, y del 25 al 45%, en las primeras 24 horas. También es el periodo durante el cual ocurren más muertes maternas.

Al evaluar el comportamiento de la mortalidad materna durante 2010, se observa que se sigue presentando por las tres primeras causas: síndrome hipertensivo, hemorragia y sepsis, en los ámbitos nacional y mundial. “De 41 muertes analizadas, el 49% se clasificó de causa directa, ubicándose en primer lugar el síndrome hipertensivo (pre-eclampsia, eclampsia, *hellp*) con un 40% (n = 8), en segundo lugar se ubica la hemorragia posparto con un 35% (n = 7) y en tercer lugar se encuentra la sepsis con un 20% (n = 4)” (Becerra, 2010).

Al ser el posparto un periodo crítico, es necesario que los profesionales de enfermería asuman como una prioridad el cuidado de la mujer, del recién nacido y de la familia. Ahora bien, como en la actualidad no existe una guía que oriente al profesional de enfermería al respecto, es indispensable recoger la información de investigaciones valiosas que giran alrededor del asunto en una guía de cuidado de enfermería en el periodo posparto, basada en la evidencia.

Objetivos

General

Establecer recomendaciones precisas para el cuidado de enfermería durante el periodo posparto, mediante una guía de enfermería basada en la evidencia científica.

Específicos

- Estandarizar el cuidado de enfermería en el posparto hospitalario y en la atención domiciliaria.
- Suministrar instrumentos para el cuidado de enfermería en el periodo posparto.
- Hacer recomendaciones en el cuidado de enfermería en la infección puerperal y en la depresión posparto.
- Definir el cuidado de enfermería durante la activación del código rojo para hemorragia posparto mediante el uso de los diagnósticos NANDA, NIC y NOC.
- Unificar criterios para la educación de las madres y las familias sobre los cuidados del recién nacido.
- Brindar pautas para fortalecer la lactancia materna y el vínculo afectivo.
- Proveer información sobre la regulación de la fecundidad en el posparto inmediato.
- Incorporar el cuidado de enfermería ante la reacción de la familia frente al niño con disformismo.

Metodología

Conformación del grupo

El grupo fue conformado por invitación de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá a profesionales de enfermería con amplia experiencia en la asistencia, tanto en los ámbitos públicos como privados, la docencia y la investigación, y representantes de asociaciones de enfermería, como la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería (ACOFAEN) y la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia (ANEC), con el fin de participar en el proceso de elaboración de guías de enfermería para el cuidado materno perinatal basadas en evidencia. Aunque se recomienda adaptar guías nacionales e internacionales antes de desarrollar nuevas guías, no fue posible acogernos a esta decisión, por cuanto no se encontraron guías propias basadas en evidencia de la profesión de enfermería al respecto.

En una primera reunión, todos los participantes estuvieron de acuerdo con las fases de la metodología por seguir en el proceso de elaboración de guías de enfermería para el cuidado materno perinatal, enfermería basada en evidencia (EBE). Se presentaron las fases: 1. Incorporación de la evidencia de los consumidores: selección y priorización de temas. 2. Elaboración de preguntas y determinación de desenlaces. 3. Incorporación de la evidencia del usuario (en este caso, el usuario se refiere a la gestante, quien es la persona que está viviendo la experiencia actualmente), por medio de encuestas a la gestante, simultáneamente con la revisión de la literatura. Categorías que en lo posible vale la pena considerar e incluir en el desarrollo de la guía. 4. Búsqueda y síntesis de evidencia disponible: identificación de los estudios. 5. Desarrollo del contenido de la guía, recomendaciones y bibliografía.

1. Incorporación de la evidencia de los consumidores: selección y priorización de temas

Luego de una discusión sobre las guías por desarrollar, se concluyó que la “Guía de cuidado de enfermería en el periodo de posparto” es esencial, por lo tanto fue seleccionada y priorizada como una de las más necesarias.

2. Elaboración de preguntas y determinación de desenlaces

Para la elaboración de preguntas y determinación de desenlaces correspondiente a la Guía de cuidado de enfermería en el posparto, se desarrolló un algoritmo de 20 preguntas. Al final de este proceso se obtuvieron cinco preguntas, para la formulación se utilizó la estrategia PICO (por sus siglas del inglés *patient or problem, intervention, control or comparison, outcomes*); esta consiste en determinar la población objeto de estudio, a quién va dirigida la guía, las intervenciones, los comparadores y los desenlaces.

3. Incorporación de la evidencia del usuario por medio de encuestas a la gestante

Se realizaron 25 encuestas a mujeres en periodo de posparto (anexo 2), en el hogar y en cuatro hospitales de Bogotá. Este proceso se desarrolló simultáneamente con la revisión de la literatura.

Los aspectos identificados desde la perspectiva de las mujeres en periodo de posparto fueron la necesidad de acompañamiento, autocuidado, el tema de la lactancia materna y cuidados del recién nacido. Estas necesidades expresadas por las puérperas encuestadas fueron tenidas en cuenta en la elaboración de esta Guía.

4. Búsqueda y síntesis de evidencia disponible: identificación de los estudios

Después se realizó una búsqueda de la literatura para identificar y resumir los estudios relacionados con el cuidado en el posparto por profesional de enfermería. La clasificación de los niveles de evidencia y los grados de recomendación se actualizaron de acuerdo con la clasificación de la medicina basada en evidencia. Se realizó la búsqueda de estudios cuantitativos y cualitativos, y revisiones de metaanálisis para cada recomendación. Las fuentes de datos empleadas para la revisión sistemática de la literatura científica fueron: Cuiden, MedLine, Lilacs, Scielo, Pubmed, Cochrane Library, Google Scholar y las bibliotecas de las universidades.

Además de la revisión de literatura, la Guía se complementa con la construcción de la interrelación NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), NIC (Nursing Interventions Classification) y NOC (Nursing Outcomes Classification), correspondiente al cuidado prenatal por profesional de enfermería.

5. Desarrollo del contenido de la guía

Se desarrolló el contenido por capítulos, se hizo el planteamiento de las recomendaciones y se referenció la bibliografía. De la revisión de la literatura surgen los capítulos de esta guía.

Capítulo 1

Cuidado de enfermería a la mujer, el recién nacido y la familia en el posparto hospitalario

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

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

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

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

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

- Medidas higiénicas para prevenir infección materna y del recién nacido.
- Signos de alarma de la madre: fiebre, sangrado genital abundante, dolor en hipogastrio y/o en área perineal, vómito y diarrea. Es importante indicarle que en caso de presentarse alguno de ellos, debe regresar a la institución.
- Importancia de la lactancia materna exclusiva.
- Puericultura básica.
- Alimentación balanceada adecuada para la madre.
- Inscripción del recién nacido en los programas de crecimiento, desarrollo y vacunación.

- Fortalecimiento de los vínculos afectivos, autoestima y autocuidado como factores protectores contra la violencia intrafamiliar.
- Entrega del registro de nacido vivo y promoción del registro civil del recién nacido en forma inmediata.
- La gestante debe egresar con una cita de control ya establecida, con el fin de controlar el puerperio dentro de los primeros siete días del parto.
- Instrucción a la madre respecto a la importancia de conocer los resultados de la hemoclasificación del neonato y del tamizaje del hipotiroidismo congénito. La madre debe consultar nuevamente a la institución para conocer el resultado del tamizaje y traer al recién nacido para las pruebas confirmatorias cuando esté indicado (Ministerio de la Protección Social, 2007). (NE:1)

Suárez (2009) hizo un estudio cualitativo exploratorio con diez mujeres primíparas en las primeras dos horas posparto, entre 15 y 20 años, cuyos recién nacidos no tuvieron complicaciones y quienes fueron atendidas en la sala de partos del Hospital Meissen (Bogotá). La investigadora destaca cuatro categorías: interacción, ambivalencia de sentimientos, apego y expectativas.

La *interacción* es auditiva, visual y táctil: cada reacción del bebé genera una en la madre; así, cuando llora, la madre le habla; cuando abre los ojos, ella le sonríe; cuando lo amamanta, lo toca, y la madre está muy atenta a cualquier comentario cuando está separado de ella. La mayoría de las madres fantasean con su hijo durante la gestación y durante el parto enfrentan a ese hijo real. En este primer contacto visual empiezan a identificar rasgos de familiares.

La *ambivalencia de sentimientos*. Se generan sentimientos de felicidad, nostalgia o angustia. El nacimiento del bebé es el paso del dolor del parto a una experiencia agradable y única; el llanto del recién nacido es la señal que suscita mejores respuestas en la madre.

En el *apego*, por su parte, la madre se siente feliz y manifiesta que quiere a su hijo, lo besa y lo recibe en la camilla para lactarlo; a pesar del cansancio, quiere cuidarlo, se siente responsable y manifiesta que el hijo le pertenece. En el puerperio inmediato, el recién nacido, con sus señales innatas (succionar, llorar, sonreír y aferrarse), fortalece el vínculo afectivo con su madre. De acuerdo con un testimonio presente en esta investigación: “Cuando la enfermera la cogió, que ya habían cortado el ombligo, me dijo que le diera un beso y yo se lo di, luego cuando ya me la pasaron a la camilla, la tuve a mi lado y yo la miraba todita y la acariciaba con la mano”.

La *expectativa*, por último, prueba que el primer contacto entre la madre y el hijo durante el puerperio inmediato es muy gratificante. El vínculo afectivo que se está generando hace que la madre se proyecte en la vida diaria, adquiera expectativas inmediatas y futuras, lo cual la lleva a reflexionar sobre su vida y su familia, aprenden a valorar más las cosas que han tenido y a la mamá. Otro testimonio decía: “Aprendí a valorar cosas de mi vida. A mi mamá, porque ahí aprendí lo que es ser madre” (Suárez, 2009). (NE: 1)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2009) muestra, en el documento *AIEPI neonatal: intervenciones basadas en evidencia*, cómo entre el 90 y 95% de los niños en el mundo nacen en buenas condiciones y no requieren ningún procedimiento de reanimación, únicamente la atención inmediata, que incluye evitar su exposición al frío, no separarlos de su madre y amamantarlos en las dos primeras horas de vida. En conclusión, los cuidados rutinarios e inmediatos a los recién nacidos sanos evitan hipotermia, hipoglucemia, anemia, enfermedad hemorrágica del recién nacido, infección ocular, cambio o pérdida de un recién nacido, y retraso de la lactancia materna exclusiva (Organización Panamericana de la Salud, 2009, pp. 15-18). (NE: 1)

Ching *et al.* (1994), por su parte, entre septiembre y diciembre de 1991, practicaron un estudio descriptivo-prospectivo en el Centro Hospital Joaquín Paz Borrero, de Cali, Colombia, para determinar la eficacia y las condiciones de eficiencia del subprograma de atención del parto y posparto. En el 97% de las 76 usuarias del subprograma se encontró que las indicaciones y enseñanzas durante el puerperio mediato fueron inadecuadas, porque no se incluyeron todos los aspectos establecidos por las normas, como los cuidados con el recién nacido, la lactancia materna, los cuidados de la mujer durante el posparto, con la episiorrafia y la planificación familiar.

En el puerperio inmediato, en ninguna de las puérperas se valoró la temperatura ni el pulso; la eliminación urinaria se valoró en el 97%; el sangrado vaginal, en el 77%, y la formación del globo de seguridad de Pinard, en el 87%. Durante este periodo no se hicieron controles ni observaciones sobre los recién nacidos.

El control del puerperio mediato fue inadecuado para todas las puérperas. En efecto, el control de signos vitales no se hizo con cada cambio de turno; a ninguna puérpera se le tomó la temperatura; el pulso y la presión arterial se controlaron en 23 usuarias (77%). La involución uterina y las características de loquios se controlaron solo en 10 puérperas (33%).

El examen de egreso de las madres se hizo en forma adecuada en 11 de ellas (37%), pero no se revisaron genitales ni las características de los loquios. El examen de egreso (físico y neurológico) de los recién nacidos fue adecuado en 13 de los casos (43%) e inadecuado en 17 (57%), debido a que se hizo insuficientemente o a que en algunos casos se omitió el examen neurológico (Ching, Noreña y Vásquez, 1991, pp.). (NE: 2)

Rojas *et al.* (2006), en un estudio realizado en hospitales de Bogotá, mostraron que la lactancia materna exclusiva y sin restricciones se fomentó en el 99,1% de las mujeres. La utilización de esta práctica ha demostrado una reducción significativa de la mortalidad infantil y las infecciones gastrointestinales.

En relación con el alojamiento conjunto madre-hijo, entendido como el contacto piel a piel durante la primera media hora del parto vaginal, se favoreció en el 91,2% de los casos, y en el 8% no se hizo, debido a la hospitalización del recién nacido. El contacto piel a piel prolonga la duración de la lactancia materna, el apego y la supervivencia del bebé, por lo que esta práctica hospitalaria se debe continuar. Los autores concluyen que es necesario desarrollar metodologías efectivas que garanticen la adherencia a las

normas y guías de atención materna y perinatal, así como decisiones administrativas y gerenciales que faciliten su cumplimiento (Rojas, Londoño y Arango, 2006). (NE: 2)

Recomendaciones

1. El profesional de enfermería vigila a la mujer en periodo de posparto inmediato y mediato, teniendo en cuenta los siguientes aspectos: 1. signos vitales maternos, 2. globo de seguridad de Pinard y 3. sangrado genital. (R: A).
2. El profesional de enfermería debe permitir y fortalecer el primer contacto madre e hijo durante la primera media hora posparto. (R: A)
3. El profesional de enfermería evalúa criterios para el egreso del recién nacido y la madre en periodo de posparto (anexo 1). (R: A)
4. El profesional de enfermería brinda información a la madre y su familia sobre la importancia de consultar nuevamente a la institución para conocer los resultados de exámenes realizados al recién nacido (tamizaje de hipotiroidismo y hemoclasificación). (R: A)

Capítulo 2

Cuidado de enfermería a la madre y el recién nacido una vez egresan del hospital

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

Las autoras concluyen que las mujeres en posparto son dadas de alta en periodos tempranos (antes de 48 horas en partos sin complicaciones), por lo cual los profesionales de enfermería deben seguir estrategias de cuidado que traspasen los escenarios hospitalarios e incluyan el hogar, para dar continuidad en el cuidado a madres y recién nacidos, al tiempo que involucran y ayudan a constituir a la familia como red de apoyo.

En este sentido, es necesario recordar que madres y familiares con escasos conocimientos enfrentan solos el proceso de crianza del hijo y la recuperación posparto de la mamá, paralelos al proceso de asumir el rol materno, lo que implica grandes cambios de adaptación fisiológica, como la hiperbilirrubinemia neonatal, el establecimiento de la lactancia materna, la involución uterina y la pérdida de peso en la madre y en el hijo, tal como lo describen los cinco trabajos.

Por esta razón, la educación, el acompañamiento, la resolución de dudas, la asesoría, la consulta de enfermería, la utilización de material didáctico e inducción a la consulta de urgencias son herramientas que no implican grandes procesos tecnológicos, pero que bien utilizadas pueden prevenir complicaciones, como infecciones, hemorragias y alteraciones en las técnicas de lactancia materna.

Estos hallazgos son coherentes con estudios realizados por trabajadores de la salud entrenados en comunidad, en los que evaluaron la importancia de la visita domiciliaria a la puérpera e identificaron también que en los primeros tres a cuatro días posparto los principales problemas de las madres en el hogar están relacionados con síntomas de depresión materna, dificultades en el apego y alteraciones en la lactancia materna, especialmente en la posición durante esta. Además, evaluaron el grado de satisfacción de las madres, que fue muy alto en quienes recibieron visitas domiciliarias en relación con el grupo al cual realizaron evaluación clínica.

Otro aspecto que se evidencia en los trabajos revisados es la importancia de involucrar al padre y fortalecer el vínculo afectivo entre madre-hijo-padre, mediante acciones sencillas, como actividades lúdicas, expresiones de afecto, ponerle el

nombre, considerando que este vínculo es la base de todas las relaciones humanas futuras.

El acercamiento de los profesionales de enfermería como agentes de salud a los hogares requiere el respeto de los valores, las prácticas y las creencias, y la capacidad de evaluar los riesgos que estas puedan implicar para la salud de neonatos y madres, de manera que sea posible negociarlas para conservarlas, orientarlas o reestructurarlas, sin generar choques culturales (Bohórquez, Santana, Pérez y Munévar, 2010). (NE: 1)

Por su parte, Registered Nurses Association of Ontario (RNAO) (2007) recomiendan, en *Breastfeeding Best Practice Guideline for Nurses*, que si la madre y el niño salen del hospital antes de las 48 horas, el personal de salud debe evaluarlos antes de la salida; así mismo, es necesario hacer el seguimiento telefónico y visitar el hogar (NE: 1)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2009) demuestra, en el documento de *AIEPI neonatal. Intervenciones basadas en evidencia*, y en otros estudios, que para reducir la mortalidad neonatal en poblaciones de alto riesgo son efectivas las visitas tempranas en el hogar para el cuidado del recién nacido. Además, ha mostrado mejoras en las prácticas clave del cuidado neonatal, como el inicio de la lactancia materna, la lactancia materna exclusiva, el contacto piel a piel, retrasar el baño y mejorar la higiene, así como el lavado de manos con agua limpia y jabón, y el cuidado del cordón umbilical.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) recomiendan, al menos, dos visitas domiciliarias para las madres y sus recién nacidos: la primera dentro de las primeras 24 horas y otra posterior durante el tercer día. De ser posible, debe hacerse una tercera a la primera semana de vida (OPS, 2009, pp. 15-18; Baqui, El-Arifeen, Darmstadt, 2008, pp. 1936-1944; Kumar, Mohaty, Kumar *et al.*, 2008: 1151.1162; Bhutta, Memon, S oofi *et al.*, 2008: 425-429; WHO-Unicef, 2008). (NE: 1)

Cardozo y Bernal (2009) observaron en un estudio con adolescentes la necesidad de que la usuaria y su familia recibieran dentro del plan de alta hospitalaria la educación para reanudar la actividad física, que deberá iniciarse en el puerperio hospitalario con ejercicios sencillos para fortalecer la musculatura, en especial del suelo pélvico y el abdomen, circulación sanguínea, respiración, peristaltismo abdominal, con beneficios en su figura y autoestima. Además de los periodos de descanso y sueño, y llevar una alimentación rica en proteínas. (NE: 2)

Molina y Leiva (2010) hicieron un estudio cualitativo-cuantitativo, con un total de 13 adolescentes madres, de las cuales 11 eran costarricenses y 2, nicaragüenses. Ocho de ellas tenían entre 12 y 15 años de edad, y las cinco restantes, entre 16 y 19. Encontraron que 12 jóvenes consideraban beneficioso practicar actividad física en la etapa de posparto. Sin embargo, 11 de las entrevistadas desconocían cuántas horas debían dormir durante el periodo de puerperio cuando las jóvenes deben destinar ocho horas diarias a esta actividad. Las autoras consideran que durante esta etapa, la nutrición debe adecuarse, para agilizar el proceso de recuperación de las madres.

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

Al indagar acerca del cuidado del bebé, puede concluirse que las jóvenes desconocen mucho al respecto y que las madres han sido quienes les transmiten la información que poseen. Dicha información está cargada de mitos populares que evidencian que el cuidado que brindan a sus bebés podría no ser ni suficiente ni adecuado. Igualmente, todas las participantes manifestaron sentir temor. Las autoras concluyen que el sistema de enfermería necesario para guiar a las jóvenes madres debe sustentarse en la educación (Molina y Leiva, 2010). (NE: 2)

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

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

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

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

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

En la tríada embarazo-parto-puerperio, la dimensión equilibrio-desequilibrio opera de la siguiente manera: la mujer embarazada se considera en una condición de calor; el

cuerpo se abre a causa del parto, y la mujer entra en un estado de frío, ya que la sangre, como elemento que mantiene caliente el cuerpo, se pierde. Esta amenaza se incrementa, porque a la pérdida de sangre se suma la abertura de los poros, la cabeza y el vientre, lugares por donde entra el frío. De acuerdo con un testimonio:

Me coloco una pantaloneta que apriete los músculos para cerrarlos, especialmente de la cadera y el vientre. Así logro que el útero se acomode y evito que se descuelgue. Se trata de sostener el útero con la faja. Como el útero estaba tan grande toca sostenerlo porque él solo no va a poder volver a la normalidad, aunque por naturaleza volvería, pero si uno no se cuida, quedan la barriguita y las caderas anchas (Liz, 14 años) (Argote, Bejarano, Ruiz de Cárdenas et al., 2004). (NE: 1)

De acuerdo con Castro *et al.* (2006), en un estudio realizado en Popayán, Colombia, la etapa del puerperio, conocida popularmente como la dieta, es un periodo importante para la dicotomía madre-hijo, que se ha visto influenciada por múltiples prácticas y creencias culturales. Entre las principales prácticas encontradas en esa investigación tenemos tres grandes grupos: 1. los cuidados de la puerpera y el recién nacido (la termorregulación entre el frío: parto; el calor: dieta; y la alimentación); 2. El uso de plantas medicinales, y 3. Los tabúes y creencias culturales en este momento de la vida para potenciar los cuidados culturales o creencias que ayudan al mantenimiento de la salud (Castro, Muñoz, Plazas *et al.*, 2006: 141-152). (NE: 3)

Noguera *et al.* (2008) proponen brindar educación a la madre adolescente desde la práctica de enfermería, ya que las prácticas de cuidado basadas en lo cultural no deben ser rechazadas e ignoradas, sino conocidas y evaluadas para determinar cuáles podrían ser preservadas, cuáles negociadas y cuáles transformadas para ofrecer un cuidado de enfermería congruente con la cultura. La propuesta busca que la enfermera como educadora, pensando en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, desarrolle acciones educativas encaminadas a: 1. favorecer el cierre de las aberturas transitorias con que llega el recién nacido y 2. evitar la entrada de frío y calor en el recién nacido, al formular una alternativa para el cuidado de la salud, partiendo de las creencias culturales.

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

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

- Informar que el uso del gorro en el recién nacido favorece la termorregulación adecuada (Noguera, 2008). (NE: 2)

Ching *et al.* (1994) realizaron un estudio descriptivo-prospectivo entre septiembre y diciembre de 1991 en el Centro Hospital Joaquín Paz Borrero de Cali, Colombia, para determinar la eficacia y las condiciones de eficiencia del subprograma de atención del parto y posparto. En 76 usuarias del subprograma se encontró que solo 41 (54%) acudieron al control posparto. De las 35 que no asistieron, 14 (40%) no se pudieron contactar para conocer la razón de su inasistencia, porque proporcionaron direcciones y números de teléfonos errados. Las 21 restantes adujeron como causas las siguientes: 7 (33%) se sintieron enfermas y sin fuerzas para ir al control, 5 (23%) tuvieron inconvenientes para salir del hogar, 4 (19%) no recordaron la cita y 4 (19%) fueron a un centro de salud diferente. Otros motivos mencionados fueron la falta de dinero, el maltrato en el hospital durante el parto, el temor, la vivienda alejada del hospital y que la importancia del control no se explicó con claridad.

Algunos de estos aspectos coinciden con las razones manifestadas por las puérperas inasistentes contactadas. Es necesario considerar que para lograr la asistencia al control son muy importantes las indicaciones impartidas al egreso sobre la cita posparto.

De las 30 usuarias observadas, solo 19 asistieron a control de posparto. De ellas, la enfermera atendió a 13 (68%) y la auxiliar de enfermería, a 6 (32%). El examen físico se hizo en observación y palpación de mamas, observación de involución uterina, inspección de genitales y de secreción vaginal-loquios. Durante el control posparto, el examen físico fue más completo cuando lo hizo la enfermera. Las diferencias fueron estadísticamente significativas: $p < 0,05$ (Ching, Noreña, Vásquez, 1994). (NE: 2)

Villamizar (2011) hizo un estudio cualitativo etnográfico con 9 mujeres adolescentes entre 14 y 19 años, primíparas en posparto, hasta los 40 días, residentes de la localidad de Usme, de Bogotá, Colombia, pertenecientes al grupo de gestantes captadas dentro de algunos microterritorios del programa 'Salud a su casa'.

El estudio reporta tres categorías: miedo, apoyo y cuidado, relacionadas con la culturalidad, que caracterizan a la adolescente en los periodos de la gestación, parto y el posparto. En relación con el periodo del posparto, se muestra que las adolescentes sienten miedo a las complicaciones propias de este, al dolor de los senos y a la enfermedad del recién nacido. Según un testimonio: "Son muy pequeños y eso me da miedo por no dejarlo caer; por eso lo alzo como me dicen, con cuidado de la cabecita".

La autora pretende reorientar los cuidados en relación con el cuidado de la maternidad y la paternidad, enseñando ejercicios preparto, fortaleciendo el curso de la preparación para la maternidad y la paternidad, y enfatizando aspectos de los cambios que se presentan durante el desarrollo del parto, ya que las participantes demostraron miedo por desconocer lo que les va a suceder.

En el posparto, el apoyo por parte de los padres o suegros se refiere a la manutención del bebé o a la compra de pañales. En ocasiones, los padres o los suegros proporcionan lo que el bebé necesita, y en el caso de algunas de las participantes, lo hace el compañero. En otros casos, a las madres se les permite vivir en las casas de sus padres o suegros, lo que perciben como un gran apoyo. Algunas de las abuelas de las participantes de la muestra cuidan de los recién nacidos, para que sus hijas adolescentes terminen sus estudios, y algunas dijeron que sentían que sus padres querían más al bebé que a ellas mismas. Este es uno de los testimonios: “Mi novio me ayuda, bueno, me da plata para los pañales y así mi mamá no dice nada, aunque yo le agradezco por no sacarme de la casa”.

En cuanto al cuidado de ellas mismas, algunas adolescentes abandonan conductas relacionadas con las bebidas y las salidas sociales, tanto durante la gestación como en el posparto inmediato. De acuerdo con el estudio, los cuidados con el recién nacido están orientados a preservar y/o mantener conductas y significados en relación con la higiene, la alimentación y la asistencia a las consultas de crecimiento y desarrollo, como forma de prevenir enfermedades en el niño (Villamizar, 2011). (NE: 1)

Vargas y Hernández (2010) hicieron una investigación cuyo objetivo general fue determinar la validez y confiabilidad del cuestionario “Prácticas de cuidado que realizan consigo mismas las mujeres en el posparto”. La validez de contenido mediante la prueba de expertos reportó un puntaje de 0,88, la validez facial con diez expertas y diez mujeres en el posparto evidenció consenso de acuerdos, en relación con la claridad y comprensión del cuestionario.

Se hizo una prueba piloto para determinar posibles ajustes, en la que participaron 176 mujeres lactantes en el posparto, de diferentes estratos socioeconómicos, residentes en Bogotá, a quienes se les aplicó, previo consentimiento informado, un cuestionario conformado por 32 ítems. Se elaboró una base de datos en Excel, y los datos se procesaron en SPSS versión 12.0. La validez de la escala evidenció que es una escala corta, y la validez discriminante determinó 12 ítems que tenían mayor correlación y agrupó los que tenían correlaciones bajas. La confiabilidad del cuestionario de 32 ítems presentó α de Cronbach de 0,59, y el cuestionario de 12 ítems, α de Cronbach de 0,68, lo que se considera un puntaje aceptable y bueno en los primeros estudios de validación de un instrumento.

El cuestionario demostró validez facial, por su claridad y facilidad de comprensión de cada uno de los ítems, tanto para las expertas como para las mujeres que participaron en el estudio. El cuestionario “Prácticas de cuidado que realizan consigo mismas las mujeres en el posparto” (anexo 3) es el primer instrumento de medición aplicado a mujeres lactantes de diferente estrato socioeconómico y que se encontraban desde el primer día hasta los 180 días después del parto (Vargas, Hernández, 2010). (NE: 1)

Vargas C. (2009), en su tesis para optar al título de magíster en enfermería con énfasis en cuidado para la salud materno-perinatal, afirma que desde la enfermería hay que proponer políticas de salud efectivas y oportunas para reducir la morbimortalidad materna, una vez se generen resultados de investigaciones. Así mismo, dice que es

necesario considerar desde la asistencia el cuidado popular que influye directamente en la salud de la mujer, por la brecha existente entre el cuidado profesional basado en la evidencia científica y el cuidado genérico, que brinde intervenciones de enfermería que respondan a las necesidades reales de esta población (Vargas, 2009). (NE: 2)

Recomendaciones

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

Capítulo 3

Cuidado de enfermería a la mujer con infección posparto

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

Balestena et al. (2005), en una investigación retrospectiva, transversal y analítica en el hospital docente ginecoobstétrico Justo Legón Padilla, de Pinar del Río, Cuba, entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2001, tuvo como fin identificar los factores maternos del parto y el periparto que influyen en la endometritis. El grupo-estudio estuvo conformado por 179 pacientes que presentaron endometritis posparto, mientras que el grupo control fue tomado de forma aleatoria simple ($n = 230$). Para recoger los datos se utilizó un formulario que incluía variables de la madre, el parto y el periparto.

El análisis estadístico se hizo por la frecuencia porcentual, la media y la desviación estándar. Para comparar los grupos se utilizó el χ^2 con diferentes niveles de significación: $p < 0,05$ (significativo), $p < 0,01$ (muy significativo) y $p < 0,001$ (altamente significativo). Se obtuvo una asociación significativa entre la madre adolescente, la madre añosa, la madre primigesta, el embarazo postérmino, la cesárea, 20 o más horas de bolsa rota, 10 o más horas de trabajo de parto, 4 o más tactos vaginales y el líquido amniótico meconial, con la endometritis. Concluimos que todas las variables mencionadas constituyen factores de riesgo para que se produzca una infección posparto.

Uno de los factores que se debe tener presente es la edad materna, pues la adolescencia es una etapa de la vida reproductiva muy vulnerable para que se produzca esta afección, debido a que los órganos genitales están poco desarrollados y, por tanto, tienen más posibilidades de que se produzcan traumas obstétricos, con la consiguiente infección. Varios autores (Balestena, Ortiz y Arman, 2005) asocian la adolescencia con la endometritis posparto. (NE: 2)

Resende y Machado (2007) dan a conocer en su estudio que de los 147 casos de infección puerperal analizada, 74 (50,3%) fueron cesáreas e infecciones en el área operatoria, con una tasa de incidencia de 1,47%; 57 (77%) fueron considerados como infección en el área operatoria superficial; 14 (19%) profundas, y 3 (4%) de órgano/cavidad.

Las infecciones clasificadas como endometritis correspondieron al 31,3% (46 casos), y tuvieron una tasa de incidencia de 0,91%, mientras que las infecciones de episiotomía (27 casos) correspondieron al 18,4%, con una tasa de incidencia de 0,54%.

Las mujeres sometidas a cesárea presentaron un riesgo 4,4 veces mayor de contraer infección, que las de parto normal, condición comprobada por algunos autores que, al analizar el tipo de parto y la infección puerperal, constataron que incidencias crecientes de cesáreas han contribuido al aumento en las tasas de infección puerperal. El parto por cesárea está relacionado con la mayor incidencia de morbilidad infecciosa posoperatoria cuando es comparado con el parto normal.

Las infecciones puerperales se manifestaron entre el quinto y el vigésimosexto día posterior al alta hospitalaria (100%). El alta precoz de las puérperas impide el diagnóstico dentro de la institución hospitalaria. Por tanto, la vigilancia postalta es considerada de gran importancia, en especial en procedimientos en los que el periodo de hospitalización postoperatorio es corto; así, es cada vez más importante la presencia de un sistema de vigilancia adecuado (Resende, Machado y De Oliveira, s. f.). (NE: 2)

Un estudio observacional analítico de cohorte, realizado en agosto de 2006 a 67 gestantes que se encontraban en el tercer trimestre de embarazo, tomó 12 como grupo control y 55 como grupo estudio, todas pertenecientes al Policlínico Docente Luis Li Trejent, del municipio Güines, en Cuba. En este caso, fue posible apreciar que la mayor parte de la población estudiada no tenía conocimiento sobre la higiene bucal que provoca la aparición de la enfermedad gingival. Los eventos sépticos durante la gestación, el parto y el puerperio tienen una relación directa con la enfermedad gingival.

Durante la gestación se observó la mayor aparición del parto pretérmino y el bajo peso al nacer, y en el posparto, mayor predisposición a infecciones de diferente índole (Rodríguez, 2008). (NE: 2)

Florence Nightingale, fundadora de la enfermería moderna, afirmaba en la segunda mitad del siglo XIX:

La palabra enfermería debería significar el uso apropiado del aire, la luz, el calor, la limpieza, la tranquilidad y la selección de la dieta y su administración, y con el menor gasto de energía por el paciente. Todos debemos lavarnos las manos con frecuencia a lo largo del día [...]. Lavar con gran cantidad de agua tiene otros efectos que el de la mera limpieza. La piel absorbe el agua, se hace más suave y transpira mejor. Lavar con jabón y agua es también, por consiguiente, deseable desde otros puntos de vista, además de la limpieza.

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

infecciosos. En la actualidad, la higiene de las manos es el factor individual más importante para el control de las infecciones.

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

Existían antecedentes de que medidas preventivas reducían la fiebre puerperal; así, el obstetra escocés Alexander Gordon de Aberdeen reconoció el carácter epidémico de la condición y recomendó el lavado de manos riguroso de médicos y enfermeras, así como quemar la ropa de las personas afectadas y fumigar la ropa de atención de los profesionales.

El doctor Robert Collins, jefe del Hospital Rotunda, de Dublín, Irlanda, combatió exitosamente la enfermedad durante 1829, mediante una limpieza exhaustiva con preparados de cloro en las salas de atención. Las sábanas y la ropa se lavaron en seco a temperaturas de 120 a 180 °C. Oliver Wendell Holmes, médico y escritor estadounidense, publicó en 1843 un artículo titulado “La contagiosidad de la fiebre puerperal”, en el que advertía del riesgo de transmisión de miasmas por los propios médicos que habían hecho disecciones y luego atendían partos, validando las medidas preventivas tomadas por Collins en Dublín. Sus colegas obstetras de Estados Unidos lo rechazaron, y sus observaciones no fueron consideradas en su país. Estos principios fueron promulgados también por Nightingale durante toda su existencia, en la que capacitó a numerosas mujeres como enfermeras (Miranda y Navarrete, 2008). (NE: 2)

Argote, Bejarano *et al.* (2004), en un estudio cualitativo etnográfico con 16 adolescentes puérperas en Cali y Bogotá, encontraron lo siguiente respecto a limpiar el cuerpo de impurezas: el puerperio, desde esta perspectiva, pareciera concebido como algo que está en proceso de purificación, especialmente para expulsar la sangre acumulada durante los nueve meses de gestación. Esta debe ser evacuada, porque es sangre “mala”, “residuos” o “restos”, como generalmente la llaman. Aquella acumulada, que no sale, produce inflamación de los ovarios y dolor e infección de la matriz.

El empeño de las puérperas adolescentes por limpiar el cuerpo durante la dieta conduce a que lo hagan por dentro y por fuera. Con este propósito, toman aguas aromáticas de diferentes yerbas, se aprietan el abdomen para expulsar lo “malo” y, por último, se hacen un sahumero el día 40 (Argote, Bejarano *et al.*, 2004). (NE: 1)

Recomendaciones

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

Capítulo 4

Cuidado de enfermería a la mujer con depresión posparto

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

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

Se ha observado que la incidencia de depresión posparto presenta variaciones en función de la cultura. Es así como en países y en situaciones en las que se provee apoyo psicosocial durante el embarazo, el parto y el posparto, la incidencia de este trastorno es baja (Wollman, Chalmers, Hofmeyr y Nilodem, 1993, pp. 1388-1393).

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

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

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

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

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

Campo, et al. (2007) diseñaron un estudio de validación de la escala de Edinburgh (anexo 4) para depresión posparto, con 200 mujeres gestantes letradas, entre 18 y 42 años, con un promedio de 24,3 años, pertenecientes a estratos económicos bajos y que asistían a consulta externa en una clínica pública de maternidad en Cartagena, Colombia. El estudio mostró que la escala de Edinburgh para depresión posparto posee una alta consistencia interna y una estructura tridimensional para el concepto de depresión en mujeres embarazadas.

La confiabilidad de la escala de Edinburgh para depresión posparto en gestantes de estrato bajo en una ciudad de Colombia, con los siguientes ítems: reír, disfrutar, culpa, ansiedad, pánico, desesperanza, infelicidad, tristeza, llorar e ideación suicida, reportó un α de Cronbach por encima de 0,74. Se espera que la consistencia interna de una escala sea alta cuando los valores se encuentren entre 0,70 y 0,90.

Sin duda, debido a la sencillez y al reducido tiempo necesario para su aplicación (cinco a diez minutos), la escala de Edinburgh para depresión posparto permite su utilización por cualquier profesional de la salud y se convierte en un instrumento importante para la identificación de posibles trastornos depresivos durante el embarazo, lo cual mejora la atención en la salud de las embarazadas.

El estudio concluyó que la escala de Edinburgh para depresión posparto es un instrumento con consistencia interna y estructura factorial adecuadas para ser utilizado en la detección temprana de episodio depresivo mayor en la población de gestantes de estrato bajo de una ciudad de Colombia (Campo, 2007). (NE: 2)

Virani, Lappan y McConnell (2007), en la guía “Interventions for postpartum depression. Nursing best practice guidelines”, recomiendan que las enfermeras presten cuidado individualizado y flexible, basado en la identificación de los síntomas de depresión posparto.

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

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

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

1. ¿Qué tan frecuentemente ha pensado en hacerse daño?
2. ¿Qué tan severos son esos sentimientos?
3. ¿Ha tenido esa clase de sentimientos antes? Si la respuesta es sí, ¿qué pasó?
4. ¿Ha intentado suicidarse?
5. ¿Ha pensado en cómo podría hacerse daño a sí misma?
6. ¿Ha hablado con su compañero acerca de cómo se siente con él?
7. ¿Tiene buena relación con sus padres o familia? ¿Ellos saben cómo se está sintiendo?
8. Si no tiene apoyo del compañero o de la familia, ¿tiene alguien en su vida que le pueda dar ese apoyo?
9. ¿Ha hablado con esa persona sobre sus sentimientos?
10. ¿Podría llamar a esa persona y ella/él viene si usted necesita ayuda?

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

El marco conceptual propuesto por Rycroft-Malone *et al.* (2002) sugiere tres elementos clave: evidencia, contexto cultural y facilitar el cambio requerido en la práctica. (NE: 1)

Grigoriadis y Robinson (2009), en una revisión sistemática de 1996 a 2008 en Cinahl, Med-Line, Psycinfo, Embase y Cochrane Library, mostraron cómo las mujeres chinas que vivían con sus madres presentaron menos síntomas depresivos que las que vivían con sus suegras.

El apoyo social es un efecto protector que contrarresta la depresión posparto; dos estudios cualitativos en India, con 39 madres, reportaron que más mujeres sufrieron depresión posparto cuando recibieron poco apoyo del esposo en la etapa posnatal. Un estudio con 596 vietnamitas mostró que las prácticas en la dieta pueden estar asociadas con DPP cuando la mujer no tiene quién le prepare los alimentos. Otros predictores de depresión posparto son la preocupación acerca del bebé, problemas con el esposo, problemas financieros, síntomas depresivos en el tercer trimestre del embarazo y la primera semana de posparto.

Un estudio con 202 taiwanesas mostró que rituales como evitar las relaciones sexuales, las ensaladas, las bebidas frías, los helados y la comida picante y dura, no levantar objetos pesados y no salir innecesariamente contribuyeron a disminuir síntomas físicos como el dolor de cabeza o el insomnio.

En India se cree que el masaje con aceite en el posparto ayuda a la salud general de la madre y el hijo.

Si la madre hace algún ritual para complacer su apoyo social sin que se sienta satisfecha o esté convencida puede llegar a padecer la DPP.

Todos los estudios mencionados en el artículo utilizaron la EPDS para valorar la depresión posparto (Grigoriadis, Robinson, Fung et al., 2009). (NE: 1)

Howell *et al.* (2009) encontraron que el apoyo social inadecuado influye en los síntomas de la depresión en los seis meses de posparto, y que los síntomas físicos, debilidad en la autoeficacia y los antecedentes de depresión en el pasado son un predictor para depresión posparto.

Las madres fueron categorizadas en cuatro grupos y se encontró que el 52% nunca tuvo síntomas depresivos en los seis meses; el 14% sí tuvo síntomas a los dos meses y a los seis meses; el 6%, a los seis meses, y el 24% tuvo aparición temprana de síntomas con remisión. El estudio tuvo algunas limitaciones, como haber incluido solo partos no complicados, mujeres que fueron entrevistadas después de tener el niño y que no se sabe de síntomas de ansiedad o depresión que pudieron haberse presentado durante la gestación, y que podría estar asociado con la DPP.

Sin embargo, el estudio es claro en que para prevenir los síntomas de la depresión posparto se deben identificar los factores de riesgo personales y sociales; y sugiere educación e intervenciones de enfermería que preparen mejor a las madres en los síntomas, como identificar sensaciones somáticas, especificando su significado y duración, intervenciones para mejorar el cuidado del niño en la casa durante la gestación y el periodo posparto, y fomentar el apoyo social, medidas que ayudarían a disminuir las tasas de depresión posparto (Howell y Mora, 2009, pp. 113-120). (NE: 2)

Castiblanco (2009), en un estudio cualitativo etnográfico en el hogar con ocho madres de recién nacidos prematuros o de bajo peso al nacer (2.500 g), encontró que las madres ven la oportunidad de expresar sus sentimientos de tristeza y depresión que persisten desde la gestación o desde el nacimiento del niño, y otros sentimientos como miedo y angustia, que afloran con la vivencia propia de cuidar al recién nacido prematuro en el hogar.

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

La depresión posparto y a veces sentimientos contradictorios de felicidad y tristeza también son comunes en las madres, dado que cuidar un recién nacido prematuro en el hogar implica una situación nueva y, como tal, produce a veces mucho miedo y angustia.

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

De acuerdo con algunos testimonios: “Si uno está de mal genio, deprimido o algo, eso no le va hacer bien al bebé” (Karen). “Si uno tiene un estado de ánimo bajo o está de mal genio o llorando, esa calidad de leche que se le está dando al niño no lo va a hacer crecer o desarrollarse bien, entonces para que uno esté bien debe estar bien con el papá, con los hijos, con la familia. Entonces, a la mamá la deben cuidar, la deben querer, proteger, estar bien alimentada, también darle amor a la mamá así como se le da la bienvenida al recién nacido”. (Marcela)

Otras madres relacionaron la depresión con el cambio de vida por el nacimiento del niño prematuro, lo que implicó quedarse quieta, y por la soledad. Según un testimonio: “El hecho de estarme quieta para mí significó ‘depresión’, porque tan bonito tengo mi bebé, pero tengo que estar sola, no puede venir nadie, si venía alguien tenía que estar con tapabocas, no lo pueden tocar, póngase el tapabocas, un *poconón* de cuidados que uno de alguna forma no está preparado para este tipo de cosas, eso a uno lo pone triste”. (Sandra).

Las madres también identifican la ignorancia o el desconocimiento como un factor asociado con los sentimientos negativos. En este sentido, las enfermeras del programa ‘Madre Canguro’ deben educar a las madres sobre lo que les va a suceder en el posparto y sobre los cuidados del recién nacido prematuro, para disminuir el desconocimiento que las puede llevar a la depresión (Castiblanco, 2009). (NE: 1)

Recomendaciones

1. El profesional de enfermería debe identificar los signos y síntomas de depresión posparto a través de la aplicación de la escala de depresión posnatal Edinburgh (EPDS) brindando apoyo posparto intensivo y la remisión adecuada para disminuir el sufrimiento de la madre y el hijo, así como los índices de suicidio y filicidio. (R:A)
2. El profesional de enfermería debe facilitar el acompañamiento de los familiares y del compañero en la intervención de madres con depresión posparto. (R:A).
3. El profesional de enfermería debe brindar educación e intervenciones que preparen mejor a las madres ante los síntomas de depresión, orientarlas en el cuidado del niño en la casa y fomentar el apoyo social. (R:A).
4. El profesional de enfermería, en caso de madres con recién nacidos prematuros y/o de bajo peso al nacer (2.500 g), remiten al programa 'Madre Canguro'. (R:A)

Capítulo 5

Cuidado de enfermería a la mujer con hemorragia posparto

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

Según la *Guía de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio (2013)*, del Ministerio de la Protección Social (Colombia), en caso de presentarse hemorragia, debe evaluarse la capacidad resolutoria de la institución y, si es necesario, deberá remitirse a la madre a un nivel de mayor complejidad, previa identificación de su causa, estabilización hemodinámica e inicio del tratamiento, y asegurar su ingreso en la institución de referencia (Ministerio de la Protección Social, 2013). (NE: 1)

Identificación de la hemorragia posparto

Vélez y Agudelo, en *Código rojo: guía para el manejo de la hemorragia obstétrica*, determinan que el proceso inicia cuando la enfermera o auxiliar de enfermería evalúa y calcula una pérdida del fluido sanguíneo estimada de 1.000 ml o más, o una pérdida menor asociada con signos de choque (2007).

Tabla 1. Cuidados de enfermería en la aparición de hemorragia continua

Ligero	Mancha menor a 10 cm en la compresa.
Moderado	Mancha de 15 cm en la compresa (2/3 partes de la compresa).
Abundante	Compresa saturada en menos de una hora.

Signos de compromiso hemodinámico

La hemorragia posparto incluye una pérdida sanguínea que cause síntomas de hipovolemia, una caída del 10% del hematocrito después del parto o la necesidad de transfusión de productos sanguíneos. En la tabla 2 se muestran los signos de compromiso hemodinámico.

Tabla 2. Signos de compromiso hemodinámico

Pérdida de volumen (%) y ml para una mujer entre 50-70 kg	Sensorio	Perfusión	Pulso	Presión arterial sistólica (mm/hg)	Grado del choque
10-15 % 500-1000 ml	Normal	Normal	60-90	>90	Compensado
16-25 % 1000-1500 ml	Normal y/o agitada	Palidez, frialdad	91-100	80-90	Leve
26-35 % 1500-2000 ml	Agitada	Palidez, frialdad más sudoración	101-120	70-79	Moderado
> 35 % >2000 ml	Letárgica o inconsciente	Palidez, frialdad más sudoración y llenado capilar >3 segundos	<120	<70	Severo

Fuente: Baskett, P.J. (1990). ABC of major trauma. Management of hypovolemic choque. *BMJ*, 300, 1453-1457.

Activación del código rojo

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

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

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

Con base en el análisis comparativo de la escala aplicada a los cuatro sistemas de diagnóstico, el estudio reportó que NANDA cumplía con la mayoría de los criterios de evaluación para diferentes tipos de pacientes (Müller Staub *et al.*, 2007, pp. 102-713). (NE: 1)

Bulechek, Butcher, Dchterman (2009), autoras del NIC, describen la clasificación de las intervenciones de enfermería en función de los pacientes, intervenciones tanto

independientes como en colaboración, y cuidados tanto directos como indirectos. Incluye las esferas fisiológica y psicológica, tratamiento y prevención de la enfermedad, e intervenciones para el fomento de la salud. En la quinta edición hay 542 intervenciones y 12.000 actividades. (NE: 1)

Moorhead, Johnson, Meridian y Swanson (2009) presentan los resultados del trabajo de un equipo de investigación de la Universidad de Iowa para identificar los resultados y las medidas relacionadas con el ámbito del individuo, la familia y la comunidad, que puede utilizarse para evaluar los cuidados de enfermería en diversos ámbitos, para esto utiliza indicadores con escalas de medición. (NE: 1)

Estas tres herramientas —NANDA, NIC y NOC— se pueden interrelacionar. A continuación se presenta la interrelación NANDA, NIC y NOC aplicada al cuidado de enfermería de la mujer con hemorragia posparto.

Interrelación NANDA, NIC y NOC aplicada al cuidado de enfermería de la mujer con hemorragia posparto

Riesgo de sangrado (00206)

Dominio 4. Actividad/reposo

Clase 4. Respuesta cardiovascular/pulmonar

Definición: Riesgo de disminución del volumen de sangre que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo: Aneurisma, coagulación intravascular diseminada, antecedentes de caídas, trastornos gastrointestinales, deterioro de la función hepática, coagulopatías esenciales (trombocitopenia), complicaciones posparto (por ejemplo, atonía uterina, retención de placenta), complicaciones relacionadas con el embarazo (por ejemplo, placenta previa, embarazo molar, desprendimiento prematuro de placenta), trauma, efectos secundarios relacionados con el tratamiento (como cirugía, medicamentos, administración de hemoderivados deficientes en plaquetas, quimioterapia).

NIC Disminución de la hemorragia: útero anteparto (4021)

Definición: Limitación de la cantidad de pérdida de sangre del útero durante el tercer trimestre del embarazo.

- Obtener el historial de pérdidas de sangre de la paciente: momento de producirse, cantidad, presencia de dolor y coágulos. Analizar los factores de riesgo relacionados con la hemorragia a finales del embarazo tardío: ¿desprendimiento de qué?, fumar, consumo de cocaína, trastornos hipertensivos de la gestación y placenta previa.
- Inspeccionar el periné para determinar la cantidad y las características de la hemorragia.
- Controlar los signos vitales de la madre, en función de la cantidad de la pérdida de sangre.
- Monitorizar electrónicamente el ritmo cardíaco fetal.
- Palpar para ver si hay contracciones uterinas o aumento del tono uterino.
- Observar los datos electrónicos fetales, por si hubiese evidencia de insuficiencia uteroplacentaria (como desaceleraciones tardías, disminución de la variabilidad a largo plazo y ausencia de aceleraciones).
- Iniciar la resucitación si procede, si hay signos anormales (que no dan seguridad) de insuficiencia uteroplacentaria.
- Retrasar el examen digital cervical hasta que se haya verificado la localización de la placenta (por ejemplo, informe por ultrasonido)
- Realizar ultrasonido para la ubicación de la placenta.
- Realizar o ayudar en el examen con espéculo para visualizar la pérdida de sangre y el estado cervical.
- Pesar compresas para estimar con precisión la pérdida de sangre.
- Inspeccionar la ropa, las sábanas o el colchón en el caso de hemorragia.
- Iniciar procedimientos de emergencia de hemorragia, si procede: terapia de oxígeno y terapia intravenosa.
- Extraer sangre para análisis de diagnóstico.
- Administrar globulina inmune Rho (D) si procede.
- Registrar ingresos y egresos.
- Elevar las extremidades inferiores para aumentar la perfusión de los órganos vitales de la madre.
- Administrar derivados sanguíneos.
- Iniciar medidas de seguridad (por ejemplo, reposo en cama estricto y posición lateral).
- Solicitar al paciente que informe acerca de cualquier aumento de pérdida de sangre vaginal (como profusión, coágulos o goteos) durante la hospitalización.

- Enseñar a la paciente a diferenciar la pérdida de sangre antigua de la fresca.
- Programar una vigilancia de seguimiento fetal anteparto.
- Instruir a la paciente sobre cambios en el estilo de vida que disminuyan la posibilidad de más hemorragias si procede (por ejemplo, ayuda para que deje de fumar, abstinencia sexual, reposos en cama, control del estreñimiento, control de la nutrición y potenciación de la capacidad de enfrentarse a las situaciones).
- Disponer un plan de alta que incluya la visita de cuidadores a casa.
- Debatir las razones del regreso al hospital.
- Discutir la utilización del sistema médico de emergencias para transportes, si procede.

NIC Disminución de la hemorragia: útero posparto (4026)

Definición: Limitación de la pérdida de sangre del útero posparto.

- Revisar el historial obstétrico y el registro de partos para ver los factores de riesgo de hemorragia posparto (por ejemplo, historial anterior de hemorragias posparto, partos largos, inducción, preeclampsia, segundo estadio prolongado, parto asistido, parto múltiple, parto por cesárea o parto precipitado).
- Aplicar hielo en el *fundus*.
- Aumentar la frecuencia de masajes en el *fundus*.
- Evaluar la distensión de la vejiga.
- Fomentar la evacuación o cateterizar la vejiga distendida.
- Observar las características de loquios: color, coágulos y volumen.
- Medir la cantidad de sangre perdida.
- Solicitar cuidadores adicionales para que ayuden con los procedimientos de emergencia y para asumir los cuidados del recién nacido.
- Elevar las piernas.
- Iniciar perfusión IV.
- Poner en marcha la segunda línea IV, si procede.
- Administrar oxitócicos por vía IV o intramuscular, y otros medicamentos según protocolo u órdenes.
- Notificar al cuidador principal el estado del paciente.
- Controlar los signos vitales maternos cada 15 minutos o con mayor frecuencia, si procede.
- Cubrir con mantas calientes (seguimiento cada 15 minutos de signos vitales las dos primeras horas en posparto/poscesárea sin complicaciones, y seguimiento las cuatro primeras horas en posparto/poscesárea en caso de hemorragia posparto).
- Vigilar el color, nivel de conciencia y dolor de la madre.
- Iniciar oxigenoterapia de 6 a 8 l/min por máscara facial.
- Realizar sondaje vesical con sonda Foley y bolsa de drenaje para monitorizar la diuresis.
- Solicitar análisis de sangre urgentes, al laboratorio.
- Administrar productos sanguíneos, si es el caso.
- Ayudar al practicante principal con el taponamiento del útero, la evacuación de hematomas o a suturar los desgarros, si procede.
- Mantener al paciente y a la familia informados del estado y de las actuaciones clínicas.
- Proporcionar cuidados perianales, si es el caso.
- Prepararse para la histerectomía de urgencia, si es necesario.
- Comentar los sucesos con el equipo de cuidados para la provisión de una adecuada vigilancia posparto del estado de la madre.

NOC Severidad de la pérdida de sangre (0413)

Dominio: Salud fisiológica

Clase: Cardiopulmonar

Definición: Gravedad del sangrado/hemorragia interna o externa

Código	Indicadores	NOC Inicial	NOC Meta	NOC Final	N/A
041301	Pérdida sanguínea visible				
041302	Hematuria				
041303	Sangre manifiesta por el ano				
041304	Hemoptisis				
041305	Hematemesis				
041306	Distensión abdominal				
041307	Sangrado vaginal				
041308	Hemorragia postoperatoria				
041309	Disminución de la presión arterial sistólica				
041310	Disminución de la presión arterial diastólica				
041311	Aumento de la frecuencia cardiaca apical				

041312	Pérdida de calor corporal			
041313	Palidez de las membranas cutáneas y mucosas			
041314	Ansiedad			
041315	Cognición disminuida			
041316	Disminución de la hemoglobina			
041317	Disminución del hematocrito			
Resultados		/85	/85	/85

Escala de evaluación: 1. grave, 2. sustancial, 3. moderado, 4. leve, 5. ninguno. N/A: no aplica.

Déficit del volumen de líquidos (00027)

Dominio 2: Nutrición

Clase 5: Hidratación

Definición: Disminución del líquido intravascular, intersticial o intracelular. Se refiere a la deshidratación o pérdida solo de agua, sin cambio en el nivel de sodio.

Evidenciado por: Cambio del estado mental, disminución de la presión arterial, disminución del turgor de la lengua, disminución del turgor de la piel, disminución de la diuresis, disminución del llenado venoso, sequedad de las membranas mucosas, sequedad de la piel, sed, debilidad, aumento de la concentración de la orina, disminución de la temperatura corporal.

Relacionado con: Fracaso de los mecanismos reguladores, pérdida activa del volumen de líquidos.

Manejo de la hipovolemia (4180)

- Comprobar el estado de líquidos administrados y eliminados.
- Mantener una vía endovenosa permeable.
- Observar los niveles de hemoglobina y hematocrito.
- Vigilar la pérdida de líquidos (vómito, diarrea, hemorragia, transpiración, taquipnea).
- Vigilar signos vitales.
- Controlar la respuesta del paciente a la estimulación de líquidos.
- Administrar soluciones cristaloides (salina normal, lactato de Ringer), coloides (Hespan y Hemocé plasmanato) para reemplazar el volumen intravascular, según prescripción.
- Iniciar la administración de líquidos prescrita.
- Vigilar la zona de punción IV, por si hubiesen signos de infiltración o infección, si corresponde.
- Controlar pérdidas de líquidos insensibles (diaforesis e infección respiratoria).
- Observar si hay indicios de deshidratación (poca turgencia de la piel, retraso del llenado capilar, pulso débil/suave, sed intensa, sequedad de membranas y mucosas, disminución de la diuresis e hipotensión).
- Vigilar el estado hemodinámico.
- Mantener la posición adecuada que asegure la perfusión periférica.
- Disponer de productos sanguíneos para la transfusión.
- Administrar productos sanguíneos (plaquetas y plasma congelado fresco), si procede.
- Vigilar la aparición de reacción transfusional, si procede.
- Instruir al paciente y/o la familia sobre las medidas tomadas para tratar la hipovolemia.
- Observar si hay signos clínicos y síntomas de sobrehidratación.
- Vigilar si hay signos de insuficiencia renal aguda (aumento de BUN y de los niveles de creatinina, disminución de la diuresis), si es el caso.

NOC Equilibrio hídrico (0601)*Dominio:* Salud fisiológica*Clase:* Líquidos y electrolitos*Definición:* Equilibrio de agua en los compartimentos intracelulares y extracelulares del organismo

Código	Indicadores	NOC Inicial	NOC Meta	NOC Final	N/A
06101	Presión arterial				
060122	Velocidad del pulso radial				
060102	Presión arterial media				
060103	Presión venosa central				
060104	Presión pulmonar enclavada				
060105	Pulsos periféricos				
060107	Entradas y salidas diarias equilibradas				
060109	Peso corporal estable				
060116	Hidratación cutánea				
060117	Humedad de membranas mucosas				
060118	Electrolitos séricos				
060119	Hematocrito				
060120	Densidad específica urinaria				
Total		/65	/65	/65	

Escala de evaluación: 1. gravemente comprometido, 2. sustancialmente comprometido, 3. moderadamente comprometido, 4. levemente comprometido y 5. no comprometido.

Código	Indicadores	NOC Inicial	NOC Meta	NOC Final	N/A
060106	Hipotensión ortostática				
060108	Ruidos respiratorios patológicos				
060110	Ascitis				
060111	Distensión de las venas del cuello				
060112	Edema periférico				
060113	Ojos hundidos				
060114	Confusión				
060115	Sed				
060123	Calambres musculares				
060124	Vértigo	/50	/50	/50	
Total					

Escala de evaluación: 1. grave, 2. sustancial, 3. moderado, 4. leve, 5. ninguno.

Hipotermia (00006)

Dominio 11: Seguridad/ protección

Clase 5: Termorregulación

Definición: Temperatura corporal por debajo del rango normal

Evidenciado por: Palidez, escalofríos, temperatura corporal por debajo del rango normal, frialdad de la piel, palidez, cianosis de los lechos ungueales, piloerección, enlentecimiento del llenado capilar, taquicardia.

Relacionado con: Disminución de la tasa metabólica, evaporación de la piel en un entorno frío, exposición a un entorno frío, enfermedad, inactividad, malnutrición, medicamentos, traumatismo.

Regulación de la temperatura 3900

Definición: Consecución y mantenimiento de la temperatura corporal dentro del rango normal.

- Comprobar la temperatura al menos cada dos horas, si procede.
- Controlar la presión sanguínea, el pulso y la respiración.
- Observar el color y la temperatura de la piel.
- Favorecer una ingesta nutricional y de líquidos adecuada.
- Discutir la importancia de la termorregulación y los posibles efectos negativos del exceso de frío, si procede.
- Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente.

Regulación de la temperatura: intraoperatoria 3902

Definición: Consecución y mantenimiento de la temperatura corporal deseada durante la operación.

- Ajustar la temperatura del quirófano para el efecto terapéutico.
- Preparar y regular los dispositivos de calefacción.
- Cubrir la cabeza.
- Cubrir al paciente con mantas reflectoras.
- Proporcionar o activar humidificador para los gases anestésicos.
- Cubrir las partes expuestas.
- Calentar todas las soluciones de irrigación, IV y de preparación de la piel, si procede.
- Proporcionar y regular el calentador de sangre, si procede.
- Calentar las esponjas quirúrgicas.
- Vigilar continuamente la temperatura del paciente.
- Comprobar la temperatura ambiental.
- Vigilar y mantener la temperatura de los dispositivos de calefacción/refrigeración.
- Comprobar y mantener la temperatura de las soluciones de irrigación.
- Cubrir al paciente con mantas calentadas para el transporte a la unidad de cuidados postanestesia.
- Registrar la información, según las normas de la institución.

Código	Indicadores	NOC Inicial	NOC Meta	NOC Final	N/A
080001	Temperatura cutánea aumentada				
080018	Disminución de temperatura cutánea				
080019	Hipertermia				
080020	Hipotermia				
080003	Cefalea				
080004	Dolor muscular				
080005	Irritabilidad				
080006	Somnolencia				
080007	Cambios de coloración cutánea				
080008	Contractura muscular				
080014	Deshidratación				
Resultados		/55	/55	/55	

Escala de evaluación: 1. grave, 2. sustancial, 3. moderado, 4. leve, 5. ninguno. N/A: no aplica.

NOC Termorregulación (0800)*Dominio:* Salud fisiológica*Clase:* Regulación metabólica*Definición:* Equilibrio entre la producción, ganancia y pérdida de calor

Código	Indicadores	NOC Inicial	NOC Meta	NOC Final	N/A
080009	Presencia de piel de gallina cuando hace frío				
080010	Sudoración con el calor				
080011	Tiritona con el frío				
080017	Frecuencia cardíaca apical				
080012	Frecuencia del pulso radial				
080013	Frecuencia respiratoria				
080015	Comodidad térmica referida				
Resultados		/35	/35	/35	/35

Escala de evaluación: 1. gravemente comprometido, 2. sustancialmente comprometido, 3. moderadamente comprometido, 4. levemente comprometido, 5. no comprometido. N/A: no aplica.

Funciones del profesional de enfermería

- Ubíquese cerca de la paciente, explíquese los procedimientos por seguir y bríndele confianza, de acuerdo con la situación de la paciente.
- Suministre oxígeno suplementario: máscara Venturi a 35-50%, o cánula nasal a 4 litros por minuto.
- Tome la presión arterial y el pulso.
- Monitorice con oximetría de pulso.
- Registre la temperatura y cubra a la paciente con cobijas para evitar la hipotermia.
- Colabore con el coordinador en la realización de procedimientos, si así se requiere.
- Establezca contacto con la familia y manténgala informada, desde el cuidado de enfermería.
- Apoye actividades de enfermería, confort y seguridad: paso de sonda vesical, monitoreo hemodinámico, control de líquidos administrados y eliminados.
- Brinde apoyo emocional y compañía a la paciente.
- Mantenga un ambiente armonioso y coordinado en trabajo de equipo.
- Administre los medicamentos según orden médica. Para esto, tenga en cuenta la tabla 8.

Tabla 8. Administración de medicamentos

Medicamento	Dosis	Comentario
Líquidos endovenosos en la hemorragia posparto (código rojo)	Iniciar infusión de 500 ml de cristaloideos calientes y continuar con bolos de 300 ml	Los líquidos iniciales van a temperatura ambiente y los siguientes deben ser líquidos calientes.
Líquidos de sostenimiento	Continuar 300 ml de acuerdo con la respuesta hemodinámica	Solamente cuando se controle la hemorragia.
Oxitocina	Administrar 40 UI en 500 ml de cristaloideos desde 125 ml/hora (160 m UI/min.)	Considerado medicamento de primera línea. Dosis máxima: 6 ampollas en 24 h (60UI). Se puede administrar de 40-120 UI/min, y aumentarse hasta 200 mUI/min. Se debe recordar que en el parto se realiza la prevención de la hemorragia posparto a través de la administración de oxitocina, a la salida del hombro anterior del feto 10UI intravenosa diluida y en 10 minutos. En caso de no tener acceso venoso administrar por vía intramuscular. (Recomendación <i>Guía de hemorragia posparto código rojo</i> , Secretaría Distrital de Salud, 2014).
Metilergonovina	Administrar 0,2 mg IM, repetir en 20 minutos. Puede continuarse cada 4-6 horas	Considerado medicamento de primera línea. Máximo 5 ampollas (1 mg) en 24 horas. Contraindicado en hipertensión, migrañas, coronariopatías.
Misoprostol (prostaglandina sintética)	Administrar 1.000 µg vía rectal (tableta por 200 µg)	Considerado medicamento de primera línea. Utilizarlo después de la administración de oxitocina-metilergonovina.
Ácido tranexámico	Administrar en dosis de 1 g por vía IV cada 6 horas, mínimo 4 dosis, según orden médica.	Éste medicamento se utiliza en los siguientes casos: hemorragia posparto secundaria a traumatismo del canal del parto; sospecha de trastornos de la coagulación por historia clínica; y, hemorragia posparto que no ceda al manejo médico después de la aplicación de las medidas iniciales (de acuerdo con el protocolo actual).
Meperidina	Administrar 0,5-1 mg/kg, según orden médica.	Usar solo si es absolutamente necesario para realizar los procedimientos. Tenga en cuenta que son depresores del sistema nervioso central; vigile estrechamente la función respiratoria.
Diazepam	Administrar 0,05-0,1 mg/kg, según orden médica.	
Dopamina	Administrar 200 mg en 500 ml de solución salina al 0,9 %. Iniciar a razón de 5-20 µg/kg/min (soporte vasopresor: según protocolo institucional).	Vigilar el gasto urinario, realizando control estricto de líquidos administrados y eliminados, y balance de líquidos.
Glóbulos rojos	En choque grave, iniciar inmediatamente 2 unidades de O negativo, según orden médica.	La administración debe estar guiada por la clínica de la paciente.
Plasma fresco (1U: 250 ml)	12-15 ml/kg, según orden médica.	Utilizar si PT o TPT son superiores a 1,5.
Plaquetas	1U: aumenta 8.000 a 10.000 plaquetas, según orden médica.	Mantener por encima de 50.000 plaquetas/ml.
Crioprecipitado (1U: 50-60 ml)	1-2 ml/kg, según orden médica.	Utilizar si el fibrinógeno es menor de 100 mg/dl.

Fuente: tomada de Vélez y Agudelo, 2007.

Funciones de los participantes en el código rojo (Guía de hemorragia posparto código rojo, Secretaría Distrital de Salud, 2014)

Médico jefe

Ginecólogo o médico que está atendiendo el parto o la cesárea.
Ubicación: lado derecho o frente al periné de la paciente.
Buscar la causa del choque.
Clasificar el estado de choque.
Practicar revisión uterina y cervicovaginal.
Hacer masaje uterino bimanual.
Dar orden verbal de colocación de líquidos, hemoderivados y medicamentos de segunda línea.
Reevaluar el estado de choque posreanimación inicial.
Realizar los procedimientos quirúrgicos.
Levantar el código rojo.
Informar a los familiares.

Anestesiólogo

Ubicación: cabecera de la paciente.
Aplicar anestesia general.

Profesional de enfermería

Ubicación: lado izquierdo de la paciente (según disponibilidad de la sala de partos de modo que facilite la adecuada posición para la administración de medicamentos).
Aplicar y registrar los medicamentos de primera línea sin solicitar orden médica.
Colocar sonda vesical a cistoflo.
Supervisar las funciones del personal auxiliar de enfermería.
Aplicar y registrar los medicamentos de segunda línea de acuerdo con orden verbal del médico jefe.
Administrar hemoderivados.

Auxiliar 1 de enfermería

Canalizar segunda vía de acceso venoso calibre 14 o 16.
Tomar muestras sanguíneas.
Pasar Lactato de Ringer 500 cm³ en bolo, caliente, y continuar infusión de acuerdo con la orden verbal del médico jefe.

Auxiliar 2 de enfermería

Diligenciar las órdenes de laboratorio.
Marcar los tubos de muestra y garantizar que lleguen al laboratorio.
Ordenar por escrito los hemoderivados de acuerdo con la indicación verbal del ginecólogo.
Anotar los eventos con registro de tiempo en el formato institucional de activación de código rojo.

Auxiliar 3 de enfermería

Suministrar el kit de código rojo.
Llamar a laboratorio, camillero, anestesiólogo, segundo médico, enfermera jefe, demás personal necesario.
Calentar líquidos.
Recibir la sangre solicitada.
Suministrar los elementos adicionales necesarios.

Camillero

Suspender todas las actividades cuando se presente el llamado de código rojo.
 Tener disponibilidad inmediata en la puerta de la sala de partos.
 Llevar las muestras debidamente marcadas al laboratorio.
 Esperar los hemoderivados y entregarlos en sala de partos.
 Retirarse de la sala de partos solo cuando el médico jefe levante el código rojo.

Laboratorio clínico

Recibir y procesar las muestras debidamente marcadas.
 Enviar a obstetricia hemoderivados solicitados.

Segundo médico

Ubicación: lado izquierdo de la paciente.
 Hacer masaje uterino bimanual.
 Apoyar la decisión de procedimientos quirúrgicos: histerectomía total vs. subtotal.

Nota 1: En el posparto vaginal o poscesárea el personal de enfermería debe implementar estrategias de vigilancia estricta, que deben contemplar, dentro de otras medidas, el seguimiento de signos vitales cada 15 minutos, de estado de conciencia, las características del sangrado y la involución y tono uterino, durante las primeras dos horas.

En caso de remisión

Funciones del profesional de enfermería:

Enseñar a la paciente a diferenciar la pérdida de sangre antigua de la fresca.
 Instruir a la paciente en cambios en el estilo de vida que disminuyan la posibilidad de más hemorragias.
 Disponer de un plan de alta, que incluya la visita domiciliaria en el posparto.

En caso de mejoría

Funciones del auxiliar de enfermería:

Continuar con estricta vigilancia de los signos de choque y sangrado de la paciente para prevenir o estar atento en caso de recaída.
 Comunicar al equipo interdisciplinario la evolución de la condición de la paciente.
 Valoración integral de la puérpera durante las primeras cuatro horas. (Posterior al código rojo el personal de enfermería debe continuar la vigilancia estricta de signos vitales cada 15 minutos, de estado de conciencia, de las características del sangrado e involución y tono uterino, durante cuatro horas).
 Control de líquidos administrados y eliminados.
 Solicitar a la paciente que informe acerca de cualquier aumento o pérdida de sangre vaginal (protrusión, coágulos y goteos) durante la hospitalización.

Acciones administrativas del profesional de enfermería:

Establecer el plan de cuidados de enfermería para la usuaria postemergencia obstétrica o con inminencia de emergencia.
 Supervisar el cuidado proporcionado por el personal auxiliar de enfermería y priorizar en el turno aquellas usuarias postemergencia obstétrica o con inminencia de emergencia.
 El profesional de enfermería es responsable de la preparación y disposición de los insumos del kit de emergencia obstétrica. Para tal fin, se han definido unos insumos mínimos, que deben ser verificados permanentemente y se deben reponer cuando se presente un nuevo evento.

Insumos del kit de emergencias obstétricas

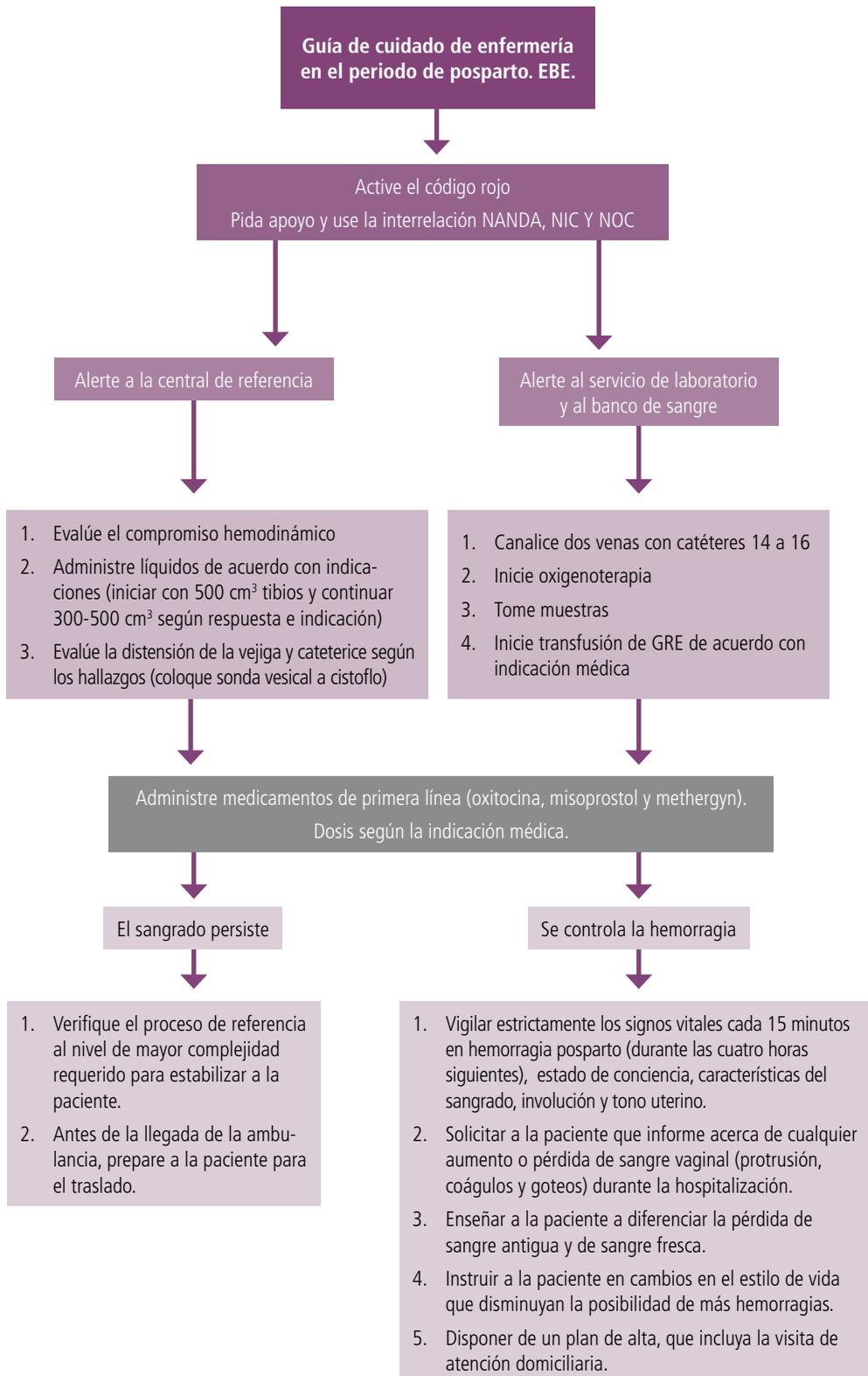
Los siguientes son los insumos que deben mantenerse en un recipiente especial y único para estos, debidamente marcado:

Elemento-insumo	Cantidad
Catéter calibre 16	3 unidades
Catéter calibre 18	3 unidades
Equipo de microgoteo	3 unidades
Equipo de macrogoteo	3 unidades
Equipo de transfusión	2 unidades
Equipo de bomba de infusión	2 unidades
Solución Hartman (Lactato de Ringer) × 500 ml	5 unidades
Solución salina × 500 ml	5 unidades
Sulfato de magnesio, ampolla × 2 mg	10 ampollas
Labetalol, ampolla × 100 mg	1 ampolla
Nifedipino, tabletas × 10 mg	10 tabletas
Nifedipino, tabletas × 30 mg	10 tabletas
Oxitocina, ampolla × 10 unidades	6 ampollas
Metilergonovina, ampolla × 0,2 ugs	2 ampollas
Misoprostol, tabletas × 200 ugs	5 tabletas
Ceftriazona, ampolla × 1 mg	1 ampolla
Betametasona, ampolla × 4 mg	3 ampollas
Ácido tanexámico	2 ampollas
Sonda vesical Foley	1 unidad
Cistoflo	2 unidades
Cánula nasal con humidificador	1 unidad
Equipo Venturi	1 unidad
Guantes estériles	4 pares (de distintas medidas)
Tubos para muestras de laboratorio	2 tubos de cada color
Sondas nelaton, calibres 10 y 14	2 unidades de cada una
Jeringa de 10 cm ³	5 unidades
Jeringa de 20 cm ³	2 unidades
Compresas, paquete × 5 (para instituciones de baja complejidad)	3 paquetes
Preservativos (para instituciones de baja complejidad)	3 unidades
Nota: Adicional al kit de emergencias obstétricas la institución debe contar en el servicio con la disponibilidad del <i>carro de paro</i> con los correspondientes medicamentos e insumos para su uso en caso de ser necesario.	

Recomendaciones

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

Algoritmo



Capítulo 6

Educando a la madre y a la familia para el cuidado del recién nacido

Martínez (2009), en un estudio con 30 madres adolescentes, encontró que el 60% estaban en unión libre y el 56,7% de las madres tenía secundaria incompleta. Para ellas es difícil continuar con sus estudios durante el embarazo y luego, durante los primeros tres meses, deberán estar junto a sus recién nacidos. La ocupación prevaleciente era ama de casa (66,7%), lo que se convierte en un factor protector para el recién nacido, porque permite que sean ellas mismas quienes se encarguen de sus cuidados, favoreciendo el crecimiento y desarrollo óptimos, así como los lazos afectivos. Para cuidar a su recién nacido, muchas no cuentan con el apoyo económico ni la colaboración de su familia ni de su pareja. El 56,7% no identificaba la importancia de la lactancia materna, el 53,3% de las madres adolescentes no conocían las posiciones ideales para lactar, lo que afecta su estado de salud.

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

Solo el 23% de las madres conocía sobre la termorregulación. En relación con la temperatura, el 10% de ellas sabía que la temperatura normal es entre 36,5-37,5 °C. Se encontró que solo el 16% de las madres adolescentes sabían que el recién nacido debía dormir entre 18 y 20 horas, y la gran mayoría pensaba que el bebé debía dormir entre seis y ocho horas, similar al patrón de sueño y vigilia del adulto.

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

Los resultados obtenidos indican que el 86,7% de las madres adolescentes identifican las caricias, el cuidado, los masajes y los juegos como formas de expresión de afecto, que contribuyen al desarrollo óptimo del bebé. También, el 40% sabía que existen varios signos de alarma, como tos, rinorrea, fiebre, hipotermia, aumento de la frecuencia respiratoria, tiraje intercostal, color morado en la piel, aleteo nasal, sed, apatía, irritabilidad, ojos sin lágrimas, entre otros, que indican complicación de algunas enfermedades en el niño (Martínez, 2009). (NE: 2)

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

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

Las bebidas que la madre toma no representan pérdidas o aumento en la temperatura del recién nacido, y el hecho de que las consuma no afecta la salud del bebé. Se debe promover una buena alimentación (Noguera y Rodríguez, 2008). (NE: 2)

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

Por su parte, el cuidado tradicional del cordón umbilical mediante la aplicación de leche humana parece no tener efectos adversos. La aplicación de una solución antiséptica como el colorante triple (Tween 80, violeta de genciana y sulfato de noflavina) o el alcohol han resultado efectivas, aunque es posible usar también la clorhexidina y mantener el muñón umbilical limpio y seco (Organización Panamericana de la Salud, 2009: 15-18; Janssen, Selwood, Dobson, et al. 2003: 15-20; Vural, Kisa, 2006: 123-128; Shoaib, All, El-Barrawy, 2005: 169-201; Ahmadpour-Kacho, Zahedpasha, Hajian et al., 2006: 33-38; Pezzati, Rossi, Tronchin, et al., 2003; Pan-yavudhikrai, Danchaiwijitr, Vantanasiri, et al., 2002: 229-234; Mullany, Darmstadt, Khattri, et al., 2006: 910-918). (NE: 1)

En el documento de la OPS citado se demuestra cómo la superficie de la piel, el vérnix y el líquido amniótico protegen al recién nacido contra la invasión bacteriana al nacimiento. Por tanto, para su higiene corporal se recomienda no quitar el vérnix de la piel. Los recién nacidos a término y estables se pueden bañar con esponja y no mediante inmersión, con cuidado de no mojar el cordón umbilical. En caso de estar cubierto

de sangre, el bebé puede limpiarse con un algodón impregnado con agua estéril y un jabón neutro no antiséptico. En el caso de amnionitis, limpiar con jabón (Organización Panamericana de la Salud, 2009: 15-18). (NE: 1)

En la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal (2008), se encontró que no parece haber evidencia de que bañar a los RN produzca beneficios, por el contrario supone una pérdida de temperatura corporal e interfiere con la recomendación de permanecer en contacto piel con piel durante al menos la primera hora.

Se desconoce la función real del vérnix, pero sí se sabe que si no se baña al bebé la sustancia grasa es reabsorbida por la piel. Este efecto sugiere que puede ser un agente protector sobre la piel mejorando la acidificación, hidratando y protegiendo de la pérdida de calor y de las infecciones (PediatriaDía, 2008). (NE: 2)

De la investigación de Castiblanco (2009) surgen dos asuntos: cuidados directos al recién nacido prematuro y el camino hacia la adaptación. Este es un estudio cualitativo etnográfico, cuya información se obtuvo de 23 entrevistas a 8 madres con recién nacidos prematuros en el hogar, que asistían a control al programa 'Madre Canguro' integral del Hospital Universitario San Ignacio (en Bogotá), entre noviembre de 2007 y mayo de 2008. El cuidado directo al recién nacido prematuro en el hogar significa para la madre *cangurear*, masajear, proteger del frío, alimentar al niño, mantener la higiene, conservar la protección del medio, dar amor, poner oxígeno suplementario al bebé si lo requiere y saber sobre las señales del niño.

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

Sobre las señales del niño, pueden identificar qué le pasa a su hijo mediante el llanto, y saben que hay cuatro tipos de llanto: por hambre, por cambio de pañal, por dolor y por gases acumulados (cólicos). Según dos testimonios: "Cuando es de comida, es como si le estuvieran pegando, llora muy duro, con gritos; y si es el pañal, empieza a quejarse y puja" (Nury). "Que no le salen bien y toda la noche se despertaba llorando, se calmaba un poquito y otra vez se ponía a llorar, y es que no le salen muy bien. Uno sabe que es el estómago, porque si uno le da de comer y no bota los gases, asumo que le duele el estómago" (Karen). (NE: 1)

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

1. En diferentes partes del cuerpo: clases de dolor en el recién nacido.
2. Mirar, tocar y percibir: formas en la que la madre identifica el dolor.
3. El llanto y los comportamientos: formas en que el recién nacido lo manifiesta.
4. Gases, hábitos alimentarios maternos y creencias: causas del dolor en el recién nacido.
5. Prácticas caseras, rituales y medicamentos: formas de aliviarlo.

De lo expuesto, es posible concluir que para la madre el dolor del neonato es una amenaza a la salud y a la vida, por lo que despierta en ella sentimientos que la inducen a tomar decisiones y a actuar para aliviarlo, teniendo en cuenta creencias, valores, tradiciones, costumbres y prácticas aprendidas de generación en generación. Al sentir el dolor del recién nacido, ellas buscan apoyo en su familia, basándose en las siguientes características:

- Preocupación, dolor y amor: sentimientos maternos frente al dolor del recién nacido.
- La familia y los amigos: la red de apoyo.

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

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

1. Dolor en diferentes partes del cuerpo: las madres lo perciben, lo conocen y lo definen en términos culturales, ya que saben cuáles son las partes del cuerpo que duelen: cabeza, estómago, garganta, oídos, ombligo, y el cólico del infante, que es sinónimo de dolor.
2. Mirar, tocar y percibir: son ellas quienes instintivamente tocan y miran a los bebés para explicar el llanto insistente y los comportamientos no habituales que asocian con dolor, y que, junto con los sentimientos, enmarcados en la teoría del apego, le facilitan percibirlo. Es así como el contacto visual madre-hijo otorga una identidad real o personifica al neonato, y obtiene una respuesta a estímulos gratificadores para la madre; esta mirada se convierte en un lenguaje, es una comunicación llena de sentimientos y necesidades, que buscan una respuesta de alivio. Podemos decir que la madre percibe el dolor por el bien llamado “sexto sentido”, que hace referencia a la telepatía, o por la relación estrecha que existe entre ella y el niño desde la gestación, el conocimiento de su hijo.
3. El llanto y los comportamientos: las características del llanto y del comportamiento del recién nacido son una fuente de información de su estado de salud. El llanto es manifestación de dolor, pero su ausencia no significa que el neonato no lo sienta. Así, un llanto excesivo puede ser la parte final de una crisis que comenzó con una conducta o llanto normal.

Categorías de llanto

- Intenso: es el ataque de llanto histérico e inconsolable, que se asocia con movimientos de manos, piernas, facies contraídas, lo que se interpreta como presencia de dolor.
 - No específico: es un llanto normal, menos intenso que el anterior. No se acompaña de movimientos hipertónicos o muecas; se asocia con las necesidades sentidas por el niño o comportamientos propios de su personalidad.
 - Relacionado con deficiencia en la técnica alimentaria: los niños lloran y giran la cabeza para alejarla del seno, luego intentan comer otra vez, y si la técnica no es la correcta, vuelven a llorar.
 - Con dolor: es insistente, si los tocan lloran más fuerte, con quejido, tristes, desesperados, consentidos, y hacen pucheros o muecas, siendo imposible calmarlos.
- 4.** Gases, hábitos alimentarios maternos y creencias: para las madres, la causa del dolor es la producción y acumulación de gas en el intestino, que distienden el abdomen. Las explicaciones maternas para este dominio son:
- Mal agarre del pezón o chupo.
 - Deficiencias en las prácticas de preparación de la leche industrial o manipulación de leche humana.
 - Uso del biberón.
 - Hábitos alimentarios de las madres: causa cólico, porque los alimentos “pesados” en exceso (carne de cerdo, granos, lenteja, gaseosa o chocolate) llenan rápido los senos y producen diarrea, aumento del peristaltismo y de la producción de gases y malestar general, por lo cual la leche materna se altera y el niño, al lactar, recibe un efecto nocivo de los alimentos ingeridos por la progenitora.
- 5.** Prácticas caseras, rituales y medicamentos: consecuentes con las causas y el conocimiento cultural; las más sobresalientes son aguas ofrecidas a los hijos o ingeridas por las madres, y masajes.. Estas prácticas no disponen de un soporte científico, pero sí tienen valor cultural (Munévar: 2008: 82-97). (NE: 1)

Recomendaciones

- 1.** El profesional de enfermería debe indicar la limpieza a diario del muñón umbilical con alcohol yodado al 70% en cada cambio de pañal; el muñón debe mantenerse seco y se debe vigilar la presencia de sangrado, secreciones y piel enrojecida alrededor de la zona, que pueda indicar un problema de salud en el recién nacido. (R: A)
- 2.** El profesional de enfermería debe educar a la madre y a la familia sobre los cuidados del recién nacido. En caso de un recién nacido prematuro o de bajo peso al nacer, se debe remitir a la enfermera del programa ‘Madre Canguro’. (R: A)
- 3.** El profesional de enfermería debe ser muy sensible en el cuidado al recién nacido y debe estar en capacidad de responder a la demanda de apoyo y comprensión materna. (R: A)

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

Capítulo 7

Fortalecimiento de la lactancia materna (LM) y el vínculo afectivo

El 6 de agosto del 2010 empezó a divulgarse el *Plan decenal de lactancia materna 2010-2020*, elaborado por el Ministerio de la Protección Social. Este plan decenal se ubica en el contexto de desarrollo del país, con contribuciones a los ‘Objetivos del milenio’, que establecen compromisos relacionados con la reducción de la pobreza y del hambre, y con el desarrollo humano esperado en la primera infancia.

Entre las garantías de gestión es necesario resaltar la disponibilidad de talento humano competente. El *Plan decenal de lactancia materna 2010-2020* consiste en:

- ▶ Usar las mejores estrategias disponibles para la protección de los menores de 2 años en Colombia, con el compromiso de la sociedad en su conjunto.
- ▶ Ser decenal le da la fuerza requerida para lograr una transformación de fondo, en las condiciones de vida en los diez años planteados.
- ▶ Vislumbrarse como una herramienta de inclusión obligatoria en los demás instrumentos de política pública (Ministerio de la Protección Social, 2010).
- ▶ Registered Nurses Association of Ontario (RNAO) (2007), en la guía de lactancia materna, describe cómo las enfermeras en todos los sitios aprueban la iniciativa de hospitales amigos del bebé, lo cual fue apoyado en 1992 por la OMS, la Unicef y la iniciativa de los servicios de salud de Canadá, que apoyan los diez pasos para una lactancia exitosa.

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

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

La evaluación posnatal incluye prácticas intraparto, como intervenciones y medicamentos, nivel de comodidad físico maternal, posición y succión del bebé, habilidad de los padres para identificar la alimentación en el niño, interacción entre la madre y el hijo, y respuesta maternal, percepción maternal de que el niño esté lleno, habilidad de

la madre para buscar el apoyo de otros, así como experiencia del parto, condición física del niño y autoeficacia de la lactancia.

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

Es muy recomendable que los compañeros asistan a las clases de lactancia. Si la madre y el niño están saliendo del hospital antes de las 48 horas, el personal de salud debe evaluarlos antes de la salida, hacer el seguimiento telefónico y visitar el hogar.

Las enfermeras deberán tener programas que aseguren a la mujer el apoyo en lactancia y asegurar el contacto piel a piel en los primeros 20 minutos después del parto, lo que incrementa la duración y exclusividad de la lactancia. Las instituciones, por su parte, deben garantizar la capacitación de las enfermeras sobre lactancia materna (Registered Nurses Association of Ontario, RNAO, 2007). (NE: 1)

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

Dado que la estancia de las madres en el posparto es cada vez más corta, se requiere que el personal de las instituciones haga un trabajo eficiente para lograr los objetivos propuestos (Bejarano, Celis, Méndez et al., 2007: 228). (NE: 1)

Bejarano, Celis, Méndez et al. (2007) recomiendan, en su guía de adaptación neonatal, abrigar e iniciar la lactancia materna en lo posible durante la primera media hora después del nacimiento, ordenar la atención del recién nacido por enfermería, al igual que el alojamiento conjunto con la madre, y apoyar la lactancia materna exclusiva a libre demanda, sin que excedan tres horas de intervalo. Después de comer, el bebé debe ponerse en decúbito lateral derecho y evitar la posición prona (Bejarano, Celis, Méndez et al., 2007: 16). (NE: 1)

Báez, Blasco et al. (2008) presentan en su artículo parte del proceso de validación al castellano de un instrumento de evaluación de la lactancia materna: el LATCH (Jensen, Wallace y Kelsay, 1994). Exponen los datos referentes a la fiabilidad de la escala en su versión traducida. Dos enfermeras (jueces) evaluaron tres momentos de lactancia

a lo largo de la estancia en el hospital. Para el estudio de fiabilidad, se seleccionaron 20 puérperas y sus bebés nacidos por cesárea en el Hospital Universitario La Paz, de Madrid.

La edad media de las madres fue de 32 años, con una media de 1,43 hijos, incluyendo al recién nacido, y la edad gestacional media había sido de 39,7 semanas. El 77,8% asistieron a las clases de preparación al parto y el 66,7% tenía experiencia de LM con un hijo anterior. Las autoras concluyen que la evaluación de la lactancia materna según el LATCH, en el día de alta médica (en torno a 72 horas poscesárea), se mostró fiable en todos sus componentes, y todos los porcentajes de acuerdo resultaron satisfactorios. No obstante, algunos aspectos deberán seguirse considerando, como el componente del LATCH de confort (C), que muestra algunas limitaciones. El hecho de incluir la evaluación respecto a diferentes cuestiones (presencia o no de ingurgitación, pezones lesionados o dolor), que son independientes entre sí, hace que el artículo no sea del todo informativo.

No obstante, hay que destacar que cuando utilizan el LATCH, las enfermeras de puerperio o las matronas no hacen nada diferente que no hicieran antes, porque este permite identificar dificultades y riesgos, y planificar cuidados. La salvedad es que la valoración que se hace no se expresa solo de forma narrativa en las historias clínicas, sino, también, por medio de cifras, lo que resulta muy útil para resumir información, transmitirla de forma rápida y, sobre todo, de forma comparable y repetible. De ahí su valor para el desarrollo de la investigación sobre lactancia materna.

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

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

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

- Prevenir e identificar dificultades y complicaciones.
- Detectar las áreas de mayor necesidad.
- Prevenir el abandono de la lactancia materna.
- Predecir su mantenimiento.
- Servir de herramienta básica de investigación.
- Transmitir información entre profesionales.

- Conocer la eficacia de la intervención sobre la lactancia materna del personal de enfermería (Báez y Blasco, 2008). (NE: 2)

Recomendaciones

1. El profesional de enfermería, debe recomendar y promover la asistencia de los compañeros de las gestantes, a las clases de lactancia durante el control prenatal, en el curso de preparación para la maternidad y la paternidad, y en el posparto. (R: A)
2. El profesional de enfermería debe abrigar al recién nacido e iniciar la lactancia materna en lo posible en la primera media hora después del nacimiento, brindar atención al recién nacido, al igual que el alojamiento conjunto con la madre, y apoyar la lactancia materna exclusiva a libre demanda, sin que excedan tres horas de intervalo.
3. El profesional de enfermería enseña a todas las madres antes de salir de la institución, la técnica de extracción manual de la leche y su conservación. Es necesario tener en cuenta la estrategia de los diez pasos para una lactancia materna feliz. (R: A)
4. El profesional de enfermería debe tener programas que aseguren el apoyo a la mujer durante la lactancia. En el puerperio inmediato, es necesario reforzar cuantas veces se requiera y responder a los problemas que se presenten durante la lactancia. (R: A)
5. El profesional de enfermería debe usar la escala LATCH para valorar la lactancia materna en el periodo del posparto (anexo 6). (R: B)

Capítulo 8

Regulación de la fecundidad en el posparto

Grimes, Schulz, Van Vliet y Stanwood (2008) buscaron todos los ensayos controlados aleatorios que incluían la inserción inmediata posparto (dentro de los diez minutos de la expulsión placentaria) de un DIU. Las comparaciones podían incluir diversos DIU, diferentes técnicas de inserción, inserción posparto inmediata frente a diferida, o inserción inmediata frente a inserción en el intervalo (no relacionada con embarazo). Los estudios podían incluir partos vaginales o por cesárea. La mayoría de los estudios no revelaron diferencias importantes entre las inserciones manuales o instrumentales. Los dispositivos Lippes Loops y Progestasert no tuvieron tan buen desempeño como los dispositivos de cobre.

En conclusión, la inserción inmediata posparto del DIU pareció segura y efectiva, aunque faltaron comparaciones directas con otros tiempos de inserción. Las ventajas de la inserción inmediata posparto incluyen alta motivación, garantía de que la mujer no está embarazada y conveniencia. Sin embargo, las tasas de expulsión parecen ser mayores que con la inserción en el intervalo. La popularidad de la inserción inmediata posparto del DIU en países tan distintos como China, México y Egipto apoya la viabilidad de este enfoque. El seguimiento temprano puede ser importante para identificar la expulsión espontánea del DIU (Grimes, Schulz, Van Vliet y Stanwood, 2008). (NE: 1)

En un estudio prospectivo longitudinal, Bonilla, Aguilar, Cazares et al. (2002), con una muestra de 250 mujeres puérperas entre 18 y 35 años, a quienes se les insertó el dispositivo intrauterino DIU Tcu380A, compararon 125 mujeres en puerperio inmediato y 125 mujeres en puerperio tardío; se encontró que la expulsión del DIU fue del 16% en el puerperio inmediato y del 2,7% en el tardío. El 25,9% de las mujeres que expulsaron el DIU en el puerperio inmediato eran gran multíparas (cuatro partos o más). También, se encontró que variables como la edad, la primiparidad, la categoría del personal y la técnica de aplicación (manual, instrumental con pinza de anillo y con el aplicador del DIU) no son estadísticamente significativas (Bonilla y Aguilar, 2002: 49-50). (NE: 2)

Según el Ministerio de la Protección Social (2007), se debe informar, dar consejería y suministrar el método de planificación familiar elegido, de acuerdo con lo establecido en la *Guía de atención para planificación familiar en hombres y mujeres*. El dispositivo puede aplicarse intracésarea, posparto en las primeras 48 horas o postaborto; dar instrucciones postaplicación, hacer control en la cita posparto y a los tres meses. Aclarar a la usuaria que el DIU no protege de infecciones de transmisión sexual (ITS), y, por tanto, enfatizar siempre en la doble protección (Ministerio de la Protección Social, 2007). (NE: 1)

Recomendaciones

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

Capítulo 9

Comprender la reacción de la familia frente al niño con disformismo

Para mitigar el duelo (del latín *dolus*: dolor), es importante el manejo hospitalario por parte del equipo de salud preparado en afrontamiento de sufrimiento y duelo por enfermedad o muerte. Al verse truncada la ilusión de ser padres y las expectativas que abrigaban para la crianza de su hijo, hay un espacio vacío que afecta la salud mental y se manifiesta en depresión, ansiedad, irritabilidad, frustración y, en algunas ocasiones, rompimiento de pareja.

A veces, las reglas hospitalarias que les niegan a los padres el derecho de visitar, ver y tocar a su recién nacido enfermo o fallecido hacen que la elaboración del duelo se prolongue. En el acompañamiento de este, es muy importante tratar a la pareja con suavidad, respeto, prudencia y acogida, mantenerla informada acerca de la causa del deceso de su hijo y responder a sus inquietudes.

Uno de los factores que mitiga y facilita el trayecto hacia la elaboración del duelo es la orientación y el apoyo acerca de los trámites hospitalarios, mientras un equipo entrenado continúa con el manejo extrahospitalario. Con el fin de fortalecer el proceso de elaboración del duelo, es importante también la participación de familia extensa y de todas las personas involucradas y bien orientadas que puedan dar un apoyo espiritual.

Minuzzi, Ghedin Dias, De Oliveira y Rocha (2008) elaboraron un artículo que surgió de la práctica asistencial para el trabajo de conclusión del curso de graduación en enfermería de la Universidad Federal de Santa Catarina (Brasil), realizada en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) del Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), entre el 30 de agosto y el 30 de octubre de 2004. Este estudio se basó en la teoría de adaptación de Calista Roy, y tomó a padres de niños con mielomeningocele, hidrocefalia, atresia de esófago, anomalías anorrectales, gastrosquisis, encefalocele, síndrome de Prune Belly, síndrome de Down y síndrome de Edwards. El 80% de los padres dijeron haber recibido el diagnóstico en el prenatal, y el 20% lo conoció solo después del nacimiento del bebé.

Los autores percibieron que el periodo de recibimiento del diagnóstico influye en el proceso de adaptación de la familia y, consecuentemente, de los bebés. De modo especial, las parejas que fueron informadas sobre el diagnóstico en el periodo prenatal recibieron una preparación previa sobre la patología, el pronóstico y el tratamiento; así, se mostraron más sensibles en relación con el recién nacido, y consiguieron aproximarse más rápido a sus bebés. Esta preparación previa de los padres parece haber favorecido también la adaptación del recién nacido, pues fueron centro de actitudes de cariño y afecto, con lo que pudieron sentirse más amados y próximos a sus familiares.

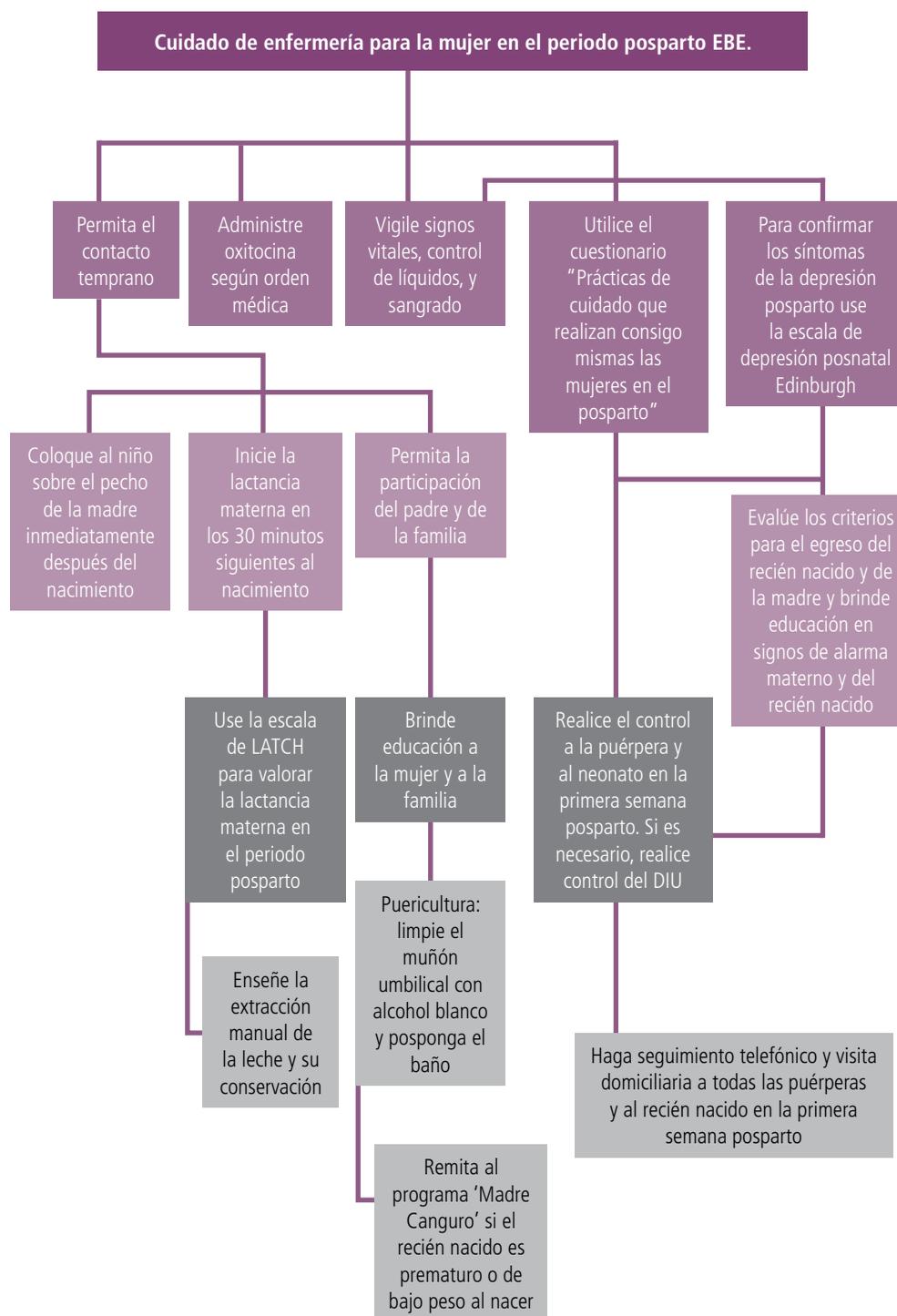
En cuanto a la relación de los padres que conocieron el diagnóstico después del nacimiento, los investigadores percibieron un alejamiento previo, como si necesitaran un tiempo para aceptar aquella nueva situación, que no formaba parte de sus planes. Con el pasar de los días, este comportamiento se fue modificando, y los padres iban superando este distanciamiento poco a poco, progresando hasta llegar a la aceptación.

La presencia de los padres fue fundamental en la conquista de cada progreso, lo que favorece la adaptación del recién nacido y la familia (Minuzzi, Ghedin Dias, De Oliveira y Rocha, 2008). (NE: 2)

Recomendación

1. El profesional de enfermería debe favorecer la participación de los padres en el cuidado de los recién nacidos con malformaciones y comprender la reacción de la familia frente al niño con disformismo. (R: A)

Algoritmo



Glosario

Cuidado de enfermería. El ser de la enfermería es el cuidado, el cual requiere, dentro de sus significados, una conceptualización fundamental en relación con el concepto de vida y sus manifestaciones en el ser humano, en las vivencias y experiencias que se suscitan momento a momento en la experiencia de vivir. La enfermería reconoce en el ser humano las capacidades de aprender y reflexionar sobre su existencia, su relación con el entorno y con los otros; utiliza los conocimientos de las ciencias humanas y sociales para la interpretación de los sujetos, a quienes cuida. Como mencionan Watson y Lenninger (2008): “el cuidado es una interacción humana de carácter transpersonal, intencional, único, que se sucede en un contexto cultural con un fin determinado y que refuerza y reafirma la dignidad humana”.

Dentro de los enunciados del cuidado de enfermería, se señala que “la persona se cuida momento a momento, las personas son totales y completas en el momento, ser humano significa estar en un proceso de vivir que se fundamenta en el cuidado”.

Desde esta perspectiva, cuidar al ser humano es acercarse a la comprensión de la vida y las diferentes expresiones de los procesos físicos, biológicos, emocionales, intelectuales, espirituales, culturales y sociales, que progresivamente le permiten al profesional integrar su saber a un quehacer profesional idóneo (Facultad de Enfermería-Universidad Nacional de Colombia, 2008).

Enfermería basada en la evidencia (EBE). Uso de la investigación cuantitativa y cualitativa, que permiten buscar evidencias de calidad más allá del diseño de la investigación: qué grado de evidencia tengo, qué certeza tiene la investigación en la que baso los cuidados.

Periodo del posparto. También denominado puerperio, que es definido como el periodo que sigue inmediatamente al parto. Se clasifica en puerperio inmediato, mediato, alejado y tardío.

Puerperio inmediato. Comprende las dos primeras horas posparto, y se ponen en juego los mecanismos hemostáticos uterinos.

Puerperio mediato. Comprende desde las primeras 2 hasta las 48 horas posparto, en las que actúan los mecanismos involutivos.

Puerperio alejado. Se extiende aproximadamente hasta los 40 días después del parto, el retorno de la menstruación indica su finalización.

Puerperio tardío. Puede llegar hasta los seis meses posparto, y se acompaña de una lactancia prolongada y activa.

Anexos

Anexo 1. Criterios para el egreso del recién nacido y la madre en periodo de posparto

El profesional de enfermería deberá verificar los siguientes criterios al egreso hospitalario de la madre y/o recién nacido, marcando con una X.

Criterios para el egreso del recién nacido y la madre en periodo de posparto			
<i>Elaboró:</i> Nubia Castiblanco López			
<i>Ajustes:</i> grupo de enfermeras de las guías EBE. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2010			
Madre	Marcar con X	Recién nacido	Marcar con X
Verificar adecuada eliminación de orina y heces fecales		Verificar adecuada eliminación fecal y urinaria	
Verificar signos vitales estables		Verificar signos vitales estables	
Evaluar sangrado y loquios		Revisar el buen estado del muñón umbilical	
Educar a la puérpera y familiares sobre puericultura		Verificar un LACHT adecuado	
Evaluar movilización con tolerancia al dolor		Descartar ictericia y signos de infección	
Confirmar que haya recibido consejería en regulación de la fecundidad		Confirmar hemoclasificación y toma de tamizaje para hipotiroidismo congénito	
Confirmar dirección y teléfonos de contacto		Verificar peso y edad gestacional, e inicio del esquema de vacunación*	
Verificar que los datos de la madre correspondan con los del recién nacido y diligenciamiento completo del CLAP		Verificar el correcto diligenciamiento y entrega del registro del recién nacido vivo	
Verificar asignación de cita de control posparto por enfermería en menos de una semana		Verificar asignación de cita de control por enfermería en menos de una semana	
* Si es un recién nacido prematuro y/o de bajo peso, solicitar concepto del programa 'Madre Canguro'.			

Anexo 2. Encuesta a mujeres en periodo de posparto

Se realizaron 25 encuestas a mujeres en periodo posparto en el hogar y en cuatro hospitales de Bogotá. Este proceso se desarrolló simultáneamente con la revisión de la literatura. Los aspectos identificados desde la perspectiva de las mujeres en periodo de posparto fueron: necesidad de acompañamiento, autocuidado, el tema de la lactancia materna y cuidados del recién nacido. Estas necesidades expresadas por las puérperas encuestadas fueron tenidas en cuenta en la elaboración de esta *Guía*.

A continuación se presenta el formato de la encuesta realizada.

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud
Guía de cuidado de enfermería para la salud materno-perinatal

Yo _____, identificada con el documento de identidad _____, acepto participar voluntariamente en la aplicación de la encuesta para la elaboración de la guía de cuidado de enfermería en el periodo posparto, EBE.

Firma _____

¿Cómo se sintió durante la hospitalización después del nacimiento del bebé?

¿Cuándo cree usted que el sangrado en la dieta es anormal y qué haría usted?

¿Qué le gustaría que le enseñaran antes de la salida del hospital?

¿Quién va a cuidarle la dieta y qué va a hacer usted para cuidarse?

¿Qué cuidados va tener en cuenta con su recién nacido?

¿Qué le gustaría saber sobre la lactancia materna?

¿Piensa tener más hijos? _____ ¿Cuándo va ir a planificar?

¿Su compañero está de acuerdo con la planificación familiar?

Anexo 3. Cuestionario “Prácticas de cuidado que realizan consigo mismas las mujeres en el posparto”

Fecha: _____ **N.º consecutivo:** _____

Estrato: ___ **Días posparto:** _____

Edad: ___ **G** ___ **P** ___ **A** ___ **C** ___

A continuación, usted encontrará una serie de preguntas relacionadas con las prácticas de cuidado que generalmente realizan las mujeres en el posparto. Marque con una X en la columna correspondiente a la respuesta que refleje su situación.

Prácticas de cuidado	Nunca	Algunas veces	Siempre
¿Consume al día mínimo 2 porciones, bien sea de carne, pollo, huevo, pescado o vísceras?			
¿Consume al día mínimo 2 porciones de hortalizas o verduras, como zanahoria, berenjena, tomate, coliflor, remolacha, apio, lechuga, repollo, acelga, espinaca, pepino?			
¿Consume al día mínimo 3 o 4 veces, leche o sus derivados, como queso, kumis, yogur, cuajada?			
En su alimentación diaria, ¿las frutas están presentes?			
¿Toma al día entre 7 y 8 vasos de líquido?			
¿Se cepilla los dientes mínimo tres veces al día?			
¿Acostumbra dialogar con su pareja o con alguna persona cercana a usted?			
¿Busca apoyo en situaciones difíciles?			
¿Consume hierro formulado por personal de salud?			
¿Asistió o asistirá al control posparto?			
¿Cuando se enferma acude a los servicios de salud?			
¿Cumple con las recomendaciones sobre el cuidado dadas por el personal de salud?			

Anexo 4. Escala de depresión de posparto de Edinburgh (EPDS, por sus siglas del inglés)

La escala de depresión de posparto de Edinburgh se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión posparto; una afección alarmante más prolongada que la “Melancolía de la maternidad” (*blues*, en inglés), lo cual ocurre durante la primera semana después del parto, pero que es menos grave que la psicosis del puerperio.

Estudios previos demostraron que la depresión posparto afecta por lo menos al 10% de las mujeres, y que muchas de las madres deprimidas se quedan sin tratamiento. Estas madres logran sobrellevar la carga de su bebé y las tareas de la casa, pero su placer por la vida se ve gravemente afectado y puede que toda la familia sufra consecuencias a largo plazo.

La EPDS se creó en centros de salud en Livingston y Edinburgh. Consiste en diez declaraciones cortas. La madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior. La mayoría de las madres contesta la escala sin dificultad en menos de cinco minutos.

El estudio de validación demostró que es más probable que las madres que obtienen resultados por encima del umbral del 92,3% padezcan alguna enfermedad depresiva de diferentes niveles de gravedad. No obstante, no se le debe dar más importancia a los resultados de la EPDS que al juicio clínico. Para confirmar el diagnóstico, se debe hacer una evaluación clínica prudente.

La escala indica la manera como la madre se sintió durante la semana anterior, y en casos dudosos, podría ser útil repetirla después de dos semanas. La escala no detecta las madres con neurosis de ansiedad, fobias o trastornos de la personalidad.

Instrucciones de uso

Se le pide a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera como se sintió en los siete días anteriores.

Tienen que responder las diez preguntas.

Se debe tener cuidado y evitar la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas.

La madre debe responder la escala ella misma, a no ser que sus conocimientos sean limitados o que tenga problemas para leer.

La EPDS se puede usar entre las seis y ocho semanas para evaluar a las mujeres en la etapa de posparto. La clínica de pediatría, la cita de control de posparto o una visita al hogar pueden ser oportunidades convenientes para realizarla.

Pautas para la evaluación

A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3, según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0). Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 10+ muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad.

Cualquier número que se escoja que no sea el "0" para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente. La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo. Antes de decidir el tipo de tratamiento, se les harán evaluaciones adicionales a las mujeres.

Cuestionario sobre depresión posnatal Edimburgo (EPDS)

Nombre: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Su fecha de nacimiento: _____

Fecha de nacimiento del bebé: _____

Queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente.

Por favor, marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en los *últimos siete días*, no solamente cómo se siente hoy.

Esto significaría: me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana.

Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

- 1.** He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas
Tanto como siempre
No tanto ahora
Mucho menos
No, no he podido
- 2.** He mirado el futuro con placer
Tanto como siempre
Algo menos de lo que solía hacer
Definitivamente menos
No, nada
- 3.** Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien
Sí, la mayoría de las veces
Sí, algunas veces
No muy a menudo
No, nunca
- 4.** He estado ansiosa y preocupada sin motivo
No, para nada
Casi nada
Sí, a veces
Sí, a menudo
- 5.** He sentido miedo y pánico sin motivo alguno
Sí, bastante
Sí, a veces
No, no mucho
No, nada

6. Las cosas me oprimen o agobian
Sí, la mayor parte de las veces
Sí, a veces
No, casi nunca
No, nada
7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir
Sí, la mayoría de las veces
Sí, a veces
No muy a menudo
No, nada
8. Me he sentido triste y desgraciada
Sí, casi siempre
Sí, bastante a menudo
No muy a menudo
No, nada
9. He sido tan infeliz que he estado llorando
Sí, casi siempre
Sí, bastante a menudo
Solo en ocasiones
No, nunca
10. He pensado en hacerme daño a mí misma
Sí, bastante a menudo
A veces
Casi nunca
No, nunca

Fuente: Cox et al., 1987.

Anexo 5. Pautas de educación a la mujer y su familia durante el posparto

La enfermera debe dar indicaciones a la mujer y su familia relacionada con los siguientes aspectos:

1. Los posibles signos y síntomas que, en caso de presentarlos, obliguen a la puérpera a asistir a consulta con el médico de su EPS para valorar su remisión al hospital; estos son: fiebre, fetidez de los loquios, palpitaciones, anorexia, malestar general, decaimiento, mareos, aumento de volumen de las mamas y otros.
2. Cómo realizar el aseo de la vulva (de adelante hacia atrás, de forma que no arrastre materia fecal hacia la zona quirúrgica).
3. Colocación de la toalla higiénica sin tocar la herida y cambio de esta las veces que sea necesario.
4. Baño diario.
5. Mantener el cabello recogido.
6. Usar ropa cómoda que facilite la lactancia materna.
7. Cuidado de las mamas.
8. Ubicación correcta del bebé en relación con el pecho y técnica de succión adecuada.

- 9.** Exclusión absoluta de lavados vaginales.
- 10.** Proscripción del coito hasta finalizado el puerperio.
- 11.** Realización de ejercicios físicos apropiados para restablecer la tonicidad.
- 12.** Planificación familiar.
- 13.** Alimentación adecuada.
- 14.** Necesidad de reposo y sueño.
- 15.** Cuidados del recién nacido.
- 16.** Importancia de las relaciones afectivas del contacto madre-padre-hijo.
- 17.** Asistir a la consulta de puericultura y puerperio.
- 18.** Ingerir las tabletas prenatales durante seis meses después del alta. Al momento del alta, la mujer debe estar informada de todo lo relacionado con su autocuidado y el cuidado de su hijo, y presentar las siguientes características:
 - Puérpera asintomática.
 - Hemoglobina y hematocrito dentro de límites aceptables.
 - Los signos vitales deben estar normales.
 - Buena involución uterina.
 - Los loquios deben estar normales en relación con los días del puerperio.
 - Estado normal de las mamas.
 - Lactancia materna eficaz.
 - Ausencia de infección.
 - Planificación familiar.
 - Ausencia de dolor en mamas y periné.
 - Volumen de líquido normal.
 - Apetito normal.
 - Termorregulación eficaz.
 - Reposo y sueño adecuado.
 - No interrupción de la lactancia materna.
 - No haber presentado fatiga.

Anexo 6. Escala de Latch

	0	1	2
Latch Coger	Demasiado dormido, no se coge al pecho	Repetidos intentos de cogerse, mantiene pezón en la boca y llega a succionar	Agarra el pecho, lengua debajo, labios que se ajustan, succión rítmica
Audible swallowing Deglución audible	Ninguna	Un poco si se estimula	Espontáneo e intermitente si es menor de 24 horas. Espontáneo y frecuente si tiene más de 24 horas de nacido
Type of nipple Tipo de pezón	Invertidos	Planos	Evertidos tras estimulación
Comodidad, <i>confort</i> (pecho y pezón)	Ingurgitadas, grietas, dolor severo	Mamas llenas, pezón lesionado, dolor moderado	Mamas blandas, sin dolor
Hold (positioning) Mantener colocado al pecho	Ayuda total (el personal mantiene al niño colocado al pecho)	Mínima ayuda, no es necesaria la ayuda. Si se le enseña de un lado, la madre lo coloca al otro. El personal lo ubica y luego la madre sigue	No es necesaria la ayuda. La madre es capaz de mantener al niño colocado al pecho

Fuente: Báez et al., 2008.

Referencias

- Ahmadpour-Kacho, M., Zahedpasha, Y., Hajian K., et al. (2006). The effect of topical application of human milk, ethyl alcohol 96%, and silver sulfadiazine on umbilical cord separation time in newborn infants. *Arch Iran Med.*, 9(1), 33-8.
- Argote, L. Á., Bejarano, N. L., Ruiz de Cárdenas, C. H., Muñoz de Rodríguez, L., & Vásquez, M. L. (2004). Transitando la adolescente por el puerperio: amenazas, peligros y acciones de protección durante la dieta. *Aquichan*, 4(1), 18-29.
- Báez, C., Blasco, R., Martín Sequeros, E., Pozo Ayuso, M. L., Sánchez Conde, A. I., & Vargas Hormigos, C. (2008). Validación al castellano de una escala de evaluación de la lactancia materna: el LATCH. Análisis de fiabilidad. *Index Enferm.*, 17(3), 205-209.
- Baqui, A. H., El-Arifeen, S., Darmstadt, G. L., & Projahnmo Study Group. (2008). Effect of community-based newborn-care intervention package implemented through two service delivery strategies in Sylhet district, Bangladesh: A cluster-randomised controlled trial. *Lancet*, 371(9628), 1936-1944.
- Baskett, P. J. (1990). ABC of major trauma. Management of hypovolemic shock. *BMJ*, 300, 1453-1457.
- Becerra, M. (2010). *Análisis de mortalidad materna*. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud.
- Bejarano, A., Celis, L. A., & Méndez, H. (2007). *Guías prácticas de manejo clínico para la atención del neonato. Lactancia materna*. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud-UNFPA.
- Bejarano, A., Celis, L. A., & Méndez, H. (2007). *Guías prácticas de manejo clínico para la atención del neonato. Adaptación neonatal*. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud-UNFPA.
- Bejarano, N., & Bejarano, M. P. (2004). *Curso de preparación para la maternidad y paternidad. Un proyecto de vida*. Bogotá: Editorial Universidad Nacional.
- Bhutta, Z. A., Memon, Z. A., Soofi, S., et al. (2008). Implementing community-based perinatal care: Results from a pilot study in rural Pakistan. *Bull World Health Organ.*, 86(6), 452-459.
- Bohórquez, O., Santana, A., Pérez, A., & Munévar, R. (2009). Seguimiento de enfermería a la madre y al recién nacido durante el puerperio: traspasando las barreras hospitalarias. *Avances en Enfermería*, 27(2), 139-149.
- Bonilla, F., Aguilar, M., Cazares, M., et al. (2002). Frecuencia de expulsión del DIU aplicado en el puerperio inmediato y tardío. *Calimed.*, 8(2), 49-50.

- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., & Dochterman, M. J. (2009). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. Versión en español de la quinta edición de la obra original en inglés Nursing Interventions Classification (NIC). España: Elsevier.
- Campo, A., Ayola, C., Peinado, H., Amor, M., & Cogollo, Z. (2007). Escala de Edinburg para depresión posparto: consistencia interna y estructura factorial en mujeres embarazadas de Cartagena, Colombia. *Rev Colomb Obstet Ginecol.*, 58(4), 277-283.
- Cardozo Silva, S., & Bernal, M. del C. (2009). Adolescentes en puerperio y sus prácticas de cuidado. *Avances en Enfermería*, 27(2), 82-91.
- Castiblanco, N. (2009). *El significado que tiene para las madres cuidar el recién nacido prematuro en el hogar, desde su contexto cultural* (Tesis para optar el título de magister en cuidado de enfermería para la salud materno-perinatal, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá).
- Castro, É., Muñoz, F., Plazas, G., Rodríguez, M., & Sepúlveda, L. (2006). Prácticas y creencias tradicionales en torno al puerperio, municipio de Popayán. *Revista de Infancia, Adolescencia y Familia*, 1(1), 141-152.
- Ching, X. E., Noreña, C., & Vásquez, M. L. (1994). Calidad de atención del parto y posparto en el Centro Hospital Joaquín Paz Borrero de Cali, Colombia, 1991. *Colombia Médica*, 25, 2-7.
- Colombia, Ministerio de la Protección Social (MPS). (2013). *Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública. Guía 8. Atención del parto*. Bogotá: MPS.
- Colombia, Ministerio de la Protección Social (MPS). (2010). *Plan decenal de lactancia materna 2010-2020. Un imperativo público para la protección y alimentación de los niños y niñas menores de dos años*. Bogotá: MPS.
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Escala de depresión de posparto de Edinburg. *British Journal of Psychiatry*, 150.
- Eberhard-Gran, M., Eskild, A., Tambs, K., Opjordsmoen, S., & Samuelsen, S. O. (2001). Review of validation studies of the Edinburgh postnatal depression scale. *Acta Psychiatr Scand.*, 104, 243-9.
- España, Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010). Cuidados del Recién Nacido. En *Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal* (Cap. 8). Gobierno Vasco: Vitoria-Gasteiz.
- Garza Raygoza, C., Guerra Cazares, M., Hernández Luna, M., & Nerio Gallegos, M., (2009). *Cuidados de enfermería en el puerperio*. Recuperado de <http://es.slides->

hare.net/CLAU2009/ cuidados-de-enfermeria-en-el- puerperio?next_slides-how=1

Gomes da Silva, I., Tavares, R., Azevedo, R., Lessa, B., Rosa, P., & Duarte, A. (2006). Prevalence of postpartum depression and associated factors. *Rev Saúde Pública*, 40(1), 1-6.

Grigoriadis, S., Robinson, G., Fung K., Ros, L., et al. (2009). Traditional postpartum practices and rituals: Clinical implications. *La Revue Canadienne de Psychiatrie*, 54(12).

Grimes, D., Schulz, K., Van Vliet, H., & Stanwood, N. (2010). Inserción inmediata posparto de dispositivos intrauterinos. *Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas*, 5, CD003036.

Grupo SaludCoop. (2009). *Procedimiento Código Rojo, SIGED*.

Herdman, H., Heath, C., Lunney, M., Scroggins, L., & Vassallo, B. (2010). *NANDA International. Diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificaciones*. Versión en español de la obra original en inglés NANDA-I Nursing Diagnoses; definitions and classification, 2009-2011. España: Elsevier.

Howell, E., Mora, P., Dibonaventura, M. et al. (2009). Modifiable factors associated with changes in postpartum depressive symptoms. *Arch Women Ment Health*, 12(2), 113-120.

Janssen, P. A., Selwood, B. L., Dobson, S. R., et al. (2003). To dye or not to dye: A randomized, clinical trial of a triple dye/alcohol regime versus dry cord care. *Pediatrics*, 111(1), 15-20.

Johnson, M., et al. (2007). *Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones*. Madrid: Editorial Elsevier-Mosby.

Johnson, M., Meridean, M., Moorhead, S. (2005). *Clasificación de resultados de enfermería: Proyecto de resultados IOWA*. Madrid: Editorial Elsevier-Mosby.

Kumar, V., Mohaty, S., Kumar, A., et al. (2008). Saksham Study Group. Effect of community-based behaviour change management on neonatal mortality in Shivgarh, Uttar Pradesh, India: A cluster randomised controlled trial. *Lancet*, 372(9644):1151-1162.

Martínez, Á. P. (2009). *Modificación de los conocimientos de las madres adolescentes sobre los cuidados básicos al recién nacido, después de la aplicación de un programa educativo, localidad de Ciudad Bolívar, Bogotá D. C.* (Tesis para optar el título de enfermera, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá).

- Minuzzi, A. P., Ghedin Dias, A., De Oliveira, M. E., & Rocha, J. (2008). Cada día un nuevo día: un desafío en la búsqueda de la adaptación del recién nacido portador de malformación y su familia. *Enfermería Global*, 13.
- Miranda, M., & Navarrete, L. (2008). Semmelweis y su aporte científico a la medicina: un lavado de manos salva vidas. *Revista Chilena de Infectología*, 25(1).
- Molina, C. R., & Leiva, D. V. (2010). Necesidades educativas de las madres adolescentes acerca de la etapa de posparto. *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica*, 18. Recuperado de <http://www.revenf.ucr.ac.cr/necesidadeseducativas.pdf>
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2009). *Clasificación de resultados de enfermería (NOC)*. Versión en español de la cuarta edición de la obra en inglés Nursing Outcomes Classification (NOC). España: Elsevier.
- Mullany, L. C., Darmstadt, G. L., Khatry, S. K., et al. (2006). Topical applications of chlorhexidine to the umbilical cord for prevention of omphalitis and neonatal mortality in southern Nepal: A community-based, cluster-randomised trial. *Lancet*, 367(9514), 910-918.
- Muller Staub, M., Lavin, M. A. et al. (2007). Meeting the criteria of a nursing diagnosis classification: Evaluation of ICNP, ICF, NANDA and ZEPF. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 102-713.
- Noguera, N., & Rodríguez, M. (2008). ¡Aprendiendo a cuidar al recién nacido: un cuidado congruente con la cultura. *Avances de Enfermería*, 26.
- Oennis, C., & Stewart, O. (2004). Treatment of postpartum depression, a critical review of biological interventions. *J Clin Psychiatry*, 65, 1242-50.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2009). *AIEPI neonatal: intervenciones basadas en evidencia*. Washington: OPS.
- Oviedo Lugo, G. F., & Jordán Mondragón, V. (2006). Trastornos afectivos posparto. *Universitas Médica*, 47(2).
- Panyavudhikrai, S., Danchaivijitr, S., Vantanasiri, C., et al. (2002). Antiseptics for preventing omphalitis. *J Med Assoc Thai*, 85(2), 229-234.
- Pezzati, M., Rossi, S., Tronchin, M., et al. (2003). Umbilical cord care in premature infants: the effect of two different cord-care regimens (salicylic sugar powder vs chlorhexidine) on cord separation time and other outcomes. *Pediatrics*, 112(4).
- Rojas-Higuera, R., Londoño Cardona, J. H., & Arango-Gómez, F. (2006). Prácticas clínicas en el cuidado de gestantes y recién nacidos en algunos hospitales de Bogotá, Colombia. *Rev. Salud Pública*, 8.

- Shoaeib, F. M., All, S. A., & El-Barrawy, M. A. (2005). Alcohol or traditional methods versus natural drying for newborn's cord care. *J Egypt Public Health Assoc.*, 80(1-2), 169-201.
- Suárez, J. (2009). *Primer contacto madre e hijo herramienta fundamental del vínculo afectivo* (tesis para optar el título de magister en enfermería con énfasis en el cuidado para la salud materna y perinatal, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá).
- Vargas Porras, C. (2009). *Validez y confiabilidad del cuestionario Prácticas de cuidado que realizan consigo mismas las mujeres en el posparto* (tesis para optar por el título de magister en enfermería con línea de profundización en el cuidado para la salud materna perinatal).
- Vargas, C., & Hernández, L. M. (2010). Validez y confiabilidad del cuestionario Prácticas de cuidado que realizan consigo mismas las mujeres en el posparto. *Av. Enferm.*, 28(1), 96-106.
- Vélez, G., & Agudelo, B. (2007). *Código Rojo: Guía para el manejo de la hemorragia obstétrica*. Bogotá: Fundación Nacer.
- Villamizar, A. (2011). *Significado de la maternidad para la mujer adolescente* (tesis para obtener el título de maestría en enfermería con énfasis en cuidado para la salud materno-perinatal, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá).
- Virani, T., Lappan, S., McConnell, H., Santos, J., et al. (2007). Interventions for postpartum depression. *Nursing best practice guidelines. Registered nurses Association of Ontario*.
- Vural, G., & Kisa, S. (2006). Umbilical cord care: A pilot study comparing topical human milk, povidone-iodine, and dry care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.*, 35(1), 123-128.
- WHO-Unicef Joint Statement. (2008). *Home visits for the care of the newborn child: A complementary strategy to improve newborn survival*.
- Wolman, W. L., Chalmers, B., Hofmeyr, G. J., & Nilodem, V. C. (1993). Postpartum depression and companionship in the clinical birth environment: A randomized, controlled study. *Am J Obstet Gynecol.*, 168,1388-1393.



