SEGUIMIENTO AL HOGAR PARA MADRES EN PUERPERIO CON ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DE LA GESTACION

ANDREA DEL PILAR BUSTOS PEDRAZA
INGRID ADRIANA MONTENEGRO SOLER
MAGDA EDITH VACCA CAMPOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE ENFERMERIA
ESPECIALIZACION EN ENFERMERIA MATERNO PERINATAL CON APOYO FAMILIAR
BOGOTA 2010

SEGUIMIENTO AL HOGAR PARA MADRES EN PUERPERIO CON ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DE LA GESTACION

ANDREA DEL PILAR BUSTOS PEDRAZA	**539671**
INGRID ADRIANA MONTENEGRO SOLER	**539667**
MAGDA EDITH VACCA CAMPOS	**539668**

Trabajo de grado presentado para optar al título de Enfermera Especialista en cuidado materno perinatal con apoyo familiar

DIRIGIDO POR:

MYRIAM PATRICIA PARDO TORRES

Doctora en Ciencias de la Salud

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

FACULTAD DE ENFERMERIA

ESPECIALIZACION EN ENFERMERIA MATERNO PERINATAL CON APOYO FAMILIAR

BOGOTA, 2010

TABLA DE CONTENIDO

LISTA DE TABLAS 4
LISTA DE ANEXOS....4
INTRODUCCION 8
1.MARCO DE REFERENCIA 10
1.2 DESCRIPCION DEL AREA PROBLEMA 10
1.3 PROBLEMA 19
JUSTIFICACION 20
1.4 OBJETIVO....25
2.MARCO CONCEPTUAL....26
2.1.1 CONCEPTOS TEÓRICOS QUE APOYAN LA PROPUESTA....31
2.3 INTERVENCIONES DE ENFERMERIA SUSTENTADAS CON EVIDENCIA QUE REPRESENTAN EL HACER PARA EN LOS PROCESOS DE LA TEORIA DE SWANSON....43
2.4 EDUCACIÓN A LA MADRE 47
2.5 CONTEXTO EN EL QUE SE REALIZA EL SEGUIMIENTO A LA PUERPERA 49
3. METODOLOGÌA DEL PROYECTO....52
4. RECURSOS 59
4.2 RECURSOS FÍSICOS 59
5 CRONOGRAMA....60
6 PRESUPUESTO 61
7.RESULTADOS 63
CONCLUSIONES 72
RECOMENDACIONES....73
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS....75
ANEXO 1....81
CONSENTIMIENTO INFORMADO 81
ANEXO 2....82
HISTORIA CLÍNICA DE SEGUIMIENTO DE LA MADRE Y EL RECIÉN NACIDO....82
ANEXO 3 CARTA AUTORIZACION 86
ANEXO 4 CAMBIOS ANATOMICOS Y FISIOLÓGICOS DEL PUERPERIO 87
ANEXO 5 FORMATO PERCEPCIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERIA BRINDADO A LA PUERPERA98
ANEXO 6 CARTILLAS EDUCATIVAS 99

LISTA DE TABLAS

TABLA 1. RELACIÓN DEL NUMERO DE PUERPERAS CON DIAGNOSTICO DE HIG HOSPITALIZADAS EN LA UNIDAD DE CUIDADO OBSTETRICO (UCO) DE LA CLINICA MATERNO INFANTIL DE SALUDCOOP. PERIODO ENERO - AGOSTO DEL 2010

LISTA DE ANEXOS

1. Consentimiento informado
2. Historia clínica de seguimiento de la madre y el recién nacido
3. Carta de autorización de Saludcoop.
4. Cambios anatómicos y fisiológicos del puerperio
5. Formato percepción del cuidado de Enfermería brindado a la paciente
6. Cartilla educativa:

6.1. Folleto lactancia materna
6.2. Folleto cuidados del recién nacido y puerperio.
6.3. Folleto cuidado en HIG

FORMATO UNICO PARA ENTREGA DE TRABAJOS DE GRADO

SEGUIMIENTO AL HOGAR PARA MADRES EN PUERPERIO CON ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DE LA GESTACION

HOME MONITORING OF MOTHERS WITH A HISTORY OF HYPERTENSION IN PREGNANCY PERIOD

RESUMEN

El puerperio es un período de trasformaciones progresivas de la mujer en los ámbitos anatómico, fisiológico y psicológico que tienen como fin, la involución progresiva de las modificaciones de órganos y sistemas que en la gestación se habían sucedido, y preparar a la mujer para desarrollar su rol de madre; esta etapa comprende las seis semanas posteriores al parto, donde la mujer está muy sensible al desconocimiento sobre el cuidado de la salud de ella y su hijo y de las posibles complicaciones.

Una de estas complicaciones que puede ocurrir durante el embarazo, en el parto y el puerperio, es la Hipertensión inducida por la gestación (enfermedad multisistémica de causa desconocida), siendo ésta una de las mayores causas de prematurez, mortalidad perinatal y una de las primeras causas de muerte materna. Por esta razón se vio la necesidad de realizar un seguimiento (por contacto telefónico y domiciliario) a puérperas de cualquier edad y cualquier paridad con diagnostico de hipertensión inducida por la gestación, egresadas de la Unidad de Cuidado Obstétrico de la Clínica Materno Infantil de Saludcoop, para valorar el comportamiento de las mujeres con respecto a su enfermedad, el tratamiento farmacológico, los cuidados con ella y su hijo recién nacido, abordando la materna como un ser holístico en un contexto familiar, por medio de una intervención de enfermería basada en la teoría de los cuidados de K. Swanson, como instrumento primordial para la disminución de las tasas de morbimortalidad materna y neonatal.

Este es un proyecto que va dirigido a mejorar las oportunidades de atención de salud y calidad de vida de la madre lactante y su recién nacido, prevenir y manejar algunos riesgos presentes o potenciales del período posnatal, a través de acciones que incluyen valoración, educación y asesoría como parte de una intervención de Enfermería.

PALABRAS CLAVE:

Puérpera, hipertensión inducida por la gestación, seguimiento al hogar.

ABSTRACT

Postpartum period, women's body changes producing the involution of organs and systems that suffered changes during the pregnancy, and prepare the woman for Motherhood, this period include next 6 weeks postpartum.

One of the complications that can occur during pregnancy, childbirth and the postpartum period is the induced Hypertension, multisistemic illness and one of the higher causes of prematurity, infant mortality and maternal death.

In based of it, I detected the importance of monitoring by phone or home visit to mothers with a diagnosis of pregnancy-induced hypertension, discharged from the Obstetrics Unit in SALUDCOOP´s Materno Infantil clinic, this to value the behavior of women regarding drug treatment, cares in postpartum and with her newborn son, addressing the mother as a holistic being in a family context, through a nursing intervention based on the K. Swanson´s care theory, as the primary instrument for reducing rates of maternal and neonatal morbidity, managing the project to improve health care opportunities and quality of life of the mother and her newborn infant, prevent and manage some present or potential risk in postnatal period through actions including assessment, education and counseling as part of Nursing intervention

KEY WORDS:

Puerperal women, pregnancy-induced hypertension, home monitoring.

FIRMA DEL DIRECTOR:

_____

MYRIAM PATRICIA PARDO TORRES

Nombre(s) completo(os) del (los) Autor (es) y año de nacimiento

ANDREA DEL PILAR BUSTOS PEDRAZA	1981
INGRID ADRIANA MONTENEGRO SOLER	1982
MAGDA EDITH VACCA CAMPOS	1982

INTRODUCCION

La etapa del puerperio, popularmente conocida como “la dieta”, es el periodo transcurrido desde el nacimiento del recién nacido hasta los cuarenta días posparto, en donde adquiere gran importancia el cuidado que se brinda tanto para la madre como para el hijo, y que se ve intervenida por prácticas de cuidado popular y costumbres que han trascendido a través de la historia[1]

Creencias y costumbres que han sido transmitidas de generación en generación con el fin de preservar y mantener el equilibrio entre la salud y la enfermedad. Muchas de éstas se fundamentan en el resultado obtenido en experiencias vividas en el pasado, generando un proceso causa-efecto que ayudará a prevenir el daño en el organismo. Por consiguiente, es necesario conocer las prácticas de cuidado que realizan las madres durante el puerperio y determinar actividades que pueden ser preservadas, restauradas, reacomodadas o reforzadas.

El cuidado en el puerperio abordado desde la perspectiva de la enfermería, se constituye en un reto que pretende traer a escena la diversidad de conocimientos en la concepción del cuidado para mantener, proteger y fortalecer la vida de la madre y del perinato[2]

El seguimiento domiciliario a madres y recién nacidos durante el puerperio es estrategia de enfermería para dar continuidad al cuidado iniciado en el hospital, con el ingreso de la madre en

[1] SANTAMARIA ORTIZ, Silvia, TORRES, Lina, GUALDRON, Seyil y GOMEZ, Leydi. La brecha entre el cuidado popular y profesional durante el puerperio: un reto para la enfermería contemporánea. Colombia: Unisangil editora, 2006. P. 31-39.
[2] Ibid, p. 31.

trabajo de parto hasta ser dada de alta con su hijo. Ya en sus hogares no cuentan con acompañamiento profesional y en ocasiones no tienen fuentes de apoyo familiar o social, situación que los hace más vulnerables ante las complicaciones.[3]

Como respuesta a las necesidades sociales, la metodología de seguimiento por vía telefónica o visita domiciliaria constituye una herramienta efectiva del cuidado de enfermería, que en la práctica ha dejado resultados visibles en la adherencia de madres con el apoyo de la familia al autocuidado y cuidado de sus recién nacidos, identificando signos de alarma que caracterizan alteraciones de salud, respetando las prácticas culturales, promoviendo estilos de vida sana, mejorando la calidad de vida de madres y niños y contribuyendo a la disminución de los índices de morbilidad y mortalidad materna perinatal por causas evitables, a través de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad efectuadas desde el egreso hospitalario hasta finalizar el puerperio.[4]

Por esta razón se realiza un seguimiento domiciliario a puérperas egresadas de la unidad de cuidado obstétrico (UCO) de la Clínica Materno Infantil de Saludcoop, con el fin de verificar la evolución de puerperio, cuidados en el mismo, adherencia a las recomendaciones hechas al alta hospitalaria, cuidados procurados al recién nacido, y por ultimo evaluar la percepción del cuidado brindado por enfermería en dicho seguimiento, bajo los lineamientos de la teoría de los cuidados de K. Swanson.

---

[3] BOHÓRQUEZ GAMBA, Onaidy; ROSAS SANTANA, Andrea; PÉREZ, Laura Juliana; MUNÉVAR, Rosa Yolanda. Seguimiento de enfermería a la madre y al recién nacido durante el puerperio: traspasando las barreras hospitalarias. Avances en Enfermería. 2009 jul-dic, 27(2).Disponible en: <http://www.index-f.com/rae/272/139149.php>

[4] IBID

1. MARCO DE REFERENCIA

1.1 TEMA. Seguimiento a la puérpera con antecedente de enfermedad hipertensiva de la gestación.

1.2 DESCRIPCION DEL AREA PROBLEMA

El puerperio período de trasformaciones progresivas en los ámbitos anatómico, fisiológico y psicológico que tienen como fin la involución progresiva de las modificaciones de órganos y sistemas que en la gestación se habían sucedido, y preparar a la mujer para desarrollar su rol de madre; es una etapa que comprende las seis semanas posteriores al parto, en las que la mujer es especialmente sensible a complicaciones motivadas por variables relacionadas con el cuidado de la salud, entre ellas el desconocimiento de la madre y la familia sobre el cuidado de ella y su hijo.

La susceptibilidad biológica de la mujer en este período es importante tenerla en cuenta, en vista de que la muerte materna es un problema de salud pública[5] que afecta principalmente a los países en vías de desarrollo; mientras que en los países desarrollados el riesgo se reduce a 1/7.300, en las regiones en vías de desarrollo este es de 1/75[6], lo que da una idea de la distribución desigual de género de este evento relacionado con elementos que caracterizan la salud de la mujer, entre ellos:

[5] HERREIRAS CANEDO, Tomás. Panorama de la mortalidad materna. Perinatol Reprod Hum 2010; Vol. 24 (1): 5-6. [Citado 4/09/2010]. Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2010/ip101a.pdf

[6] PARADA BAÑOS, Arturo José, Obstetricia integral siglo XXI: Mortalidad materna. Capítulo 23. P.371. [Citado 4/09/2010]. Disponible en: http://www.unal.edu.co/medicina/obstetricia_integral/Cap_23.pdf

la pobreza, la falta de empleo, la educación, la malnutrición y la falta de acceso a los servicios de salud[7]-[8], así mismo, la pobreza y la falta de educación perpetúan las altas tasas de embarazos entre adolescentes, una de las poblaciones altamente vulnerables a complicaciones durante la gestación.

Las causas de muerte materna en el mundo son variadas y el 80% de ellas corresponden a las directas, y de estas las cinco primeras, son las hemorragias, los trastornos hipertensivos de la gestación, las infecciones, el parto obstruido y el aborto [9]-[10]

La OMS, en un informe del año 2005, refiere que las muertes maternas se presentan de forma súbita e imprevisible, y entre 11 y 17 por ciento ocurren durante el parto, y entre 50 y 71 por ciento en el puerperio, y de estas últimas, aproximadamente 45 por ciento suceden en el primer día posparto y más del 75 por ciento en la primera semana[11].

Por su parte en Colombia, la mortalidad materna se comporta de la misma manera que en los países en vía de desarrollo, a pesar de que se ha reducido en la últimas décadas, las principales causas de muerte materna en Colombia, son, los trastornos hipertensivos de la gestación, las hemorragias, los procesos infecciosos, el aborto no seguro y complicado, y las complicaciones del trabajo de parto y parto (parto obstruido)[12]-[13].

---

[7] PARDO TORRES, Myriam Patricia y NUÑEZ GOMEZ, Nicolás Arturo. La salud de la mujer adulta joven y su promoción en el marco del sistema de seguridad social en Colombia. Rev. Entornos. Universidad Surcolombiana de Neiva. Septiembre 2008. Vol. 21. p: 67-75

[8] NACIONES UNIDAS. Objetivos de desarrollo del Milenio informe 2010. Nueva York 2010. p. 21. [Citado 21/08/2010]. Disponible en: http://www.un.org/es/comun/docs/?path=/spanish/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2010_SP.pdf

[9] NACIONES UNIDAS. Objetivos de desarrollo del Milenio informe 2010. Nueva York 2010. p. 21. [Citado 21/08/2010]. Disponible en: http://www.un.org/es/comun/docs/path=/spanish/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2010_SP.pdf

[10] PARADA BAÑOS, Arturo José. Op cit. p.371

[11] IBID, p. 372

[12] PARADA BAÑOS, Arturo José. Op cit. p.372

[13] PARADA BAÑOS, Arturo José. Op cit. p.372

Con motivo de la celebración del Día Internacional de la Mujer, en marzo de 2009 en la ciudad de Bogotá, la Comisión de Género de la Rama Judicial, integrada por representantes de cada una de las Altas Cortes Colombianas y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) presentan el documento "La Mortalidad Materna: otra cara de la Violencia contra las Mujeres", que analiza este fenómeno y la responsabilidad patrimonial del Estado frente a estos casos, desde la perspectiva jurídica; se concluye que Colombia:

Es el cuarto país de Suramérica con el índice más alto de mortalidad materna, después de Bolivia, Perú y Paraguay.

- Las causas de muerte materna más frecuentes son: eclampsia (32%), hemorragia (25%), shock séptico (10.7%) y convulsiones (3.5%).
- Los departamentos con mayores índices de mortalidad materna son: Chocó, Guainía, Vichada, Guaviare y Caquetá.

El riesgo de muerte materna es el doble cuando se trata de partos en adolescentes, en comparación con mujeres adultas. De ahí, que se deban reforzar las políticas públicas para adolescentes y jóvenes, y mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva y educación sexual para ellos y ellas[14]

Pero por otra parte, tenemos que el cuidado en el período posparto involucra no sólo a la mujer sino a su hijo recién nacido, es por esta razón que al describir la problemática no es posible dejar de lado las cifras de mortalidad infantil, la cual esta principalmente relacionada con las causas neonatales (41%)[15].

---

[14] NACIONES UNIDAS EN COLOMBIA. La Mortalidad Materna: otra cara de la Violencia contra las Mujeres., , Encuentro Dia Internacional de la Mujer. Bogotá, marzo 9 de 2009. [Citado 8/09/10]. Disponible en: http://www.nacionesunidas.org.co/index.shtml?apc=SS--1--&x=57387

[15] NACIONES UNIDAS. Objetivos de desarrollo del Milenio informe 2010. Op.cit. p.27

Los hijos de madres que fallecen por problemas relacionados con el embarazo, parto o puerperio tienen 10 veces más riesgo de morir que los recién nacidos de madres que sobreviven. La mortalidad materna es un indicador del desarrollo de una nación, es una señal acerca de la disparidad e inequidad en la distribución de la riqueza entre países y dentro de ellos mismos, entre hombres y mujeres, así como también, es una seña del sitio que ocupa la mujer en una sociedad[16]

La mortalidad perinatal es un indicador de la salud materno-infantil que evalúa la calidad del control prenatal, y se considera una causa de muerte evitable que comprende las muertes fetales ocurridas entre la semana 22 y el 7º día de nacimiento. Dentro de la mortalidad perinatal, el bajo peso al nacer (BPN) tiene una gran importancia, problema que afectó, según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), 8,4% de los Recién Nacidos (RN) vivos en Colombia en el año 2006. También afecta, de manera importante, la mortalidad en menores de 1 año ya que se halla estrechamente relacionada con los trastornos respiratorios específicos del período perinatal y las mal definidas "otras afecciones del período perinatal" que causan, respectivamente, 25% y 10% de la mortalidad en menores de un año en el país. En este orden de ideas, el bajo peso al nacer tiene un importante efecto sobre la carga de enfermedad para la sociedad colombiana[17]

De la publicación “Prevención y tratamiento de la hipertensión posparto”, Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en La Biblioteca Cochrane Plus(2008 -Número 2), se rescata lo siguiente con respecto a la enfermedad hipertensiva gestacional, el manejo y sus efecto en el posparto:[18]

---

[16] GAITAN, Hernando. The Instituto Materno Infantil and maternal mortality programs: a challenge for the Colombian social security system. Rev Colomb Obstet Ginecol. [online]. Apr./June 2005. Vol. 56;(2):113-115. [Cited 08/09/2010], Available from World Wide Web: <http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342005000200001&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0034-7434.

[17] GAITAN DHernando and DELGADO N., Mario. Low birth weight: another example of social inequity in Colombia. Rev Colomb Obstet Ginecol. [online]. Apr./June 2009.Vol.60 (.2): 121-123. [Cited 09/09/2010], Available from World Wide Web: <http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342009000200001&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0034-7434.

[18] MAGEE L, Sadeghi. Prevención y tratamiento de la hipertensión posparto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Wiley Publisher Since 1807. p. 23. [Citado 15/09/2010). Disponible en: http://www.update-software.com/pdf/CD004351.pdf

La presión arterial aumenta progresivamente durante los primeros cinco días después del parto, y llega a su máximo entre el tercer y sexto día (Bayliss 2002; Walters 1986).

En un estudio con 250 mujeres, 70% desarrollaron hipertensión posparto entre el 2º y 7º día.

En el estudio de Ferrazzani 1994, las mujeres con mayor riesgo de recurrencia de hipertensión después del parto fueron las que tuvieron partos prematuros, y las nulíparas con niveles altos de ácido úrico y nitrógeno úrico.

En el estudio de Eden (1986), se observó que de 80 mujeres con hipertensión inducida por el embarazo, el riesgo de desarrollar morbilidad posparto aumentó con los niveles elevados de albúmina urinaria.

En cuanto al manejo, existe consenso que la hipertensión severa debe ser tratada para prevenir complicaciones vasculares agudas en la madre, pero no hay acuerdo en la necesidad de tratar la hipertensión posparto leve a moderada.

Se reportan mayor numero de complicaciones como falla cardiaca, edema pulmonar y falla renal en el posparto, en las mujeres con hipertensión crónica, enfermedad cardiaca, enfermedad renal crónica, coagulación intravascular diseminada y la necesidad de multiterapia antihipertensiva.

La Canadian Hypertension Society recomienda tratamiento para las mujeres con hipertensión severa o síntomas y para aquellas con lesión orgánica e hipertensión gestacional moderada (es decir, PAD mayor a 99 mmHg) tres días después del parto (Rey 1997).

Las guías clínicas de América y Australia reconocen el aumento posnatal de la presión arterial y la posibilidad de incrementó de antihipertensivos en las mujeres con hipertensión prenatal, pero no dan recomendaciones sobre cuándo iniciar el tratamiento y cuál debería ser el objetivo terapéutico (Brown 2000; NHBPEPWG 2000).

Los hijos de madres que fallecen por problemas relacionados con el embarazo, parto o puerperio tienen 10 veces más riesgo de morir que los recién nacidos de madres que sobreviven.

La rotación por la Unidad de Cuidado Obstétrico (UCO) de la Clínica Materno Infantil de Saludcoop, nos permitió valorar la importancia de llevar un juicioso registro de la estadística formal de las mujeres hospitalizadas en posparto con antecedente de enfermedad hipertensiva inducida por la gestación (pre eclampsia, eclampsia y síndrome de Hellp); con la ayuda de los registros en el libro de Ingresos y Egresos de las pacientes de la UCO (ver Tabla 1), se identificó que de un total de 113 egresos de pacientes entre los meses de enero y agosto de 2010, las cuales presentaban HIG en puerperio mediato.

Pero además la práctica por la UCO, permitió constatar que las mujeres con antecedente de enfermedad hipertensiva inducida por la gestación (preeclampsia, eclampsia y síndrome de Hellp), al ser dada de alta, no tienen la opción de entrar en un programa de seguimiento.

Tabla 1. RELACIÓN DEL NUMERO DE PUERPERAS CON DIAGNOSTICO DE HIG HOSPITALIZADAS EN LA UNIDAD DE CUIDADO OBSTETRICO (UCO) DE LA CLINICA MATERNO INFANTIL DE SALUDCOOP. PERIODO ENERO - AGOSTO DEL 2010

MES	**Nº DE PACIENTES**
ENERO	12
FEBRERO	08
MARZO	14
ABRIL	13
MAYO	15
JUNIO	21
JULIO	16
AGOSTO	14
Total	113

Fuente: Libro de ingresos y egresos de la UCO.

La problemática expuesta es evidencia de que la población de madres en período de posparto y sus hijos recién nacidos, están en riesgo de enfermar y morir. La OMS, refiere que la mayoría de las muertes maternas son evitables, por ejemplo, las hemorragias responsables de más de un tercio de las muertes de la mujer en etapa reproductiva, pueden prevenirse o controlarse con intervenciones de calidad suministradas por un personal de salud capacitado y con los equipos y suministros adecuados[19], por otra parte la pre-eclampsia foco de interés de este trabajo, que hace parte de las primeras causas de morbilidad y mortalidad materna en Colombia, además de ser una problemática de gran complejidad, requiere un manejo de alto nivel de recurso técnico y humano[20]

[19] MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL- Dirección General de Promoción y Prevención, Guía de atención de las complicaciones hipertensivas asociadas al embarazo. Res.00412 de 2000 [] http://www.saludcolombia.com/actual/htmlnormas/nthipert.htm.

[20] MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL- Dirección General de Promoción y Prevención, Guía de atención de las complicaciones hipertensivas asociadas al embarazo(hace parte de la res.00412 de 2000) . Disponible en: http://www.saludcolombia.com/actual/htmlnormas/nthipert.htm

Con respecto a la pre eclampsia y sus efectos sobre la mujer en el posparto los cambios agudos inducidos por el embarazo usualmente desaparecen los primeros días posparto, así como la hipertensión gestacional, excepto en los casos de preeclampsia, grave y compromiso renal[21]. En el informe trienal (1997 – 1999) del Seguro Social de Costa Rica[22], refiere que una de cada 15 muertes presentó hipertensión severa sólo en el período posparto una mujer con pre eclampsia prenatal. Se mencionan también como complicaciones de esta problemática en la mujer en el posparto, el accidente cerebro vascular y, en algunos casos la eclampsia.

En 1992, en una encuesta de todos los casos de eclampsia del Reino Unido se demostró que 44% de los casos de eclampsia ocurren en el período posparto, generalmente dentro de las primeras 48 horas después del parto. Las mujeres con hipertensión posparto también pueden experimentar duración mayor de la estancia hospitalaria y, posiblemente, mayor ansiedad sobre su recuperación[23]

En publicaciones más recientes[24] se reportan mayor número de complicaciones entre ellas, falla cardiaca, edema pulmonar y falla renal en el posparto; en las mujeres con hipertensión crónica, enfermedad cardiaca, enfermedad renal crónica, preeclampsia sobreimpuesta en el segundo trimestre, desprendimiento de placenta, coagulación intravascular diseminada y la necesidad de multiterapia antihipertensiva.

Respecto al seguimiento y cuidado en el posparto, de este grupo de pacientes es recomendable asegurarse de continuar el tratamiento antihipertensivo prescrito, y en aquellas puérperas con

[21] SEGURO SOCIAL DEPARTAMENTO DE FARMACOLOGIA. Criterios Técnicos y Recomendaciones Basadas en Evidencia para la Construcción de Guías de Práctica Clínica para el Primer y Segundo Nivel de Atención. Tratamiento de Hipertensiòn en el embarazo. Costa Rica, 2005. P.43. [Citado 25/09/2010]. Disponible en: http://www.cochrane.ihcai.org/programa_seguridad_paciente_costa_rica/pdfs/30_Tratamiento-de-Hipertension-en-el-Embarazo.pdf

[22] MAGEE L, SADEGHI S. Prevención y tratamiento de la hipertensión posparto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

[23] IBID

[24] SEGURO SOCIAL DEPARTAMENTO DE FARMACOLOGIA. Op cite, p. 43

historia conocida de ausencia de trastornos hipertensivos previos, además de que se les suspende los antihipertensivos después de 3 a 4 semanas, se recomienda hacer un seguimiento de las cifras de tensión arterial a intervalos de 1 - 2 semanas por un mes, luego cada 3 a 6 meses durante el primer año[25].

En cuanto al pronóstico de las mujeres que desarrollan preeclampsia en el segundo trimestre, tienen mayor riesgo de repetir esta patología en embarazos futuros y de padecer enfermedades renales e hipertensión crónica, en especial en la perimenopausia[26]. El tiempo de normalización de la hipertensión en el puerperio depende del tipo de síndrome: es más rápido en la hipertensión gestacional pura que en la preeclampsia; está en relación con los niveles de ácido úrico y el estado de la función renal y la duración del embarazo[27].

Las mujeres que desarrollan hipertensión durante el embarazo deben recibir una evaluación y seguimiento cuidadoso en el periodo posparto; es necesario realizar una cuidadosa consejería para espaciar el próximo embarazo por los riesgos de complicaciones hipertensivas en los próximos embarazos y riesgo cardiovascular en general. Cualquier examen de laboratorio que no ha vuelto a sus valores normales en el posparto debe ser analizado con cuidado. Se espera que tanto la hipertensión como los signos y síntomas de preeclampsia desaparezcan para la semana 6 posparto; de no ser así debe reanalizarse el caso 6 semanas después.[28]

Teniendo en cuenta la situación descrita y la imperiosa necesidad de seguimiento a la puérperas con antecedente de enfermedad hipertensiva durante la gestación, se propone realizar un seguimiento a

[25] IBID, p. 44
[26] SIBAI, BN; MERCER, B.; SIRANOGLU C. Sever preeclampsia in the second trimester. Citados por SOTO, Liliana, en: Hipertensiòn en el embarazo. p. 7. Disponible en: http://www.fac.org.ar/1/publicaciones/libros/tratfac/hta_01/hta_embarazo.pdf
[27] FERRAZZANI S, DE CAROLIS S, POMINI F, TESTA AC, MASTROMARINO C, CARUSO A. The duration of hypertension in the puerperium of preeclampsia women: Relationship with renal impairment and week of delivery. Am J Obstet Gynecol. 171:506-12, 1994 Citados por SOTO, Liliana, en: Hipertensiòn en el embarazo. p. 7. Disponible en: http://www.fac.org.ar/1/publicaciones/libros/tratfac/hta_01/hta_embarazo.pdf
[28] SEGURO SOCIAL DEPARTAMENTO DE FARMACOLOGIA. Op cite, p. 51

las mujeres con estas características egresadas de la clínica materno infantil de Saludcoop, de la Unidad de Cuidado Intensivo Obstétrico durante seis semanas posteriores al alta de la paciente, tiempo en que se espera según la evidencia, que la mujer con hipertensión recupere su estado habitual al de antes del embarazo.

1.3 PROBLEMA

¿El seguimiento de enfermería a las puérperas con antecedente de enfermedad hipertensiva de la gestación egresadas de la Unidad de Cuidado Obstétrico (UCO) de la Clínica Materno Infantil de Saludcoop, contribuye a promocionar su salud y prevenir complicaciones en el puerperio?

JUSTIFICACION

El cuidado en el puerperio abordado desde la perspectiva de enfermería, constituye un reto que pretende traer a escena la diversidad de conocimientos en la concepción del cuidado para mantener, proteger y fortalecer la vida de la madre y del perinato.[29]

Este trabajo aporta al proyecto de extensión "seguimiento a la madre y al recién nacido en el posparto"[30], proyecto de cuidado materno y neonatal con seis años de trayectoria, que tiene como propósito favorecer en la mujer el ejercicio de la autonomía en el cuidado de ella misma y su recién nacido, en el periodo de posparto teniendo en cuenta la familia como grupo de apoyo.

Este es un proyecto con fines altruistas, dirigido a mejorar las oportunidades de atención de salud y calidad de vida de la madre lactante y su recién nacido, prevenir y/o manejar algunos riesgos presentes o potenciales del período posnatal, que ha mostrado resultados benéficos como lo refiere Bohórquez Gamba y otros[31], a través de acciones que incluyen educación y asesoría en el cuidado de la mujer durante el posparto y del recién nacido y prácticas de control post-tratamiento como el seguimiento al hogar ya sea telefónico o domiciliario

---

[29] UNISANGIL 2006, La brecha entre el cuidado popular y profesional durante el puerperio: un reto para la enfermería contemporánea. Facultad de Enfermeria. Tesis para optar por el titulo de Enfermeras.

[30] PARDO TORRES, Patricia; HERNANDEZ MOLINA, Luz M.; GOETHE, Brunhilde; BERNAL ROLDAN, María C. Documento proyecto extensión Seguimiento a la madre y al recién nacido en el posparto. Actualizado agosto de 2010.

[31] BOHORQUEZ GAMBA, O; ROSAS SANTANA, A,; y MUNEVAR TORRES, Y. Seguimiento a la madre y al recién nacido durante el puerperio: Traspasando las barreras hospitalarias. Bogotá. REVISTA AV DE ENFERMERIA, 2009; XXVII (2): 139-149,

Por otra parte, la propuesta de seguimiento a este grupo poblacional constituye un aporte al logro del quinto objetivo del milenio "Mejorar la salud materna" [32], ofreciendo un servicio de alta calidad, con una serie de intervenciones coordinadas y basadas en la evidencia científica que aseguren que la mujer sigue un camino positivo hacia el disfrute de su maternidad

Configura también un aporte a la estrategia de BOGOTÁ POSITIVA[33] en cuanto a reducción de la mortalidad materna e infantil, que basa sus acciones en el refuerzo de la promoción y prevención con estrategias como "Salud a su Casa" y el fortalecimiento de la calidad en la atención en la red hospitalaria del distrito[34]

Apoyados en las recomendaciones internacionales descritas en los Objetivos del Milenio de las Naciones Unidas y de la estrategia Bogotá Positiva de la Alcaldía de Bogotá, se plantea este seguimiento fortalecido con los elementos conceptuales de la teoría de mediano rango de Kristen M. Swanzon, denominada "cuidado informado para el bienestar del otro", a las mujeres en etapa de puerperio que desarrollaron algún tipo de enfermedad hipertensiva de la gestación egresadas de la Unidad de Cuidado Obstétrico de la Clínica Materno Infantil de Saludcoop; como aporte al proyecto de extensión de programa "Seguimiento a la madre y el recién nacido en el posparto" del grupo de investigación de Cuidado Materno Perinatal, de la Facultad de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

1. Es también esta propuesta una respuesta a la necesidad planteada por el servicio de cuidado materno de la Clìnica SaludCoop que pretende mejorar el resultado de la atención de las usuarias gestantes y puérperas y sus hijos recién nacidos egresados del servicio, basados en su política dirigida a disminuir los riesgos y la mortalidad materna, a través de la

[32] NACIONES UNIDAS, Objetivos de Desarrollo del Milenio Informe 2010, Nueva York, Pag: 30-38.
[33] SECRETARIA DE SALUD DE BOGOTÁ, Prevención de la mortalidad materna 2008, [cited 09/09/ 2010]. Disponible en: http://www.saludcapital.gov.co/Paginas/mortalidadmaterna.aspxn
[34] SECRETARIA DE SALUD DE BOGOTÁ. Prevención de la mortalidad materna 2008. [Cited 09/09/ 2010]. Disponible en: http://www.saludcapital.gov.co/Paginas/mortalidadmaterna.aspx

implementación de cuatro líneas de acción: Vigilancia de la salud materna y perinatal, a través del SIP (Sistema Informático Perinatal del CLAP)

2. Vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna y perinatal

3. Salud de la mujer en la etapa reproductiva

4. Accesibilidad de las gestantes y los recién nacidos a la atención en la red de servicios de salud.

   Siendo esta última la que contribuye directamente con el proyecto de seguimiento a las mujeres en posparto con antecedente de enfermedad hipertensiva gestacional.

Por otra parte la pesquisa realizada para la formulación de la propuesta, con respecto al cuidado de la mujer con antecedentes de enfermedad hipertensiva gestacional, evidencia investigaciones centradas básicamente en las complicaciones prenatales, tanto para la madre como para el recién nacido, y los riesgos y beneficios de los tratamientos antes del parto (Abalos 2002; Duley 2002)[35].

Así mismo, en Confidential Enquiries into Maternal Deaths del Reino Unido, enfatizan la importancia de monitorizar a las mujeres durante el puerperio, etapa en la que aproximadamente ocurren el 10% de las muertes maternas con trastornos hipertensivos.

Por otra parte, el seguimiento de la mujer y su hijo recién nacido en el puerperio es una estrategia que fortalece los resultados de investigaciones que plantean la visita domiciliaria como un elemento de apoyo posterior al alta (Gagnon 1997, UKCC 1993, MacArthur 2002)[36]

---

[35] MAGEE L, Sadeghi S. Prevención y tratamiento de la hipertensión posparto. Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en La Biblioteca Cochrane Plus, 2008, Número 2

[36] BROWN S, SMALL R, FABER B, KRASTEV A, DAVIS P. Alta hospitalaria postnatal temprana para madres sanas y recién nacidos a término (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford:

- Los estudios clínicos de Brooten 1994; Gagnon 1997; Smith-Hanrahan 1995, ofrecen una combinación de visitas domiciliarias y llamadas telefónicas .
- Los estudios de Carty 1990; Waldenström 1987 incluyen una visita domiciliaria durante el embarazo y también visitas domiciliarias después del parto.
- Brooten 1994; Smith-Hanrahan 1995; Waldenström 1987; Winterburn 2000; Yanover 1976, visitas domiciliarias de una partera al grupo de alta temprana
- Carty 1990; Hellman 1962 visitas domiciliarias de una partera para las mujeres del grupo control.
- Gagnon 1997, ofrecía visitas domiciliarias por derivación de un médico

Contribuye también a reducir los efectos adversos y mantener o potencializar los efectos benéficos evidenciados en la literatura, sobre la salud de la mujer en el puerperio y su hijo recién nacido por el alta temprana en el posparto.

El éxito de la visita depende no sólo del trato personal sanitario, sino también de la cualificación y profesionalidad de los mismos, así como del apoyo desinteresado de la administración.[37]

El seguimiento domiciliario a madres y recién nacidos durante el puerperio es una estrategia de enfermería que asegura la continuidad del cuidado iniciado en el hospital, que constituye una red de apoyo efectiva para algunas mujeres que en sus hogares no cuentan con fuentes de apoyo familiar o social, situación que las hace vulnerables a cualquier tipo de complicación.

Update Software Ltda. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

[37] LIZARRAGA C. A. SÁNCHEZ-ARRUIZ. Visita domiciliaria al recién nacido y a la puérpera. Anales Sis San Navarra 2002, Vol. 25, Suplemento 2. Cited: 12 sep/2010.Disponible en: http://www.cfnavarra.es/salud/Anales/textos/vol25/sup2/pdf/01.%20Visita%20domiciliaria%E2%80%A6.pdf

Teniendo en cuenta que el puerperio es un periodo que culturalmente se ha caracterizado por prácticas de cuidado transmitidas oralmente de generación en generación a las que la mujer se adhiere ante las dudas y miedos que enfrenta al regresar sola o con su hijo recién nacido al hogar, lo cual constituye una interfase mujer equipo de salud, en el que la enfermera como líder, juega un papel importante en la medida que apoye su práctica profesional en un proceso metódico que tenga una fuente teórica en nuestro caso los postulados de la teoría de mediano rango de Kristen Swanson, en la que partiendo del conocimiento que tenga la mujer y su red de apoyo de los cuidados en el hogar, se les ofrezca herramientas para identificar tempranamente señales de alarma y posibles complicaciones, en ella y/o su recién nacido.

También es importante que el profesional de enfermería acompañe a la mujer en la adopción del rol maternal, ya que durante el puerperio mediato predomina la influencia, expectativas y experiencias de otras personas del sistema social materno, que pueden influenciar de manera positiva o negativa en el fortalecimiento del vínculo afectivo y la adquisición de habilidades de cuidado del hijo recién nacido, lo que en cierta medida constituirá un insumo para la percepción de seguridad de la madre frente al cuidado de su hijo[38].

De esta manera, estaremos contribuyendo al enriquecimiento de la disciplina, con la aplicación en una experiencia real, de elementos que ofrecen las teóricas Ramona Mercer con su teoría de "Adopción del rol materno" y Kristen Swanson en su propuesta teórica del "Cuidado informado para el bienestar del otro".

Con la aplicación en el seguimiento de los conceptos claves y los procesos que contempla la teoría de mediano rango de cuidado informado para el bienestar del otro, de Kristen M. Swanson estamos enriqueciendo los aportes de la teoría para la práctica de enfermería en nuestro contexto.

---

[38] BOHORQUEZ GAMBA O, ROSAS SANTANA A, SEGUIMIENTO DE ENFERMERIA A LA MADRE Y AL RECIEN NACIDO DURANTE EL PUERPERIO: Traspasando las barreras BOTERO, Jaime y Otros. Atención del Puerperio. Obstetricia y ginecología. Medellín 1997. P.13 REVISTA AV DE ENFERMERIA, XXVII (2): 139-149, 2009 BOGOTA.

1.4 OBJETIVO

Realizar el seguimiento al hogar a las madres en periodo de puerperio con antecedente de enfermedad hipertensiva de la gestación para prevenir complicaciones y promover su salud teniendo en cuenta la familia como grupo de apoyo y sustentado en los cinco procesos básicos de la teoría de Kristen Swanson

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1 ELEMENTOS CONCEPTUALES DE LA TEORIA DE LOS CUIDADOS KRISTEN SWANSON (2000)

K. Swanson. Recurrió a varias fuentes teóricas para desarrollar la teoría de los cuidados. Recuerda que desde el comienzo de su carrera de Enfermería el conocimiento adquirido de los libros y de la experiencia clínica le hizo muy consciente de la profunda diferencia que los cuidados podrían marcar en la vida de las personas a las que servía.

Además, Swanson reconoce que asistir como enfermera alumna del máster al curso de la Dra. Jacqueline Fawcett sobre las bases conceptuales sobre la práctica de Enfermería, no solo le hizo comprender mejor las diferencias entre los objetivos de la Enfermería y los de otras disciplinas sanitarias, si no que le hizo darse cuenta de que cuidar a otros a través de las transiciones vitales de la salud, enfermedad curación y muerte era congruente con sus valores personales (Swanson 2001). Atribuye a la influencia de la Dra. Watson el énfasis de explorar el concepto de los cuidados en su tesis doctoral.

Swanson también agradece a la Dra. Kathryn E. Barnard que le animara a hacer la transición desde el paradigma interpretativo al empírico contemporáneo, a transferir lo que aprendió y postulo sobre los cuidados a lo largo de varias investigaciones fenomenológicas para dirigir la investigación de intervención y, es de esperar, la practica clínica con mujeres que han abortado.

La teoría de Swanson fue generada a partir de investigaciones fenomenológicas con mujeres que sufrieron perdidas gestacionales inesperadas, personal sanitario al cuidado de niños prematuros y enfermeros de la UCIN y madres de alto riesgo social que recibían cuidado a largo plazo por enfermeras que preparaban un máster.

Swanson (1991) postula que los cuidados, como forma educativa de relacionarse con otro ser humano, no son de la esfera exclusiva de la Enfermería perinatal. De hecho, afirmaba que conocer, estar con, hacer por, posibilitar, y mantener las creencias son componentes esenciales de cualquier relación enfermera cliente.

La utilidad de la teoría de los cuidados de Swanson se ha demostrado en la investigación, en la educación y en la práctica clínica. Así, la teoría de Swanson ha sido adoptada como marco de la práctica profesional de la Enfermería por varias organizaciones en Estados Unidos, Canadá y Suecia.

Reynolds (1971) sugiere que una teoría útil proporciona una sensación de comprensión y de aplicabilidad a la práctica. Los cuidados de Enfermería pueden manifestarse de diversas maneras y en muchos contextos prácticos. Por ejemplo, en el posparto, enseñar a los nuevos padres como bañar al niño con competencia y sensibilidad incorpora los cinco procesos de cuidado. El acto comprende hacer por (enseñar el baño al recién nacido a los padres); elegir sin prisas el momento de baño para asegurarse de que el niño está despierto y que estén presentes los padres transmite buena disposición de estar con, y el observar, preguntar e implicar a los padres en la tarea les ocupa en el cuidado de su propio hijo (posibilitar) a la vez que reconocen que son perfectamente capaces de cuidar de su nuevo hijo y que sus preferencias son importantes (mantener las creencias y conocimiento).

Al realizar este acto aparentemente simple, la enfermera puede crear un ambiente optimo para aprender y permitir a los nuevos padres que tomen decisiones sobre el cuidado del niño, al tiempo que introduce la tarea como una oportunidad para mantener un encuentro social importante y desarrollar una relación de confianza.

Se han comprobado en la practica clínica las suposiciones de la Teoría de los Cuidados de Swanson de que aplicar los procesos del cuidado como proceso terapéutico a los clientes aumenta el bienestar y acelera la curación. Los conceptos e hipótesis se basan en la práctica y en la investigación clínica de Enfermería, y son congruentes. Lo completo y sencillo de las definiciones operativas refuerza la precisión empírica de esta teoría. Swanson a aplicado y puesto a prueba satisfactoria su teoría de los cuidados en un contexto clínico con mujeres y parejas (en curso). Además, ha desarrollado medidas de autoevaluación para medir el cuidado suministrado por los profesionales sanitarios y por un miembro de la pareja al otro. Tanto la plantilla para suministrar intervenciones basadas en la investigación abren posibilidades para su uso y estudio adicional en otras poblaciones.[39]

Se presentan los supuestos de cuatro fenómenos principales para enfermería, persona/ cliente, salud/bienestar, ambiente y enfermería y se hace la elaboración de una teoría de cuidado. Se examinan también los aspectos que surgen cuando la enfermería se considera “”un cuidado informado para el bienestar de otros”[40]

Enfermería es cuidado informado para el bienestar de otros. Tal como Carper, 1978 señaló, el cuidado de enfermería se informa mediante el conocimiento empírico a partir de enfermería y de ciencias afines, al igual que por conocimiento que se deriva de las humanidades, experiencias clínicas y los valores personales y sociales y de las expectativas.

---

[39] TOMEY, ANN MARRINER y ALLIGOOG, MODELOS Y TEORIAS DE ENFERMERIA (6ª ED.) editorial ELSEVIER ESPAÑA, 2007 Unidad 5, cap. 35 Kristen M. Swanson: teoría de los cuidados, P. 766-773.

[40] SWANSON, Kristen M. Image, The Nursing scholarship. Mayo 1993, Vol. 25 N4 Winter P. 352-357. Traducción con fines académicos De Reales Edilma, 2008.

Los cinco procesos de cuidado y sus dimensiones no se suponen únicas para enfermería, se proponen como rasgos comunes de las relaciones de cuidado. Se define el cuidado como “una forma de fomentar las relaciones con otro ser valioso hacia quien uno tiene un sentido personal de compromiso y responsabilidad” (1991) en esta definición las palabras claves comprenden promover (crecimiento y producción de salud); formas de relacionarse (ocurre en las relaciones); con otro valioso (a quien se cuida es importante); hacia quien uno tiene un personal (individualizado e intimo) sentimiento de compromiso (conexión, compromiso, pasión); y responsabilidad (confianza y deber). Mientras que esta definición se aplica a todas las definiciones de cuidado, las relaciones de los conceptos centrales para enfermería, incluyen enfermera-con el cliente, enfermera-enfermera y enfermera consigo misma.

- ***MANTENER LA CONFIANZA***. Una orientación hacia el cuidado comienza con una confianza fundamental en las personas y en sus capacidades para sobreponerse a los eventos y a las transiciones y para enfrentar un futuro con significado. Mantener la confianza es un fundamento para la práctica del cuidado de Enfermería. Es fe, sustentadora en la capacidad de otros para enfrentar los eventos o las transiciones y hacerle frente a un futuro con significado que inicia y sostiene el cuidado de enfermería. En el nivel interpersonal, mantener la confianza es evidente en el caso de una enfermera que cuida a una pareja que está elaborando el duelo del nacimiento de su hija muerta.

- ***CONOCER.*** conocer es el ancla que mantiene las confianzas de las enfermeras y de enfermería con las realidades vividas de aquellos a quienes sirven. Conocer es luchar para entender los eventos y sus significados en la vida de los otros, conocer traduce el idealismo de la confianza que se tiene, al realismo de las condiciones humanas, comprende evitar suposiciones, centrarse en el ser cuidado, valorando completamente todos los aspectos de las condiciones del cliente y de su realidad y en ultimas comprometer la persona de la enfermera y del cliente en una transacción de cuidado. El conocimiento de sí misma que tiene la enfermera dispone el escenario para mostrar todo el deseo que la enfermera tenga para

conocer de verdad la realidad de otro y que tan capaz es de satisfacer sus necesidades y centrarse en la realidad vivida por el cliente.[41]

- ***ESTAR CON.*** Significa estar emocionalmente presente con el otro, es la categoría de cuidado que transmite a los clientes que ellos y sus experiencias le importan a la enfermera, la presencia emocional es una forma de compartir los significados, los sentimientos y las experiencias vividas de la persona cuidada. Estar con, le garantiza a los clientes que su realidad es apreciada y que la enfermera está lista y deseosa de estar ahí para ellos. Estar ahí incluye no solamente la presencia física lado a lado, sino también el mensaje transmitido claramente de disponibilidad y capacidad para soportar con el otro. Entre las muchas formas estar con otro, esta la de dar simplemente de uno mismo y hacerlo de tal manera que aquel que es cuidado logre el compromiso, la preocupación y la atención personal de aquel que está cuidándolo.

- ***HACER POR.*** Virginia Henderson capturó la esencia de hacer por en su definición de enfermería citada frecuentemente así: “la función única de la enfermera es ayudar al individuo enfermo o sano en la ejecución de aquellas actividades que contribuyan a la salud, a su recuperación, (o a una muerte pacífica) aquella que ejecutaría por sí mismo sin ayuda si tuviera la fuerza suficiente, la voluntad o el conocimiento. Y hacer esto de tal manera para ayudarlo a ganar independencia tan pronto como sea posible”. Hacer por dicho así, es hacer por el otro lo que él haría por sí mismo si le fuera posible, hacer por comprende acciones por parte de la enfermera en beneficio del bienestar del cliente de larga duración. Hacer por incluye confortar, consolar al otro, anticipándose a sus necesidades, desempeñándose competente y habilidosamente, protegiendo al otro de daños indebidos y sobre todo conservando la dignidad de aquel por quien se hace.

[41] IBID.

- ***CAPACITAR.*** El cuidado de enfermería es capacitar a otros para practicar su autocuidado. Capacitar se define como "facilitar al otro su paso a través de las transiciones de la vida y los eventos desconocidos" (1991). Capacitar comprende animar, informar, y explicar al otro, apoyando al otro y permitiéndole tener sus experiencias; asistiendo al otro a enfocarse en los asuntos importantes, ayudándolo a generar alternativas; guiándole a pensar bien las cosas; ofreciéndole retroalimentación; y validando la realidad del otro. Al igual que "hacer por" la meta de capacitar es asegurar el bienestar de larga duración del otro. De muchas maneras capacitar ilumina los dos lados de la moneda en el cuidado: una en la que el ser de cada cuidador es receptor, se acrecienta por las acciones de cuidado del cuidador y el lado opuesto en el que el ser del proveedor y del receptor están reducidos por las acciones mal dirigidas del proveedor.

2.1.1 CONCEPTOS TEÓRICOS QUE APOYAN LA PROPUESTA [42]

2.1.1.1 PERSONA/CLIENTE

Para este trabajo la persona o cliente al cual se le provee cuidado son las puérperas egresadas de Unidad de Cuidado Obstétrico de la Clínica Materno Infantil de Saludcoop con antecedente de HIG.

Watson 1987 propuso que de la forma como las enfermeras vean las personas y definan ser persona disponen el escenario para quienes son los clientes de enfermería, que constituye la practica, los ambientes y las metas del cuidado de enfermería. Las personas son seres únicos en medio del proceso de llegar hacer y cuya totalidad se manifiesta en pensamientos, sentimientos y comportamientos. La vida de cada persona esta influenciada por una herencia genética, una dote espiritual y capacidad para ejercer su libre voluntad. Las personas en su totalidad no se estancan

[42] SWANSON, Kristen M. Image, The Nursing scholarship. Mayo 1993, Vol. 25 N4 Winter pag 352-357. Traducción con fines académicos De Reales Edilma, 2008.

sino que, como Travelbee (1971) ha destacado están creciendo, auto reflexionando y buscando conectarse con otros. Las personas moldean y son moldeadas por el ambiente donde viven. La herencia genética sirve como marco distintivo de las características humanas únicas de cada humano. Las dote espiritual conecta a cada ser con una fuente eterna y universal de bondad, misterio, vida, creatividad, y serenidad. La libre escogencia se asemeja a escogencias y la capacidad de decidir cómo actuar cuando se enfrenta a una variedad de posibilidades. En tanto se reconoce que la libre voluntad si exige que la enfermera respeta la individualidad, también puede engañarnos, haciéndonos creer que "el rango de posibilidades esta disponible, es aceptable y deseable igualmente para todas las personas". La practica que se basa en esta suposición tan parroquial y egocéntrica ha llevado históricamente a que los proveedores de cuidado de salud rotulemos a los pacientes, como irresponsables y no adherentes, a establecer sistemas de prestaciones de cuidado de salud que son convenientes para los proveedores pero no asequibles para los consumidores y sacrifican al cuidado centrado en el paciente en los altares de la tecnología, la economía y el ego de los proveedores.

2.1.1.2 AMBIENTE

En este seguimiento el contexto, para brindar el cuidado a las pacientes puérperas, lo constituye el entorno de su cotidianidad, en el que se puede percibir la influencia bio-psico-social que afecta positiva o negativamente la etapa del puerperio.

El ambiente se define desde una perspectiva situacional. Para enfermería es cualquier contexto que influye o es influido por el cliente señalado. Los campos de influencia son múltiples e incluyen la cultura, la política, lo social, lo biofísico, lo psicológico y lo espiritual. Cuando se examina la influencia del ambiente en las personas es conveniente examinar las demandas, las limitaciones y los recursos de que disponen los participantes en la situación y el ambiente que los rodea. Lo que se considera cliente en algunas situaciones podría servir como contexto o media en otras circunstancias.

2.1.1.3 SALUD – BIENESTAR

El seguimiento realizado a las puérperas con antecedente de HIG nos permite percibir y evaluar el proceso del puerperio vivido por ellas y su familia como grupo de apoyo y como esta experiencia afecta su salud y bienestar.

Enfermería se enfoca en la manera como viven los clientes sea cual sea la condición de enfermedad o de bienestar en la que se encuentran. Como enfermeras nuestro enfoque no es tanto en la mejoría de la enfermedad en si, como si lo es el ayudar a los clientes a que logren, mantengan o recuperen el nivel optimo de vivir o de bienestar que escojan según sus demandas personales o ambientales, según sus limitaciones o recursos. Bienestar consiste en vivir en un estado que uno se siente entregado y comprometido con la vida y la muerte. Cuando las enfermeras se centran en salud como bienestar, nuestro cuidado debe tener en cuenta lo que significa ser personas totales que están llegando a ser, creciendo autoreflexionan y buscando conexión con otros. Experimentar bienestar es vivir la experiencia de totalidad subjetiva y llenarse de significado. Esta totalidad comprende un sentido de integración y de llegar a ser donde quiera que todas las facetas del ser se puede expresar libremente. Las facetas del ser comprender los muchos cinismos que nos hacen humanos: nuestra espiritualidad, pensamientos, sentimientos, inteligencia, creatividad, capacidad de relacionarse, lo femenino, lo masculino y la sexualidad por nombrar unas pocos. Sanar, el proceso de restablecer el bienestar comprende liberación del dolor interior, el establecimiento de significados nuevos, restablecer la integración y surgir con una nueva salida de totalidad renovada,

Salud, enfermedad, desviación y patología son fenómenos que se definen socialmente. Definidos así están influenciados por valores sociales, por ideas políticas por normas culturales, por condiciones económicas. FENOMENOS que se definen socialmente están cargados de estragos con los desarrollos y sanidad necesarios para lograr el bienestar.

2.1.1.4 ENFERMERIA Y CUIDADO INFORMADO

Dentro del contexto de nuestro trabajo realizamos un seguimiento a las puérperas con antecedente de HIG teniendo en cuenta a la familia como grupo de apoyo y aplicando los cinco procesos de cuidado de K. Swanson para brindar un cuidado informado e indagar acerca de la percepción que tiene la puérpera respecto al mismo.

Las enfermeras diagnostican y tratan respuestas humanas a problemas de salud reales o potenciales (declaración de las políticas sociales de la asociación de enfermeras americanas) esta descripción clarifica nuestro rol funcional al publico para quien servimos y subraya la importancia de enfermeras que prodigan cuidado a los clientes (individuales o agregados) que comúnmente tiene que manejar o potencialmente enfrentan desviaciones de la salud. Pero este lenguaje no capta la esencia de los valores, historia, experticia, conocimiento, universalidad y pasión. A quienes servimos, como le servimos y como continuamos sirviéndoles, le concede una integración vehemente de ciencia, de sí mismo, de interés por la humanidad y de cuidado.

Los compromisos de cuidado de la profesión, la preservación de la dignidad humana y acrecentar el bienestar para todos se están desgastando en transacciones entre enfermería y sociedad y entre cada enfermera y sus clientes.

El cuidado informado de las enfermeras va desde las capacidades prácticas como aprendiz a la de la experta. Como Bernner 1984 ha notado, pueden cuidar muy profundamente sobre el bienestar de otros pero aun su repertorio de terapéuticas de cuidar puede ser algo restringidas.

Una enfermera experta tiene una comprensión mas profunda de lo que constituye bienestar, un alcance mas amplio de practica de cuidado y una visión mas amplia de quien o que constituye “el otro”.

Las técnicas y el conocimiento articulados en el conocimiento de enfermería son tan a menudo tan sutiles que pueden quedar virtualmente encubiertas al observador mal informado.

Reverby (1987) señala que del mismo modo que el conocimiento de enfermería se esconde en los actos de cuidado, los actos mismos son frecuentemente escondidos, subvalorados y mal remunerados. Algunas de las razones por las cuales las enfermeras, sus conocimientos y el cuidado son tan poco apreciadas y sumamente escondidas incluyen: 1. El hecho de que la enfermería con frecuencia se descarta como “trabajo de mujeres. 2. Las tareas de dar cuidado se ven a menudo como provenientes del corazón y no del cerebro. 3. Se da con frecuencia a la enfermería como una extensión de la medicina y comprende habilidades técnicas y una voluntad de obediencia. 4. Nuestra sociedad valora la cura de las enfermedades y la esencia de la muerte por encima de prevención de los problemas de salud, el mejoramiento de la calidad de vida y la preservación de la dignidad personal.

Se necesita una persona preparada en la “apreciación de lo que es enfermería” para que pueda ver completamente la belleza que hay en una práctica de enfermería experta. Para algunos la apreciación viene de haber sido el receptor de una enfermería con experticia. En ese caso la audiencia apreciativa tiene una forma no indicativa de definir el cuidado y recurre a superlativos como estupenda maravillosa, tierna para capturar la belleza de su experiencia. Para otros, la apreciación de la enfermera proviene de una educación formal y de la practica clínica de donde sabemos que enfermería es buena cuando la vemos; pero aún así, nosotros también podemos quedarnos sin palabras si buena enfermería es lo que rutinariamente practicamos. En otras palabras, buena enfermería es la norma cultural y como tal es difícil describirla dentro de la cultura. La propagación de

la apreciación de la enfermería debe provenir de aquellos (enfermeros y no enfermeros) que observan deliberadamente y con palabras de su propia disciplina responden a las enfermeras o a sus receptores de cuidado que es exactamente lo que es precioso de enfermería.

2.1.2 APLICACIÓN DE LOS ELEMENTOS CONCEPTUALES DE LA TEORIA DE KRISTEN SWANSON AL SEGUIMIENTO

A continuación se presenta la propuesta puesta en práctica durante el desarrollo de este trabajo, en el que se adopto a cada uno de los cinco procesos de cuidado de la propuesta teórica de Kristen Swanson en la realización del seguimiento a la puerpera con antecedende de HIG egresadas de la Unidad de Cuidado Obstétrico de la Clínica Materno Infantil de Saludcoop.

PROCESOS TEORICOS	***OBJETIVOS DE LAS ACCIONES DE CUIDADO PROPUESTAS EN EL SEGUIMIENTO***
CONOCER Es luchar para entender los eventos y sus significados en la vida de los otros, conocer traduce el idealismo de la confianza que se tiene, al realismo de las condiciones humanas, comprende evitar suposiciones, centrarse en el ser cuidado, valorando completamente todos los aspectos de las condiciones del cliente y de su realidad y en ultimas comprometer la persona de la enfermera	El proceso de conocer en este tipo de seguimiento, exige de las profesionales que realizamos el seguimiento, además de tener en cuenta lo expuesto por Kristen Swanson del conocer la mujer y los significados que esta tiene acerca de la dolencia que le afecta, tener un vasto conocimiento de los elementos teóricos proporcionados por la literatura y basados en la evidencia acerca de la hipertensión inducida por la gestación: entre ellos concepto, clasificación, factores asociados con su aparición, fisiopatología, tratamiento farmacológico y no farmacológico, efectos deseables del tratamiento, efectos adversos del uso de fármacos y el manejo adecuado de los mismos, riesgos sobre la gestación. Para ello nos remitimos a fuentes como las guias de manejo del síndrome hipertensivo de la gestación de la Secretaria Distrital de Salud del Distrito Capital, y otras fuentes consultadas entre ellas: Maggel (2008) ,

y del cliente en una transacción de cuidado.	Torres y cols (2008) , Briceño y Briceño (2006) , Velasquez y cols (2005) , Ulanowicz y cols (2005) , Grandi (2003). Dio respuesta también al conocer todas las acciones de cuidado realizadas en la captación y en las visitas dirigidas a la valoración física y emocional de la puérpera. Con relación al conocer de las puérperas involucradas en el seguimiento el grupo estuvo conformado por seis mujeres hospitalizadas en la Unidad obstétrica (UCO) con antecedente de HIG y captadas entre el 27 de agosto y 02 de septiembre (la descripción de las mujeres a quien se les hizo el seguimiento esta en el apartado de resultados) Así mismo este se dirigió a explorar el significado que tenía para las mujeres la experiencia de haber tenido enfermedad hipertensiva de la gestación y a identificar las prácticas de cuidado que realiza la mujer con ella y con su hijo durante el puerperio.

ESTAR CON Significa estar emocionalmente presente con el otro, es la categoría de cuidado que transmite a los clientes que ellos y sus experiencias le importan a la enfermera, la presencia emocional es una forma de compartir los significados, los sentimientos y las experiencias vividas de la persona cuidada.	El estar con, nos permitió establecer una relación de empatía, la cual facilito realizar el seguimiento a la puérpera con enfermedad hipertensiva de la gestación durante la hospitalización y las seis semanas posparto en su hogar por medio de contactos telefónicos y visitas domiciliarias pactadas con anterioridad junto con la paciente, donde se realizaron actividades de Enfermería dirigidas a ella y a su grupo de apoyo tales como: educación y asesorías en temas relacionados con lactancia materna, cuidados en el puerperio y del recién nacido y cuidados específicos con HIG, teniendo en cuenta la cultura y experiencias personales y familiares.

HACER POR Es hacer por el otro lo que él haría por sí mismo si le fuera posible, hacer por comprende acciones por parte de la enfermera en beneficio del bienestar del cliente de larga duración. Hacer por incluye confortar, consolar al otro, anticipándose a sus necesidades, desempeñándose competente y habilidosamente, protegiendo al otro de daños indebidos y sobre todo conservando la dignidad de aquel por quien se hace.	La revisión de literatura y la experiencia profesional y personal nos brindo herramientas para realizar acciones de promoción de la salud para mantener y/o fortalecer el cuidado de la salud de la puérpera con HIG y su hijo durante el puerperio, respetando sus creencias y fomentando prácticas de cuidado congruentes con la cultura de la madre y su grupo familiar. El hacer por nos permitió brindar un cuidado integral a la puérpera y su familia promoviendo el autocuidado y consolidando el vínculo afectivo para mantener el bienestar de ellos.

CAPACITAR Capacitar comprende animar, informar, y explicar al otro, apoyando al otro y permitiéndole tener sus experiencias; asistiendo al otro a enfocarse en los asuntos importantes, ayudándolo a generar alternativas; guiándole a pensar bien las cosas; ofreciéndole retroalimentación; y validando la realidad del otro.	En este proceso se desarrollaron una serie de actividades encaminadas a brindar educación a la puérpera con antecedente de enfermedad hipertensiva gestacional y a su familia para el cuidado de ella y su hijo recién nacido durante las visitas domiciliarias y los contactos telefónicos, aclarando dudas y reforzando conocimientos de su enfermedad y la importancia de su cuidado, por medio de folletos educativos, y asesorías durante y después de la hospitalización.

MANTENER LA CONFIANZA Es fe, sustentadora en la capacidad de otros para enfrentar los eventos o las transiciones y hacerle frente a un futuro con significado que inicia y sostiene el cuidado de enfermería.	El mantener la confianza con las puérperas con HIG y sus familias nos permitió un espacio de interacción con ellas, afianzando las creencias que no interferían con el estado de salud de la puérpera y su hijo, reestructurando las que podrían presentar un riesgo potencial para la salud del binomio, y de esta manera optimizar el desarrollo de su rol materno, rescatando la fe en sí misma para ayudarla a enfrentar el proceso del puerperio. Se promovió la unión familiar, reforzando las redes de apoyo para optimizar el cuidado de la puérpera con HIG, haciendo participe a toda la familia del cuidado integral de ella y su recién nacido.

2.2 ELEMENTOS CONCEPTUALES DEL PUERPERIO

Se define como el período comprendido entre la expulsión completa de la placenta y la regresión de los órganos y estructuras que participaron durante la gestación. La duración es de 40 días, casi siempre al final se reinicia el ciclo menstrual[43].

El puerperio se divide en tres etapas, diferenciadas entre sí por los acontecimientos fisiológicos y psicológicos que albergan, los riesgos de salud que pueden aparecer, así como los cuidados de salud determinados que requiere cada fase. Éstas son:

- Primera fase o puerperio inmediato abarca las primeras 24 horas postparto.
- Segunda fase o puerperio precoz se sitúa entre el segundo y el décimo día.
- Tercera fase o puerperio tardío comprende el periodo de tiempo que va desde el décimo día hasta los 45 días.

En el proceso del puerperio tienen lugar cambios de vuelta a la normalidad de la fisiología del sistema reproductor y del organismo en general. Las modificaciones anatómicas suelen estar involucionadas al final de la sexta semana del puerperio con el retorno a la normalidad del organismo de la mujer, en especial el aparato genital. Se considera que la fisiología reproductiva está normalizada con la aparición de las primeras menstruaciones.[44]
Involución del útero:

[43] BOTERO, Jaime y Otros. Atención del Puerperio. Obstetricia y ginecología. Medellín 1997. Pag.133
[44] DONAT F, MAESTRE MS. Cuidados de salud en el puerperio normal. En: Donat F. Enfermería maternal y ginecológica. Barcelona: Masson; 2000.p.383-401. Disponible en: http://mural.uv.es/majoan/GRUPO7PUERPERIO%20.pdf

El útero, una vez expulsada la placenta, se contrae y disminuye rápidamente de tamaño. La causa de la involución uterina es un proceso de autolisis (atrofia de tejidos y contracción y retracción del propio útero).

La contracción del útero permite que se cierren los vasos vasculares de la zona de inserción de la placenta mediante las ligaduras de Pinard, formándose un globo de seguridad que garantiza una correcta homeostasia (en las 12 primeras horas el útero se contrae para expulsar los coágulos y asegurar la homeostasia, estas contracciones por lo general son indoloras y reciben el nombre de entuertos).

En el proceso normal de la involución, a las doce horas, el útero se desplaza hacia el hipocondrio derecho. A las 24 horas se palpa el fondo del útero a nivel del ombligo descendiendo a través de dedo por día, para llegar al décimo día a nivel del pubis, quedando así escondido detrás de éste.
La capa superficial del endometrio se necrosa y se desprende para formar los loquios, mientras que la capa profunda permanece y es la base de la regeneración del mismo.

- ✓ **Mamas**

La estructura de la glándula mamaria se vuelve más firme, sensible y dolorosa al tacto y las mamas aumentan su tamaño (ingurgitación mamaria). La producción de leche se inicia en este proceso con la producción del calostro.

La producción de la leche materna depende de la estimulación producida por la hormona lactógena o prolactina (liberada por la hipófisis). En el proceso de la lactancia interviene: la succión y vaciamiento de las mamas, que a su vez estimula la liberación de la prolactina.

✓ **Involución uterina**

El peso del útero se reduce de forma progresiva, pasando de 1’5 kg después del parto hasta los 100 g a las seis semanas del puerperio.

- *Involución del cuello uterino.*

Inmediatamente después del parto está blando y dilatado. El cuello uterino vuelve a su tamaño anterior después de la primera semana. El orificio cervical interno se cierra, pero el externo presenta una dehiscencia (separación).

- *Involución de la vagina.*

La vagina se repliega y vuelven a aparecer las rugosidades. La mucosa vaginal permanece edematosa (acumulación excesiva de líquido en el tejido) con riesgo de sangrado; su elasticidad favorece una rápida recuperación, volviendo a la normalidad a la sexta semana y a la octava en las mujeres que lactan. Este retraso es debido a la falta de estrógenos, lo que ocasiona con frecuencia molestias en las relaciones sexuales, por la escasa lubricación vaginal que se recupera una vez iniciada la menstruación.

- *Involución perineo-vulvar.*

La vulva permanece edematosa durante unos días posteriores al parto; si se ha practicado episiotomía (incisión en el periné de la mujer) o si se ha producido un desgarro. Si no aparecen complicaciones, cicatriza a los seis o siete días.

✓ **Los loquios**

Exudado uterovaginal, constituido por hematíes, células deciduales y de la capa de descamación del endometrio y del cérvix. Su cantidad, composición y aspecto varía a lo largo del proceso. La evolución de los loquios presenta las siguientes características:

- Lochia rubra: cuatro primeros días. La secreción es predominantemente hemática de color rojo, formada por partículas de desecho celular decidua y trofoblástico.
- Lochia serosa: hacia el décimo día de secreción. La pérdida aparece mezclada con suero volviéndose rosada. Su composición consta de hematíes, tejido necrótico, leucocitos y bacterias.
- Lochia alba: los loquios se transforman en una pérdida entre blanca y amarillenta. Están formados por suero, leucocitos, pequeñas cantidades de moco y bacterias. Al finalizar la tercera semana desaparecen, aunque puede observarse la persistencia de una secreción de color amarronado.

La observación de los loquios es esencial para identificar un proceso infeccioso o de lentitud en la involución.

2.3 INTERVENCIONES DE ENFERMERIA SUSTENTADAS CON EVIDENCIA QUE REPRESENTAN EL HACER PARA EN LOS PROCESOS DE LA TEORIA DE SWANSON [45]

Una buena preparación para el alta evita complicaciones y ayuda a la mujer a afrontar la llegada a casa, con el nuevo rol de ser madre y con la necesidad de autocuidados para una pronta y satisfactoria recuperación.

[45] IBID P. 402

✓ ***Reducir al mínimo el dolor***

Indicar a la mujer que coloque bolsas de hielo en el área perineal en las primeras 24 horas para aliviar el traumatismo o edema en la zona. Aplicar a intervalos para evitar daño tisular. Colocar una barrera delgada entre la bolsa de hielo y la piel.

- Iniciar baños de asiento para aliviar la molestia perineal luego de las primeras 24 horas. Usar tres veces al día durante 15-20 minutos.

- Indicar que contraiga las nalgas antes de sentarse para reducir la molestia perineal.

- Ayudar a usar almohadillas para posición y almohadas mientras está sentada o acostada.

- Enseñarle a usar la botella perineal y a rociar agua caliente contra el perineo mientras orina.

✓ ***Explicar las características de los loquios***

Entre el tercer y cuarto día, este sangrado vaginal se vuelve sonrosado y es similar a una regla. A partir del sexto día suele ser más blanquecino y escaso, desapareciendo generalmente a partir de la primera quincena, aunque puede prolongarse hasta 4 ó 6 semanas. El primer sangrado tras desaparecer los loquios, ya es la regla. Si la mujer esta amamantando, suele tardar más tiempo en aparecer.

✓ ***Cuidados e higiene del periné***

Dejar escurrir agua caliente sobre el perineo después de cada micción y defecación varias veces al día para promover el bienestar, la limpieza y la cicatrización. Enseñar a la madre a colocarse los apósitos perineales tocando sólo el exterior, lo que mantiene limpia la porción en contacto con el perineo.

✓ ***Cuidados de las hemorroides y medidas de prevención del estreñimiento***

- Explicar a la puérpera que la actividad intestinal es más lenta por la disminución del tono de los músculos abdominales, los efectos de la anestesia y la progesterona.
- Informar a la puérpera de que el dolor producido por las hemorroides, laceraciones y episiotomías puede retrasar la primera defecación.
- Revisar con la puérpera su consumo dietético.
- Si aparecen hemorroides, explicar a la puérpera que debe aplicarse frío local varias veces al día durante unos minutos (puede servir una bolsa de guisantes congelados envueltos en una toalla).
- Si no mejora deberá consultar con el médico
- Promover el consumo diario adecuado de frutas frescas, vegetales, fibra y por lo menos 8 vasos de agua.
- Promover la deambulación frecuente.
- Informar a la puérpera de la necesidad del vaciamiento de la vejiga siempre que sienta urgencia de orinar. Procurar un incremento en la ingesta de líquidos.
- Alimentación adecuada (para las madres que lactan)
- Indicarle a la madre que alimenta al seno que añada al consumo normal entre 500 y 750 calorías diarias para la producción de leche. Informarle que también requiere dos o tres litros de líquido al día, 20 gramos más de proteínas, y calcio adicional, fósforo, vitaminas D, A, C, E, B6 y B12. Niacina, zinc e iodo.
- Alrededor de los 6 meses se recupera la forma física y el peso habitual. Es importante informar a la puérpera de que no tenga prisa y no haga ninguna dieta, sobre todo si va a dar de mamar. Además la lactancia materna ayuda a perder peso.
- La no utilización de tampones durante las dos o tres semanas mientras dura la eliminación del exudado vaginal (loquios)
- Ejercicio físico de recuperación abdominal.
- Enseñar a la mujer ejercicios para el puerperio inmediato y tardío.

✓ ***No ha de realizar esfuerzos físicos (levantar pesos o subir escaleras).***

Recomendarle que limite sus actividades a un solo nivel de la casa si es posible y que evite subir escaleras en los primeros días en el hogar.

✓ ***Reanudación de la actividad sexual y contracepción.***

Informarle que puede reiniciar el coito cuando las heridas perineales y uterinas hayan cicatrizado. Revisar los métodos anticonceptivos.

✓ ***Necesidades de reposo y sueño*.**

Indicar a la madre que repose por lo menos 30 minutos después de haber llegado al hogar del hospital, y que lo haga también varias veces al día durante las primeras semanas.

✓ ***Higiene y cuidado de los pechos.***

- Valorar la situación de las mamas y los pezones. Inspeccionar estos para detectar rubor, erosiones o fisuras. Las áreas enrojecidas pueden mejorar si se aplica un ungüento, crema de lanolina o secado mediante aire durante 15 minutos varias veces al día.

- Para mantener la higiene de los pechos será suficiente con una ducha diaria.
- Enseñar a la madre a utilizar un sostén que proporciones buen apoyo durante el día y la noche.

✓ **ACCIONES DE CUIDADO EN GENERAL**

- Animar a la pareja a dedicar tiempo para restablecer su propia relación y renovar sus intereses y relaciones sociales.
- Indicar a la mujer que reserve para ella momentos tranquilos en el hogar, y ayudarla a establecer objetivos realistas y renovar sus intereses y relaciones sociales.

- Explicar a la mujer que por lo común la menstruación reaparece en plazo de cuatro a ocho semanas si se da alimentación con biberón; si se da alimentación al seno suele volver el plazo de cuatro meses, pero puede hacerlo entre 2 y 18 meses después del parto. Las madres que lactan pueden ovular aun si sufren amenorrea, por lo que debe utilizarse algún método anticonceptivo si se desea evitar el embarazo.
- Informar a la madre y a la pareja de la posible aparición de tristeza puerperal en los primeros días después del parto. Informarlos también de los síntomas de una psicosis o neurosis puerperal, indicando la necesidad de acudir a un especialista si los síntomas persisten o se agravan.

2.4 EDUCACIÓN A LA MADRE

Una de las principales intervenciones de enfermería en el puerperio es la enseñanza, y tiene el objeto de satisfacer las necesidades individuales de la madre respecto a conocimientos y destrezas relacionadas con el cuidado personal, el cuidado del recién nacido, los procesos de posparto, la adaptación familiar.

El grado de comprensión de cada madre y su capacidad para cuidar del niño es variable y depende en gran parte de sus antecedentes y experiencias previas. Los cuidados de enfermería proporcionan ayuda individual a la madre para que adquiera los conocimientos y destrezas necesarios para cuidar de sí misma y del niño.

El método que la enfermera emplea para la enseñanza y orientación en el posparto debe tener en cuenta las diversas perspectivas culturales, y con frecuencia requiere modificaciones que tengan en cuenta los valores y prácticas de cada cultura. Al dar enseñanza es conveniente incluir a estas personas además de los padres para lograr mayor eficacia en las áreas de deambulación, nutrición.

Hidratación, baño y cuidado del recién nacido. Al dar enseñanza psicosocial y orientación, la enfermera debe tomar en cuenta los valorar tanto de las madres como de la familia.

Temas a educar:

Cuidados personales de tipo físico:

Involución (fondo, loquios, entuertos), baños de tina y regadera, cuidado del perineo (baño de asiento, lámpara de calor, toallas con agua), cuidado de las mamas (sostén, limpieza, medidas para la comodidad, vaciado de leche, bolsas de hielo), Nutrición e hidratación, Reposo y sueño, Ejercicio (deambulación, ejercicios de Kegel y de posparto), eliminación urinaria e intestinal, signos de peligro que deben informarse de inmediato.

Cuidados del recién nacido:

Alimentación (lactancia materna exclusiva), Posición y manejo, Baño e higiene, Cuidado del cordón umbilical, Manera de ponerle pañales y vestirlo, Patrones de comportamiento del niño (llanto, sueño, eliminación), Desarrollo del recién nacido (ojos, neuromuscular, manera en que interactúa), Manera de tomar temperatura (cómo usa el termómetro), Seguridad (asiento infantil para el carro, mantas no Inflamables, nunca dejar al niño sólo sobre la cama o la mesa), Signos de enfermedad, cuando es necesario ponerse en contacto con el médico[46]

[46] MASLOW. Teoría de las Necesidades. Edit Interamericana. Barcelona 1998. Citado por: TATAJE REYES OLGA, nivel de satisfacción de la puérpera sobre la atención que brinda la enfermera en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Nov 2003. P: 10 – 18.

2.5 CONTEXTO EN EL QUE SE REALIZA EL SEGUIMIENTO A LA PUERPERA

2.5.1 MARCO INSTITUCIONAL SALUDCOOP

En 1990, con el propósito de crear una cooperativa de servicios de salud caracterizada por una alta calidad humana y técnico científica, bajo los principios de equidad e inclusión social, esta idea tuvo su empuje con la ley 100 del 93 y en el año 1994 se constituye SaludCoop como Entidad Promotora de Salud, se fortalece e inicia la afiliación de usuarios a partir de 1995 llegando a municipios apartados y zonas rurales en los que las grandes empresas de salud no tenían asiento.

En el año 1998 se inaugura la primera clínica SaludCoop de alta complejidad en Bogotá, y de esta manera la EPS inicia el desarrollo de este tipo de proyectos en las principales ciudades del país, en alianza con prestigiosas instituciones, para convertirse hoy en una EPS con 36 clínicas al servicio de los colombianos en las principales ciudades del país.

Con respecto a su posicionamiento en salud, en el año 2002 SaludCoop adquiere a Cruz Blanca EPS, y un año después se formaliza la adquisición de Cafesalud EPS, para a partir del año 2009, convertirse en las EPS líderes del sector con alrededor de 5.204.034 usuarios del régimen contributivo mensualmente.

En el mes de diciembre de 2005 se dio apertura, en la ciudad de Bogotá, a la clínica Materno-Infantil, IPS dotada con las más altas especificaciones de calidad en el ámbito hospitalario, con un equipo tecnológico y médico especializado de alta complejidad, en respuesta a las necesidades de las y los usuarios. Su objetivo esta orientado a la atención de la demanda del alto riesgo obstétrico, cirugía ginecológica y la atención de recién nacidos y pacientes de la edad pediátrica en servicios de alta complejidad.

BIENESTAR INTEGRAL MATERNO PERINATAL BIP[47]

Saludcoop E.P.S. como respuesta a la necesidad de mejorar el resultado de la atención de las gestantes y sus recién nacidos, y con el propósito de disminuir los riesgos la mortalidad, decidió establecer la Política de Reducción de Mortalidad Materna y Perinatal a través de la implementación de cuatro líneas de acción:

- Vigilancia de la salud materna y perinatal, a través del SIP (Sistema Informático Perinatal del CLAP)
- Vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna y perinatal
- Salud de la mujer en la etapa reproductiva
- Accesibilidad de las gestantes y los recién nacidos a la atención en la red de servicios de salud.

✓ **Elementos de la plataforma estratégica de la Clínica Materno Infantil**

MISION:

Somos especialistas en la mujer y el niño, con responsabilidad social, alto nivel técnico científico, basados en estrategias de mejoramiento continuo de la calidad y el desarrollo integral de nuestros colaboradores.

[47] GRUPO SALUDCOOP. POLITICA PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL 2005 – 2009 Programa Bienestar Integral Materno Perinatal (BIP). Disponible en: http://www.cruzblanca.com.co/pyp-usuarios-BIP.asp

VISION:

En el 2015 seremos una institución prestadora de servicios de salud acreditada y reconocida por su excelente calidad, seguridad y atención humanizada a la mujer y al niño.

PRINCIPIOS ORGANIZACIONALES:

Solidaridad, respeto, compromiso, vocación de servicio, laboriosidad, innovación, equidad, trabajo en equipo, responsabilidad, honestidad, lealtad, creatividad, puntualidad, pro actividad, seguridad

3. METODOLOGÌA DEL PROYECTO

3.1 TABLA 2. MATRIZ DEL MARCO LÓGICO.

PROBLEMA PRINCIPAL	PRODUCTO FINAL ESPERADO	OBJETIVO GENERAL
Falta de un seguimiento a las puérperas con antecedente de enfermedad hipertensiva en la gestación, después del alta de la unidad de cuidado obstétrico (UCO) de la clínica materno infantil de Saludcoop a sus hogares.	Realizar seguimiento en el hogar a 6 puérperas con antecedente de enfermedad hipertensiva de la gestación, valorando la importancia del puerperio para garantizar el cumplimiento de las recomendaciones dadas por el personal de salud de la institución y detectar a tiempo complicaciones con la HIG y la etapa del puerperio.	Realizar el seguimiento al hogar a las madres en periodo de puerperio con antecedente de enfermedad hipertensiva de la gestación para prevenir complicaciones y promover su salud teniendo en cuenta la familia como grupo de apoyo.

Problema especifico (causa)	Producto final específico.	Objetivo especifico	Indicador de logro objetivamente verificable	Medio de verificación	Fecha de entrega	Responsables	Supuesto
Ausencia de un seguimiento a las pacientes que egresan de la UCO de la Clinica Materno Infantil de Saludcoop con antecedente de HIG,	Análisis de los seguimientos realizados a 6 puérperas con antecedente de HIG en el hogar.	Brindar educación a la madre y su familia frente a los cuidados en el posparto e identificación de signos de alarma de la puérpera con antecedente de HIG teniendo en cuenta los cinco procesos básicos de la teoría de K. Swanson para brindar un cuidado informado a la puérpera y su familia. (Conocimiento, estar con, hacer por, posibilitar, mantener las creencias).	Elaboración del documento donde se describe la percepción que tienen las puérperas frente al cuidado brindado por la enfermera y se analiza la importancia de un seguimiento por parte de la institución prestadora de salud para garantizar una oportuna detección de signos de alarma y un cuidado integral de la paciente con antecedente de HIG	Entrega a las Directivas de la Clínica y a las profesoras de la asignatura trabajo final de la especialización, el documento impreso y en medio magnético donde se recopila el trabajo realizado y se puede observar el análisis, además de la socializacion del trabajo realizado a las directivas y al equipo de colaboradores de Saludcoop y a las profesoras y compañeros de la asignatura. Cada sistema de apoyo cumple con las funciones establecidas y lleva un registro sobre las acciones de seguimiento realizadas a las madres puérperas.	7 de Diciembre de 2010.	Un grupo de estudiantes de la Especializa-ción en Enfermería Materno Perinatal Con apoyo familiar.	La clínica Materno Infantil de salud Coop no realiza el segui-miento domicilia-rio de las puérpe-ras con antece-dente de HIG.

3.2 PASOS METODOLÓGICOS DEL PROYECTO

Se realizó el seguimiento a seis puérperas con diagnóstico de enfermedad hipertensiva de la gestación egresadas de la Unidad de Cuidado Obstétrico de la Clínica Materno Infantil de Saludcoop captadas entre el 27 de Agosto y el 10 de septiembre de 2010, estas madres fueron incluidas en un proceso de seguimiento que duro seis semanas y comprendió las siguientes etapas:

3.2.1 PRIMERA FASE: CAPTACION DE MADRES Y RECIEN NACIDOS

Esta fase se desarrolló entre el 27 de Agosto y el 10 de septiembre de 2010 durante el desarrollo de las prácticas hospitalarias de las enfermeras responsables del mismo, por el servicio de Unidad de Cuidado Obstétrico UCO de la Clínica Materno Infantil de Saludcoop Bogotá

Para facilitar la ejecución de esta fase previo consentimiento informado se utilizo el instrumento del proyecto de extensión de la Facultad de enfermería de la UN en el cual se plasmaron todos los datos correspondientes a la historia clínica y el examen físico que constituyeron elementos esenciales para el seguimiento de la madre y su hijo recién nacido en el hogar (ver anexo 2).

A las mujeres puérperas que participaron en el seguimiento se les brindó educación relacionada con los cuidados durante el puerperio, señales de alarma de la madre con antecedente de hipertensión gestacional y del recién nacido, lactancia materna y planificación familiar, para contribuir a que las mujeres tuviesen a la mano las recomendaciones relacionadas con este aspecto se les ofreció una cartilla sobre los cuidados para ella en el puerperio, cuidados específicos relacionados con su enfermedad y cuidados con la lactancia materna (ver anexo 6).

3.2.2 SEGUNDA FASE: SEGUIMIENTO DE LA PUERPERAS Y SUS RECIEN NACIDOS Se realizo a cada una de las mujeres del seguimiento un total de seis contactos tres de ellos telefónicos y tres visitas al hogar de la siguiente manera:

- Un primer contacto en el momento de la captación en el servicio, en el que se realizaba la valoración física integral, con la ayuda de la historia clínica y los datos del parto y el posparto registrados allí. Teniendo siempre en cuenta los elementos que pudiesen en constituir factores de riesgo para el posparto de la mujer y su hijo.

- Un segundo contacto que consistió en una llamada telefónica a los tres días del alta con el fin de evaluar el progreso del puerperio, adherencia al tratamiento médico y a las recomendaciones hechas en el alta, lactancia materna exclusiva, signos de alarma de posparto y del recién nacido.

- Un tercer contacto, que consistió en una visita al hogar a los 8 días después de la primera llamada telefónica, con un plan de visita previamente concertado con la puérpera en el que se evaluó el progreso del puerperio, la adherencia al tratamiento médico y a las recomendaciones hechas en el alta, se realizó examen físico tanto a la madre como al recién nacido, y se evaluó conceptos y practicas relacionadas con la lactancia materna exclusiva, cuidados con el puerperio y cuidados del recién nacido, además de hacer énfasis en la detección de signos de alarma del posparto en la madre y el recién nacido.

- El cuarto contacto, consistió en una segunda llamada telefónica a los quince días de la visita domiciliaria, en ella se valoró el progreso del puerperio, la adherencia a las recomendaciones hechas en el alta, a la lactancia materna exclusiva, los signos de alarma de posparto y del recién nacido.

Y finalmente se realizó un último contacto a través de una visita al hogar quince días después del segundo llamado telefónico, con un plan de visita previamente concertado con la puérpera para valorar el progreso del puerperio, adherencia al tratamiento médico y a las recomendaciones hechas en el alta, se realizó examen físico haciendo énfasis en los signos de alarma del posparto en la madre y el recién nacido, y se evaluó además el progreso en la lactancia materna exclusiva.
Al terminar el seguimiento se realizó una entrevista y con ayuda de una encuesta diseñada por las responsables del seguimiento se valoró la satisfacción de la puérpera y su familia al seguimiento realizado por profesionales de enfermería.

3.3. POBLACION

Puérperas con diagnóstico de hipertensión inducida por la gestación que se encuentran hospitalizadas en la Unidad de Cuidado Obstétrico UCO de la Clínica Materno Infantil de Saludcoop.

3.4 MUESTRA

Puérperas con diagnóstico de hipertensión inducida por la gestación egresadas de la Unidad de Cuidado Obstétrico de la Clínica Materno Infantil de Saludcoop hospitalizadas durante el periodo comprendido entre el 26 de Agosto hasta el 9 Septiembre de 2010.

3.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Mujeres en puerperio de cualquier edad cronológica y cualquier paridad con diagnostico de Hipertensión inducida por la gestación que estuviesen hospitalizadas en la Unidad de Cuidado Obstétrico (UCO) de la Clínica Materno Infantil de Saludcoop.

3.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Los siguientes aspectos y principios éticos de la investigación se tuvieron en cuenta en todo el seguimiento, siguiendo las pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos recomendadas por CIOMS[48], de la siguiente manera:

- Se solicitó el consentimiento informado en forma verbal y escrita, teniendo en cuenta las pautas éticas CIOMS 4, 5, 6 y 8 que tratan sobre el consentimiento informado individual; la Resolución 008430 de 1993, artículo 15 del capítulo 1 de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos y la Ley 911 del año 2004, artículos 29-30 del capítulo IV. (Anexo 1)
- Se tuvo en cuenta los lineamientos de la Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993[49], por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.
- Se tuvo en cuenta lo estipulado en el capítulo IV, artículos 29-30 de la Ley 911 de 2004[50], sobre la responsabilidad del profesional de enfermería en la investigación.

---

[48] CONSEJO DE ORGANIZACIONES INTERNACIONALES DE LAS CIENCIAS MÉDICAS. Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos preparadas por el consejo de organizaciones internacionales de las ciencias médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2002. P.27-86.

[49] REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD,. Resolución Nº 008430 de 1993 (4 de octubre de 1993), Santa fe de Bogotá.

[50] TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA. Ley 911 de 2004. Diario Oficial No. 45.693 de 6 de octubre de 2004, Bogotá, Colombia.

3.6.1 PRINCIPIOS ÉTICOS APLICADOS AL PROYECTO[51]

- **Veracidad.** Se dijo en todo momento la verdad, se transcribieron los datos del examen físico, anamnesis y entrevistas de manera inmediata y manteniendo lo referido por la fuente primaria. Se mantuvo coherencia interna durante todo el proceso y se aplicaron los aspectos metodológicos de manera rigurosa de acuerdo a los objetivos planteados y en el mismo sentido se redactaron las conclusiones del seguimiento.

- **Fidelidad** Se cumplió con todo lo que las enfermeras responsables del seguimiento se comprometieron y se mantuvo la confidencialidad, la cual se preservó ocultando la identidad de las participantes, asignando códigos a los datos y utilizando la información exclusivamente con fines inherentes a la investigativos.

- **Beneficencia** Se actuó en beneficio de las puérperas participantes en el seguimiento, teniendo en cuenta a la puérpera y su familia como sujetos de cuidado integrales, sin causar daño a la mujer y su familia inmersos en su entorno.

- **Justicia** Se tuvieron en cuenta los beneficios para las participantes y así mismo para la sociedad con los resultados obtenidos en el seguimiento. Se dio un trato justo, sin ningún tipo de discriminación, con igual consideración y respeto para la selección de las mujeres para realizar el seguimiento y se preservo el derecho a la intimidad.

---

[51] GARZÓN, Nelly et al. Recomendaciones éticas para las investigaciones en la facultad de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Equipo comité de ética. Universidad Nacional de Colombia, facultad de enfermería, centro de extensión e investigación, Bogotá, 2008. p.4-5.

- **Autonomía** En este principio se tuvo en cuenta la autonomía de las puérperas, se respetaron sus decisiones y sus acciones. Se garantizo la realización de todo el proceso a las puérperas que desearon hacer parte del proyecto.

4. RECURSOS

4.1 RECURSO HUMANO

Tres Enfermeras estudiantes de especialización en enfermería materno perinatal de la Facultad de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

4.2 RECURSOS FÍSICOS

- Computadores con acceso a internet
- Impresora
- Línea telefónica fija y celular.
- Papelería
- Folletos
- Libros de registros
- Papelera
- Sillas
- Escritorio
- Archivador
- Esferos
- Cuadernos
- Servicio de transporte

5. CRONOGRAMA

MESES	AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DIC
SEMANAS / ACTIVIDADES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Revisión de Bibliografía	X	X															
Diseño de la propuesta		X	X	X	X												
Captación de puérperas hospitalizadas con Dx de HIG, en la UCO de la Clínica Materno Infantil de Saludcoop		X	X	X	X												
Elaboración de la cartilla				X	X												
Seguimiento al hogar						X	X	X	X	X	X						
Evaluación.	X			X		X				X				X			
Realización del Informe													X	X	X	X	
Socialización de los resultados a las Directivas de la Clínica Materno Infantil de Saludcoop y de la UCO y Universidad Nacional																	X
Entrega informe final																X	X

6. PRESUPUESTO

COSTOS Y PRESUPUESTO RECURSOS	VALOR UNIDAD	HORAS DIARIAS X 5 DÍAS A LA SEMANA	VALOR POR MES
R. HUMANO • ENFERMERA ESPECIALISTA HORA	$ 30.000 $ 30.000	$180.000(6h) $180.000(6h)	$5.400.000 $5.400.000
VALOR TOTAL RECURSO HUMANO		$5.400.000	

RECURSOS FÍSICOS	VALOR
• COMPUTADORES CON ACCESO A INTERNET	$ 105.000
• IMPRESORA	$ 90.000
• LÍNEA TELEFÓNICA FIJA Y CELULAR.	$ 500.000
• PAPELERÍA	$ 50.000
• FOLLETOS	$ 20.000
• LIBROS DE REGISTROS	$ 15.000
• PAPELERA	$ 60.000
• SILLAS	$ 350.000
• ESCRITORIO	$ 4.500
• ARCHIVADOR	$ 3.500
• ESFEROS	$ 500.000
• CUADERNOS	
• SERVICIO DE TRANSPORTE	
VALOR TOTAL RECUSO FISICO	$ 1.698.000
VALOR TOTAL RECURSO HUMANO	$5.400.000
VALOR TOTAL	$ 7.098.000

7. RESULTADOS

7.1 CONOCER:

El CONOCER la puérpera con antecedente de hipertensión gestacional permitió a las enfermeras que ofrecimos el cuidado además de fortalecer los conceptos relacionados con los aspectos propios del puerperio y la hipertensión gestacional y de la madre y la familia los aspectos culturales que rodean este periodo y el manejo de la enfermedad

A la mujer le permitió hacer conciencia de los aspectos culturales que existen alrededor del puerperio y su enfermedad

La captación de maternas en la UCO de la Clínica Materno Infantil de Saludcoop, realizado entre el 27 de Agosto y el 10 de septiembre, permitió la captación de 6 puérperas, quienes reunían los criterios de inclusión definidos para el estudio. Se procedió a explicar y firmar el consentimiento informado, posteriormente se realizo el registro y valoración de la puérpera y finalmente la entrega de la cartilla de cuidado en el posparto diseñada para las mismas (Anexo 6).

Tabla No. 3 CARACTERISTICAS DE LAS PUERPERAS PARTICIPANTES EN EL SEGUIMIENTO

	p1	**p2**	**p3**	**p4**	**p5**	**p6**
Edad en años	17	19	22	30	37	41
Procedencia	UBATE	MESITAS DEL COLEGIO	NEMOCON	BOGOTA	BOGOTA	BOGOTA
Escolaridad	ACTUALMENTE ESTUDIOS PROFESIONALES	TECNICO	BACHILLER	BACHILLER	BACHILLER	PROFESIONAL
Paridad	G1C1	G1C1	G2C2	G4C2A1E1	G4P1C3	G1C1
Antecedentes de importancia para HIG	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	ECLAMPSIA EN EMB ANTERIOR	PREECLAMSIA EN LOS 3 EMBARAZOS ANTERIORES	NINGUNO

Fuente: datos obtenidos por las enfermeras que realizaron el seguimiento.

Como muestra la tabla No. 3, la distribución de las edades encontradas en las puérperas, 2 de ellas eran puérperas adolescentes aunado a que era su primera gestación, lo cual constituye un factor de riesgo que concuerda con lo aportado por la literatura con respecto a los factores de riesgo asociados a la HIG, así mismo observamos dos casos de mujeres mayores de 35 años situación que también se presenta en la literatura como factor de riesgo asociado a la HIG.

De estas puérperas, es de anotar que en cuanto al número de gestaciones, TRES cursaron con el nacimiento de su primer hijo, UNA ya había estado en gestación anteriormente pero había perdido su hijo como consecuencia a un aborto y DOS de ellas habían tenido más de dos gestaciones anteriores. De los nacimientos registrados encontramos que el uno de los recién nacidos

correspondía al género femenino y DOS al masculino de estos últimos UNO de ellos falleció en la unidad de cuidado intensivo neonatal.

Con respecto a la vía del parto se encontró que el 100% de las puérperas tuvieron parto por cesárea.

En cuanto a las características socio- demográficas de las puérperas, encontramos que con respecto al lugar de vivienda por localidad, se captaron madres distribuidas en diferentes localidades de la ciudad, incluso de fuera de esta. La localidad de Engativá concentro TRES de estas pacientes, Usaquén UNA y finalmente DOS maternas que residían fuera de la cuidad, una en el municipio de Ubaté y otra en el municipio de Nemocón

Otro parámetro que se tuvo en cuenta fue el nivel de escolaridad de las maternas, en donde encontramos la totalidad de las madres captadas terminaron la secundaria; UNA de ellas con estudios de nivel profesional, UNA con estudios técnicos, UNA se encuentra realizando estudios universitarios y las TRES restantes se dedicaron al hogar.

Debido a que dentro del estudio se tuvo en cuenta la familia como red de apoyo principal, se considero importante conocer con quienes vivían estas puérperas, encontrando que UNA de ellas vive con su familia, conformada por padre, madre y hermanos(as); con respecto a las CUATRO madres que viven con su pareja encontramos que DOS están en unión libre, DOS casadas y finalmente una materna que vive sola con su actual hija.

Con respecto a la evolución del puerperio, en la valoración física se encuentra que en lo relacionado con la involución uterina y las características de los loquios, las seis puérperas del seguimiento tuvieron un puerperio que se ajusto a los parámetros fisiológicos del mismo.

En cuanto a la lactancia materna, cinco de las puérperas refieren lactancia materna exclusiva hasta el momento y que continuaran hasta los seis meses. Una de ella no inicio lactancia materna, debido al fallecimiento de su recién nacido en la UCIN.

Con relación a la nutrición que recibían las mujeres del seguimiento, las SEIS pacientes coincidieron en que consumían una dieta rica en proteínas, carbohidratos y abundantes líquidos, pues les "ayudaba con la lactancia materna".

Planificación familiar: se encontró que tres de las seis puérperas planificaron con método quirúrgico definitivo (ligadura de trompas uterinas), dos puérperas utilizan métodos hormonales; una de ellas con anticonceptivo inyectable trimestral y la otra con implante subdérmico. La paciente restante no utiliza ningún método de planificación familiar.

En cuanto a la valoración física de los recién nacidos y la observación realizada en las visitas domiciliarias, no encontramos ningún signo de alarma que hubiese requerido remisión a la institución de salud.

En relación con la aceptación de los recién nacidos en el hogar no se evidencia falencias o debilidades en la función familiar con la llegada de éste; por el contrario se observa agrado y felicidad en las familias de las CINCO puérperas. UNA de las puérperas refiere que el vinculo afectivo se vio afectado por la hospitalización de su recién nacido, pero que a su llegada al hogar, éste se dio de forma espontanea.

Factores de riesgo identificados

Dentro de los principales factores de riesgo maternos identificados a partir de las llamadas y visitas realizadas durante el seguimiento las seis semanas posparto, encontramos que se presento en UNA de las puérperas infección de la herida quirúrgica, dada por endurecimiento y salida de liquido seropurulento sin presencia de dolor, la cual requirió remisión al servicio de urgencias y hospitalización para su tratamiento; las CINCO puérperas restantes cursaron con un puerperio dentro de los límites normales.

Teniendo en cuenta el diagnostico de HIG como característica principal de las puérperas captadas, se evidencio que CUATRO de las SEIS puérperas manifestó dudas respecto a la toma de los medicamentos prescritos y el inicio de los mismos; a estas pacientes se les brindo información clara sobre la toma correcta de los medicamentos y la importancia de estos para su enfermedad. En cuanto a la valoración física, se realiza toma de tensión arterial dado su antecedente, encontrando que las SEIS pacientes presentaron cifras tensionales dentro de límites normales.

En cuanto a la continuidad en el tratamiento farmacológico se encontró que DOS de las puérperas suspendieron la toma de antihipertensivos de manera súbita, una ellas expresó que fue debido a que al egreso solo le suministraron medicamentos para 15 días; la otra paciente manifestó que ***"creía que no era necesario, pues se sentía bien"*** y debido a factores emocionales (muerte de su hijo en la UCI neonatal) no continuo con el tratamiento instaurado y manifiesta ***"no querer volver a ningún" control.*** Las otras CUATRO pacientes se adhirieron al tratamiento hasta que asistieron a consulta de control con especialista para su valoración.

La totalidad de las pacientes refirieron no haber presentado signos de alarma específicos de HIG explicados de manera clara en el folleto que se les suministro durante la fase de captación (Anexo 6).

Durante las llamadas y las visitas del seguimiento se evidencio que las SEIS puérperas asistieron a cita de control; CINCO con medico general a los 10 días del egreso, en donde se les ordeno el retiro de la sutura de la herida quirúrgica, sin recibir indicaciones sobre la continuación de su tratamiento farmacológico; UNA de ellas volvió a control médico con ginecólogo para valoración de alto riesgo obstétrico a los 21 días del egreso, y las otras DOS con medicina interna para control de tensión arterial y seguimiento del tratamiento antihipertensivo, las otras DOS puérperas no volvieron a control médico de ninguna especialidad argumentando que debían solicitar la cita en su respectiva IPS y refieren no tener tiempo por la situación de salud de su hijo recién nacido, además la asignación en las citas es en un tiempo prolongado (mayor a un mes). La última paciente se le retiro la sutura de la herida quirúrgica durante su estancia hospitalaria, debido a que se prolongo por la inestabilidad en las cifras tensionales, pero no regreso a ningún control médico.

En la última visita domiciliaria se encontró que solo una paciente continúa con tratamiento farmacológico antihipertensivo controlado por el médico internista; las otras CINCO puérperas no continúan con medicación.

HACER POR:

El HACER POR facilitó el que las enfermeras aplicásemos los elementos teóricos del cuidado de enfermería a la mujer con antecedente de hipertensión gestacional desde una visión amplia del mantenimiento de la salud considerando a la mujer como ser humano con todas sus dimensiones biológica, psicológica, espiritual, cultural y miembro de un grupo social que en nuestro caso fue la familia.

De las SEIS pacientes captadas se les realizo seguimiento telefónico y domiciliario al total de ellas.

Las llamadas telefónicas fueron realizadas entre el día 3 y 19 postparto. En cada una de las llamadas se indago acerca del estado general de las madres y su recién nacido, adherencia al tratamiento farmacológico prescrito para HIG y las recomendaciones dadas al alta hospitalaria; según los hallazgos de hizo énfasis en brindar asesoría en los aspectos en los que las madres referían mayor dificultad o dudas, de igual manera se reforzó la información brindada el día de la captación como signos de alarma, cuidados generales en el puerperio, lactancia materna y cuidados específicos con HIG.

El total de llamadas realizadas durante el seguimiento fue de 31, considerando que estas se realizaron para concretar la visita domiciliaria, otras para verificar evolución del puerperio y la cita de control con especialista y el resto como parte del seguimiento.

Con respecto a las Visitas al domicilio, estas se realizaron a todas las puérperas; se realizaron en total 12 visitas a las SEIS puérperas captadas. Se realizo una última visita a cada una de las pacientes para evaluar la percepción que ellas tuvieron a cerca del cuidado brindado por la enfermera.

En general se puede decir que las diferentes intervenciones y recomendaciones brindadas tuvieron gran aceptación, ya que las madres y sus familiares siempre se mostraron muy receptivos a la información que se les brindaba, por lo que esto se convirtió en un factor protector para evitar complicaciones graves en el estado de salud del binomio madre/hijo.

El ***ESTAR CON*** las puérperas con antecedente de hipertensión gestacional durante las primeras seis semanas posparto reafirmo en las enfermeras que participamos en el seguimiento el sentido de

responsabilidad con la paciente y su familia y a las mujeres que participaron en el seguimiento les dio seguridad de contar siempre con la enfermera que les apoyara, aclarara sus dudas y constituyera un puente de comunicación entre ellas y la institución.

"La enfermera estuvo pendiente de mi en el momento de las llamadas y las visitas"

"Estuvo pendiente de mi porque me resolvió las dudas"

"Ella estuvo muy pendiente sobre mi mejoría y la de mi bebe que seguía hospitalizada después que yo salí de la clínica, me llamo y visito varias veces aclarándome las dudas que tenia y viendo mi estado de salud."

MANTENER LA FE

El ***MANTENER LA CONFIANZA*** con las puérperas con antecedente de hipertensión gestacional y sus familias consolido lazos de amistad y favoreció la credibilidad y aceptación por parte de ellos hacía el equipo de apoyo de la salud, facilitando un espacio en el que expresaron sus sentimientos y dudas alrededor del proceso.

"Siempre estaba dándome aliento, motivándome con su buena actitud"

"Claro que si, ella me explico que si seguía las recomendaciones estaría bien para mi bebe y mi esposo y que debía dedicar mis oraciones a la recuperación de mi salud y la de mi bebe"

"SI, pues me ha ayudado a sobrellevar la tristeza por la pérdida de mi bebe porque me puedo expresar con ella libremente"

“Me apoyo cuando le dije que oraba para mi pronta recuperación y la de mi hija pero que además debía seguir muy juiciosa las recomendaciones que me dieron en la UCO y tomar los medicamentos”

CAPACITAR

El ***CAPACITAR*** favoreció que las madres a las que se les realizó el seguimiento se sintieran seguras y contaran con herramientas para cuidarse ellas y cuidar a sus hijos, con tranquilidad y habilidad para tratar su problema de manera adecuada

“Los folletos que me entregaron me ayudaron a resolver dudas e inquietudes porque son sencillos de leer”

“Claro, ella me contaba cómo me veía cuando me visitaba, si tenía la tensión alta o no y como estaba la cicatrización de la herida.”

“Me explico que era la hipertensión arterial y me dijo que tenía una buena recuperación, que no tenía ningún signos de alarma de que se me subiera la tensión otra vez y me explico cuales eran para consultar a la clínica.”

CONCLUSIONES

El seguimiento al hogar por parte de Enfermería aplicando la teoría de los cuidados de K. Swanson a las puérperas con antecedente de HIG, facilita el proceso en la medida que se sistematizan las acciones de cuidado de enfermería hacía la promoción de la salud del binomio madre hijo, el manejo adecuado de la enfermedad, la detección temprana de signos de alarma, y el fomento de prácticas y estilos de vida saludables que garanticen el bienestar de la mujer y su hijo recién nacido.

El puerperio es el periodo en el que más se presentan dudas respecto al cuidado de la mujer y el recién nacido, razón que justifica realizar el seguimiento para aclarar dudas, ofrecer la enseñanza requerida y orientar a la mujer y la familia en el manejo adecuado de los cambios de esta etapa y en la detección oportuna de signos de alarma para contribuir a mejorar la salud materna y neonatal.

La estrategia de seguimiento domiciliario de Enfermería a las puérperas con antecedente de HIG permite detectar e intervenir temprana, oportuna y eficazmente en los factores de riesgo, enfocando las actividades en la asesoría y atención directa respecto a los cuidados de la madre y su hijo y la detección de signos de alarma que requieran atención urgente con el fin de prevenir la aparición de complicaciones propias de esta enfermedad que puedan surgir durante la evolución del puerperio, evitando de esta forma los reingresos hospitalarios y contribuir a minimizar la morbimortalidad materna y neonatal por causas prevenibles.

Con el seguimiento realizado a las seis puérperas con antecedente de hipertensión gestacional se evidenció la necesidad de información detallada para la mujer acerca del tratamiento farmacológico, dosis, horarios, efectos adversos y las consecuencias de la decisión unilateral de suspender el mismo.

RECOMENDACIONES

- ✓ Es primordial dentro del abordaje intrahospitalario fortalecer en Enfermería el componente de asesoría y educación a la puérpera una vez sea dada de alta, teniendo en cuenta cada uno de los cuidados y cambios que demanda esta nueva etapa, frente a lo cual debemos empoderarnos y dirigir cada una de las acciones acordes y oportunas que se deben desarrollar y ser dirigidas a garantizar las condiciones optimas de salud con la puérpera y su familia.

- ✓ Es importante que los servicios de salud, que tienen que ver con el binomio madre-hijo, enfoquen la atención de salud a las necesidades de la madre, su recién nacido y su familia, con el fin de brindar una atención integral fundamentada en estrategias de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento y recuperación que den continuidad en los ámbitos intra y extra institucionales.

- ✓ Nos parece de vital importancia que la paciente luego de su egreso de la UCO de la clínica Materno infantil de Saludcoop, les sea asignada la cita de control con especialista de alto riesgo en la misma institución donde se le atendió el parto, ya que son pacientes que como se muestra en los resultados del seguimiento, no solicitan la cita por diversos motivos.

- ✓ Con relación a las puérperas con antecedente de hipertensión gestacional, es recomendable asegurarse de continuar el tratamiento antihipertensivo prescrito.

- ✓ Indicarles a las puérperas con antecedente de hipertensión gestacional que salen con tratamiento farmacológico y no farmacológico, que realicen un control diario de la tensión arterial luego del alta por parte de personal calificado, para determinar la remisión de los síntomas y el

efecto del tratamiento porque apoyados en la evidencia la tensión tiende a incrementarse los siete primeros días posparto.

- ✓ Las puérperas con hipertensión crónica, enfermedad cardiaca, enfermedad renal crónica, coagulación intravascular diseminada y la necesidad de multiterapia antihipertensiva, con antecedente de HIG independientemente de las modalidades de contacto que se utilicen, debe realizarse un seguimiento posparto exhaustivo y juicioso para detectar oportunamente complicaciones asociadas a la enfermedad como falla cardiaca, edema pulmonar y falla renal en el posparto;; estos hallazgos son descritos en la publicación “Prevención y tratamiento de la hipertensión posparto”, Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en La Biblioteca Cochrane Plus(2008 -Número 2).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. AM J Obstet Gynecol Sibai et al. Maternal morbidity and mortality in 442 pregnancies with hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets (HELLP syndrome). 1993 Oct;169(4):1000-6.

2. ARGOTE Luz Ángela. Profesora Titular, Escuela de Enfermería. CUIDADO DE ENFERMERÍA A LA MUJER DURANTE EL PARTO Y EL POSTPARTO. Universidad del Valle, Dirección de Educación Desescolarizada, 2001.

3. BOHORQUEZ GAMBA O, ROSAS SANTANA A, SEGUIMIENTO DE ENFERMERIA A LA MADRE Y AL RECIEN NACIDO DURANTE EL PUERPERIO: Traspasando las barreras BOTERO, Jaime y Otros. Atención del Puerperio. Obstetricia y ginecología. Medellín 1997. Pag.13 REVISTA AV DE ENFERMERIA, XXVII (2): 139-149, 2009 BOGOTA.

4. BROWN S, Small R, Faber B, Krastev A, Davis P. Alta hospitalaria postnatal temprana para madres sanas y recién nacidos a término (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). Fecha de la modificación significativa más reciente: 23 de mayo de 2002.

5. CANAVAL E., Gladys Eugenia; JARAMILLO B., Cruz Deisy; ROSERO S., Doris Haydee y VALENCIA C., Mario Germán. La teoria de las transiciones y la salud de la mujer en el embarazo y en el postparto. Aquichan [en línea] 2007, vol. 7 [citado 2010-09-07]. Disponible en Internet: http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=74170102. ISSN 1657-5997.

6. DE ORGANIZACIONES INTERNACIONALES DE LAS CIENCIAS MÉDICAS. Pautas CONSEJO éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos preparadas por

el consejo de organizaciones internacionales de las ciencias médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2002.

7. DÍEZ Fernández T. Visita puerperal domiciliaria. Educare21 2004; 8. Disponible en:http://enfermeria21.com/educare/educare08/ensenando/ensenando4.

8. FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de; TYRRELL, Maria Antonieta Rubio; CARVALHO, Vilma de and LEITE, Joséte Luzia. Indicadores de cuidados para o corpo que pro-cria: ações de enfermagem no pré-trans e pós-parto - uma contribuição para a prática de enfermagem obstétrica. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2004, vol.12, n.6, pp. 905-912. ISSN 0104-1169. doi: 10.1590/S0104-11692004000600009.

9. GAITAN D., Hernando and DELGADO N., Mario. Low birth weight: another example of social inequity in Colombia. Rev Colomb Obstet Ginecol. [online]. Apr./June 2009, vol.60, no.2 [cited 09 September 2010], p.121-123. Available from World Wide Web: <http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342009000200001&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0034-7434.

10. GARCIA Lucia Helena , Joana Iabrudi Carinhanha, Raquel Fonseca Rodrigues, A MULHER NO PÓS-PARTO DOMICILIAR: UMA INVESTIGAÇÃO SOBRE ESSA VIVÊNCIA. REVISTA Esc Anna Nery R Enferm 2006 dez; 10 (3): 448 - 55.

11. GARZÓN, Nelly et al. Recomendaciones éticas para las investigaciones en la facultad de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Equipo comité de ética. Universidad Nacional de Colombia, facultad de enfermería, centro de extensión e investigación, Bogotá, 2008. p.4-5.

12. HERREIRAS CANEDO, Tomas. Panorama de la mortalidad materna. Perinatol Reprod Hum 2010; Vol. 24 (1):5-6. [Citado 4/09/2010]. Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2010/ip101a.pdf

13. LA MORTALIDAD MATERNA: otra cara de la Violencia contra las Mujeres, Naciones Unidas en Colombia, encuentro Día Internacional de la Mujer Bogotá Marzo 9 de 2009. [Citado 8/09/10] disponible en: http://www.nacionesunidas.org.co/index.shtml?apc=SS--1--&x=57387

14. LANGER, Ana. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto: Comentario de la BSR (última revisión: 18 Diciembre 2003). Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS, No 10, Update Software Ltd, Oxford, 2007.

15. LAZA VAZQUEZ, Celmira, Una Mirada Al Cuidado En La Estación Desde La Enfermería Transcultural. Revista cubana de enfermería Dic.2008.

16. LIZARRAGA C. A. SÁNCHEZ-ARRUIZ. VISITA DOMICILIARIA AL RECIÉN NACIDO Y A LA PUÉRPERA. ANALES Sis San Navarra 2002, Vol. 25, Suplemento 2. Cited: 12 sep/2010.. En linea: http://www.cfnavarra.es/salud/Anales/textos/vol25/sup2/pdf/01.%20Visita%20domiciliaria%E2%80%A6.pdf

17. LIMA DA MOTTA, Cibele Cunha, OJEDA OCAMPO MORÉ, Carmen Leontina. Enfermería y apoyo emocional: La perspectiva de la parturienta, revista de psicología, año/vol. XV, # 001. Universidad de Chile Santiago de Chile. pp57-73.

18. MAGEE L, Sadeghi S. Prevención y tratamiento de la hipertensión posparto. Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en La Biblioteca Cochrane Plus, 2008, Número 2

19. MARIN MORALES Dolores, Influencia de los factores psicológicos en el embarazo, parto y puerperio. Un estudio longitudinal, Nure investigación, #37 Nov-Dic de 2008. En línea [] http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/proyemb37210200893951.pdf

20. MASLOW. Teoría de las Necesidades. Edit Interamericana. Barcelona 1998.

21. MATCHABA P, MOODLEY J. Corticosteroids for HELLP syndrome in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev.2004;(1):CD002076

22. MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL- Dirección General de Promoción y Prevención, Guía de atención de las complicaciones hipertensivas asociadas al embarazo(hace parte de la res.00412 de 2000) . Disponible en: http://www.saludcolombia.com/actual/htmlnormas/nthipert.htm

23. MINISTERIO DE SALUD, República de Colombia. Resolución Nº 008430 de 1993 (4 de octubre de 1993), Santa fe de Bogotá.

24. MORILLO, Berlina. Magister en Enfermería Materno Infantil, Mención Obstetricia, Licenciada Enfermería, Docente Contratado de la Universidad de Carabobo, Venezuela. Relación de ayuda en el cuidado enfermero hacia las embarazadas en trabajo de parto Publicado: 28/06/2008. Revista electrónica de portales médicos.com 2008.

25. MOTA ZAMPIERI, M, PETTERS, Gregório, DE OLIVEIRA CUSTÓDIO, Z, DA SILVA, J, REGIS, M. Encuentro de padres, bebés y profesionales de Salud: oportunidad para la mujer y la familia para Narrar lo vivido durante el proceso de nacimiento. Revista electrónica Enfermería Global Noviembre 9 de 2006. En línea [] http://www.um.es/eglobal/

26. MUÑOZ de Rodriguez L, BEJARANO N, transitando la adolescente por el puerperio; amenazas, peligros y accciones de proteccion durante la dieta. REVISTA AQUICHAN, AÑO 4 - Nº 4 • BOGOTÁ, COLOMBIA - OCTUBRE 2004.

27. NACIONES UNIDAS. Objetivos de desarrollo del Milenio informe 2010. Nueva York 2010. p. 21. [Citado 21/08/2010]. Disponible en: http://www.un.org/es/comun/docs/?path=/spanish/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2010_SP.pdf

28. NACIONES UNIDAS EN COLOMBIA. La Mortalidad Materna: otra cara de la Violencia contra las Mujeres., , Encuentro Dia Internacional de la Mujer. Bogotá, marzo 9 de 2009. [Citado 8/09/10]. Disponible en: http://www.nacionesunidas.org.co/index.shtml?apc=SS--1--&x=57387

29. PARADA BAÑOS, Arturo José. Mortalidad materna. Capítulo 23. En: p.371. [Citado 4/09/2010]. Disponible en: http://www.unal.edu.co/medicina/obstetricia_integral/Cap_23.pdf

30. PARDO TORRES, Myriam Patricia y NUÑEZ GOMEZ, Nicolás Arturo. La salud de la mujer adulta joven y su promoción en el marco del sistema de seguridad social en Colombia. Rev. Entornos. Universidad Surcolombiana de Neiva. Septiembre 2008. Vol. 21. p: 67-75

31. SANTAMARIA ORTIZ, Silvia; TORRES, Lina; GUALDRON, Seyil y GOMEZ, Leydi. La brecha entre el cuidado popular y profesional durante el puerperio: un reto para la enfermería contemporánea. Facultad de Enfermería UNISANGIL 2006.

32. SECRETARIA DE SALUD DE BOGOTÁ. Prevención de la mortalidad materna 2008. [Cited 09/09/ 2010]. Disponible en: http://www.saludcapital.gov.co/Paginas/mortalidadmaterna.aspx

33. SWANSON Kristen M, Image, The Nursing scholarship. Mayo 1993, Vol. 25 N4 Winter pag 352-357. Traducción Edilma de Reales 2008.

34. TEJER CARRILLO, Daniela Isabel. Presencia del padre en el parto e impacto en la adopción del Rol paterno. Tesis presentada como parte de los requisitos para optar al grado de licenciada en obstetricia y puericultura. Universidad Austral de Chile Facultad De Medicina Escuela De Obstetricia Y Puericultura. Valdivia – Chile 2007.

35. TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA. Ley 911 de 2004. Diario Oficial No. 45.693 de 6 de octubre de 2004, Bogotá.

36. VOTO LS, MARGULIES M, et al. Hipertensión en el Embarazo. El Ateneo, 1997.

37. VELÁSQUEZ Jesús Arnulfo, M.D .Residente de tercer año, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 56 No.2 • 2005 • (141-146)

38. http://scholar.google.com.co/scholar?start=50&q=POSPARTO+Y+ENFERMERIA&hl=es&as_sdt=2000&as_vis=1

39. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11692004000600009&lng=en&nrm=iso&tlng=es

40. http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/714/71413305.pdf

41. http://www.unfpacolombia.org/home/unfpacol/public_htmlfile/electronico_miradas9.pdf

42. http://www.unicef.org.co/0-saludmaterna.htm#

43. http://mural.uv.es/majoan/GRUPO7PUERPERIO%20.pdf hospitalarias.

44. http://fac.org.ar/1/publicaciones/libros/tratfac/hta_01/hta_embarazo.pdf

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA
Sede Bogotá
Facultad de Enfermería

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El proyecto de extensión "**Seguimiento a la madre y su recién nacido durante el puerperio"** tiene como objetivo Implementar una estrategia de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, dirigida a la madre en periodo de puerperio y su recién nacido , teniendo en cuenta la familia como grupo de apoyo para promover practicas de cuidado y estilos de vida saludables, con ella misma y su hijo, contribuyendo de esta forma a la disminución de posibles complicaciones durante el período de posparto a través de la vinculación, educación y acompañamiento telefónico y/o visita domiciliaria.

Yo_____ con previo conocimiento del Programa y en pleno uso de mis facultades mentales, acepto y deseo participar con mi hijo recién nacido en el proyecto, "**Seguimiento a la madre y su recién nacido durante el puerperio",** realizado por estudiantes de Enfermería de VII semestre de la Universidad Nacional de Colombia.

Se me ha explicado las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de la información que yo aporte y la libertad de retirarme en cualquier momento del proyecto y dado esto, no se verá afectada la prestación de mis servicios de salud.

_____
Firma de la madre
CC : _____

ANEXO 2

HISTORIA CLÍNICA DE SEGUIMIENTO DE LA MADRE Y EL RECIÉN NACIDO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE ENFERMERIA
ENFERMERIA MATERNO PERINATAL
INFORME DE VISITA FAMILIAR (PUERPERIO)

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ
FACULTAD DE

I. INFORMACION GENERAL

Fecha: _____ Hora: _____ Asistentes: _____

Visita por primera vez: _____ Seguimiento: _____

Dirección del domicilio: _____

Nombre de la progenitora y/o Cuidadora del neonato: _____

No Documento Identidad: _____ De _____

Procedencia: _____ Edad _____

Objetivo de la visita _____

Antecedentes Familiares _____

Nivel educativo de los padres _____

Enfermedades que se presentan con frecuencia en la familia _____

II. ANTECEDENTES PERSONALES GESTACIONALES

Gestación múltiple _____
Hipertensión Crónica _____
Preeclampsia _____
Eclampsia _____
Diabetes _____
Infección Urinaria _____
Otras infecciones _____

Amenaza de parto pretermino _____
Desproporción Cefalopelvica _____
Hemorragia 1ª Trimestre _____
Hemorragia 2ª _____
RPM _____

Medicamentos durante la gestación _____
Frecuencia/Dosis _____

II. VALORACION PUERPERIO

Día del Nacimiento / Hora _____ FUM
Prematuro _____ Predetermino _____ Postérmino _____
parto_____

Peso/Talla/Perímetro Cefálico / Perímetro Abdominal / Apgar neonatal _____

Involución Uterina_____
Signos Vitales _____

Estado del perineo / Ano / Hemorroides _____

LOQUIOS
Cantidad / color / olor_____
_____

Estado episiotomía
_____
Estado Vagina
_____
Flujo Vaginal
_____
Examen Mamas
_____

Estado Psicoemocional
_____
_____
PLANIFICACION FAMILIAR
Método de Planificación _____
Inicio _____
Cuidados y recomendaciones
_____
_____

LACTANCIA MATERNA
_____
_____
III. INFORMACION DEL NEONATO
Sexo
Peso al nacer_____Talla_____PC_____PT_____PA_____
Edad Semanas _____
Reanimación _____
Tamizaje TSH _____
Adaptación respiratoria _____ A/metabólica _____ A/hemodinámica _____

Patologías del neonato
Mhialina _____ SRA ____ Apnea _____ Ictericia _____ Infecciones _____ VIH _____
Malformaciones Congénitas _____ Síndrome Abstinencia _____
Otros
_____
Familiograma /Ecomapa

DE SARROLLO Y CUIDADO DEL NINO

Patrón de alimentación / Sueño / eliminación

_____

Respuesta de la familia al nuevo hijo

_____

Cuidados generales con el niño

Color

_____

Piel

_____

Muñón umbilical

_____

Signos vitales

_____

Medidas antropométricas

_____

Órganos Genitales

_____

Vacunas

_____

Cuidados y recomendaciones

_____

_____

_____

IV. FAMILIA

Relaciones

_____

_____

Nuclear_____ Extensa _____ Reconstituida _____ Vive sola _____

Trabaja _____

Quien es el portador económico _____

Características de la vivienda

Casa _____ Apartamento _____ Casalote _____ Otro _____

No habitaciones _____ Baño _____

Tipo de construcción _____

Servicios públicos _____

No personas que habitan _____-No personas por habitación _____

Con quien vive la madre y el recién nacido_____

Presencia de animales (cuales) _____

V. PREGUNTAS O INQUIETUDES

_____

_____

_____

VI. FACTORES DE RIESGO DETECTADOS

_____

_____

_____

VII. OBSERVACIONES RECOMENDACIONES

_____
_____
_____
_____
_____

VII. EVALUACION DE LA VISITA

_____
_____
_____
_____

Nombre y firma del responsable de la visita:

_____

ANEXO 3

CARTA AUTORIZACION

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ASIGNATURA MATERNO PERINATAL

Bogotá, D.C. 30 de noviembre de 2010

Doctor(a):
OLGA CORREDOR
Gerente Clínica Materno infantil Corporación IPS Saludcoop
Bogotá

Respetada Doctor (a):

Reciban un cordial saludo y deseándoles éxitos en la gestión que ustedes desempeñan, amparados en el convenio docente asistencial entre la facultad de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia y la institución a su cargo, le solicito se sirva darnos el aval por escrito del proyecto que se realizó por solicitud de la dirección de la institución con previo consentimiento verbal de ustedes.

Agradezco la atención prestada.

Cordialmente,

MYRIAM PATRICIA PARDO
C. C. 51. 671. 901 de Bogota
Directora de Trabajo de Grado

Anexo copias de los inventarios años 2005 , 2007 y 2010, folios tres.

CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP
CLINICA MATERNO INFANTIL
GERENCIA

200 COLOMBIA
AÑOS DE IDENTIDAD · 1810-2010 ·

Carrera 30 No. 45-03, **FACULTAD DE ENFERMERÍA,** Edificio 101 Piso 7º, Oficina 708
Conmutador: (57-1) 316 5000 Ext. 17025
Correo electrónico: lmhernandezm@unal.edu.co/ Bogotá, Colombia, Sur América
ciencia y tecnología para el país

ANEXO 4

CAMBIOS ANATOMICOS Y FISIOLÓGICOS DEL PUERPERIO

MODIFICACIONES:

UTERO

Es el órgano que durante el puerperio presenta los fenómenos más llamativos. El cambio más significativo se conoce como involución. Recibe este nombre porque existe una regresión durante la cual, se produce una recuperación del tamaño hasta alcanzar el que tenía antes del embarazo. El útero en el período inicial pesa unos 1000 gm y sus dimensiones son 20cm de largo, 12 de ancho y 10 de espesor. La disminución del tamaño del útero se aprecia clínicamente y se ha calculado por el descenso del fondo que es de 1 cm diario aproximadamente.

Al finalizar la primera semana alcanza un peso de 500 gm y se aprecia una disminución muy marcada de su tamaño por atrofia de las células miometriales.

Tiene lugar un proceso autolítico por medio del cual las proteínas del músculo se desintegran y se eliminan por los riñones. Esta es la explicación del aumento en la eliminación del nitrógeno urinario.

El sitio de inserción placentaria presenta una superficie irregular, los bordes están levantados y los sinusoides se encuentran trombosados.

- La capa superficial de la decidua se necrosa en los primeros días y junto con los leucocitos y el suero, forman los loquios.
- La otra parte de la decidua que está en contacto con las glándulas endometriales, es la responsable de la regeneración del endometrio.

CUELLO UTERINO

A nivel del cuello y del segmento se aprecia edema y el orificio interno puede permitir el paso de dos dedos en los primeros 5 días. Posteriormente se cierra y finalmente cicatriza en forma diferente de acuerdo con las lesiones que haya sufrido durante el parto.

Es probable que los cambios ocurridos en el cuello estén relacionados con la formación de nuevas células musculares. El análisis colposcópico comparativo efectuado al principio y al final del puerperio señala un proceso de epitelialización acelerada y la aparición del nuevo epitelio.

VAGINA Y GENITALES EXTERNOS

Como resultado de la distensión provocada por el paso del feto, la vagina puede encontrarse edematosa, muy vascularizada y lisa. El tono muscular está muy disminuido. Entre la 3 y 4 semanas reaparecen las arrugas propias de la mujer no gestante. Las carúnculas mirtiformes no son más que el producto de una cicatrización que ocurre en el himen, el cual sufrió un desgarro durante el expulsivo. Para recuperar el tono vaginal se recomiendan los ejercicios de Kegel.

TROMPAS DE FALOPIO

Inmediatamente después del parto, las trompas se encuentran hiperémicas y edematosas. La vascularización es muy pronunciada, pero los cambios más sobresalientes se relacionan con los hallazgos histológicos. El epitelio adquiere un aspecto atrófico y las cilias desaparecen durante las dos primeras semanas. Cuando finaliza el puerperio recupera su estructura.

PARED ABDOMINAL

Durante la gestación y como consecuencia de la marcada distensión de la pared abdominal, las fibras elásticas de la piel sufren una ruptura que ocasiona la presencia de las estrías. Estas no desaparecen y, aun cuando cambian de color, persisten como un estigma del embarazo. La pared abdominal pierde su tonicidad normal y en algunos casos puede observarse la diastasis de los músculos rectos.

SISTEMA CARDIO VASCULAR

No se conoce con exactitud el ritmo que sigue el sistema cardiovascular para recuperar su estado preembarazo. Se sabe que los cambios hemodinámicos están completos al finalizar el puerperio.
Se acepta que durante el parto normal, la pérdida sanguínea alcanza los 500 ml y en una cesárea, se duplica la cifra.

- Al tercer día el volumen sanguíneo ha disminuido en un 15% aproximadamente.
- El descenso brusco del volumen plasmático durante los tres primeros días, sin modificaciones significativas de los glóbulos rojos, se traduce en un aumento del valor del hematocrito.
- El gasto cardíaco desciende a unos 80 ml Kg/mm durante la segunda semana del puerperio.
- En las primeras horas el gasto cardíaco ha descendido un 50% si se compara con las cifras encontradas durante el preparto.

CAMBIOS SANGUINEOS

Al finalizar la primera mitad del puerperio, los valores de los principales compuestos de la sangre han regresado a las cifras normales, semejantes a los de la embarazada.

- Lo anterior no ocurre con el fibrinógeno, el cual se encuentra aumentado en los primeros siete días.
- Los niveles circulantes de antitrombina III son más bajos durante el puerperio con valores similares a los encontrados en la mujer normal no gestante.
- La cifra de los leucocitos se puede elevar una o dos veces más que en el embarazo. Lo mismo ocurre con la sedimentación.

Estos cambios deben ser tenidos en cuenta para hacer el diagnóstico diferencial en caso de infección.

HIGADO

Los cambios histológicos encontrados en el hígado de las embarazadas, es muy similar al que se observa en algunas mujeres no gestantes que toman anticonceptivos orales

La disminución brusca de los niveles de estrógeno después de la expulsión de la placenta, es la principal causa para que las pruebas funcionales que se encontraban alteradas durante el embarazo regresen a las cifras previas a la gestación.

SISTEMA URINARIO

La recuperación de las vías urinarias se hace en forma lenta.

- El flujo plasmático renal, la filtración glomerular y los niveles de creatinina y nitrógeno, se normalizan cuando está finalizando la sexta semana.
- Los cambios morfológicos pueden persistir aun después de varios meses.
- El tono vesical se encuentra disminuido durante la primera semana y por esta razón, el vaciamiento tiene lugar en forma lenta e irregular.
- La presión intravesical es menor y con frecuencia el residuo está elevado. Las paredes de la vejiga están edematosas y la vascularización aumentada. Es frecuente encontrar pequeñas zonas hemorrágicas en la muscular.

CAMBIOS ENDOCRINOS

El más sobresaliente se relaciona con el eje hipotálamohipófisisovario.

Sin embargo, la interrelación que pueda existir no se conoce con exactitud.

- La amenorrea es diferente en las madres que lactan si se comparan con las que no lo hacen.
- Los estudios seriados del endometrio durante el puerperio indican que la ovulación se retarda en las madres que lactan.

- Cuando la lactancia no tiene lugar, la reaparición de la ovulación y de la menstruación ocurre más tempranamente y el promedio es aproximadamente de ocho semanas.

Es difícil definir si los primeros ciclos son ovulatorios o no pero se acepta que durante las primeras seis semanas casi siempre lo son.
Después que se instala la menstruación, los ciclos se normalizan. Desde el punto de vista bioquímico, el 3 puerperio se caracteriza por niveles elevados de PRL con cifras bajas de FSH y LH. La hipótesis más aceptada para explicar la amenorrea del puerperio es por la inhibición que ejerce la PRL sobre la actividad normal del eje hipotálamohipófisisovario.

SUPRARRENAL

Los niveles sanguíneos de cortisol y la concentración urinaria de la porción libre se normalizan cuando ha finalizado el puerperio.
Si la síntesis de la globulina fijadora de corticosteroides es mediada por los estrógenos, se supone que la función suprarrenal se normaliza a la sexta semana.

PANCREAS

Las modificaciones hormonales producidas en las madres que lactan, no es obstáculo para realizar la curva de tolerancia a la glucosa al finalizar el puerperio porque los niveles sanguíneos de insulina son iguales a los encontrados en las no lactantes.
Es muy importante, entonces, diferenciar la atención que se presta en la etapa inmediata, mediata y la que se brinda en la tardía.

ESCALOFRIO

En la cuarta parte de las madres se presenta un escalofrío inmediatamente después del parto. En la actualidad no se sabe cuál es la causa y se aduce efectos nerviosos, vasomotores y la introducción a través de la circulación uterina de proteínas extrañas.
Es raro que sea el resultado de una infección aun cuando ocasionalmente se han encontrado bacterias en los hemocultivos realizados en el momento del escalofrío.

SIGNOS VITALES

La vigilancia del pulso, la temperatura y la TA es muy importante durante el puerperio pero especialmente el inmediato.

- La disminución del pulso es muy frecuente en las primeras horas aun durante los 7 días siguientes. Cuando la pérdida sanguínea excede de la cifra normal, el pulso tiene tendencia al aumento por un mecanismo compensador.
- La temperatura no se modifica durante el puerperio. Durante las primeras 48 horas se acepta como normal una temperatura que no exceda de 38 ºC. Para hacer un control correcto de este signo se recomienda determinarlo cada 4 horas.
- La presión arterial no se modifica si la pérdida sanguínea ha sido normal y si la madre tuvo una gestación sin cambios anormales desde el punto de vista cardiovascular.

ALTURA UTERINA

Para controlar correctamente la involución uterina se recomienda medir diariamente la altura uterina. Una manera es tomar la distancia desde la sínfisis del pubis hasta el punto más prominente del fondo, tal como se hizo durante el embarazo. Si se toma el ombligo como el punto cero, se anotarán los centímetros hacia arriba o hacia abajo que tenga el fondo uterino en relación con ombligo.

ENTUERTOS

Son contracciones uterinas dolorosas que se presentan después del alumbramiento. Esta actividad uterina es intensa y favorece la hemostasia por la compresión de los vasos que atraviesan la capa muscular intermedia. La contracción es dolorosa e irregular al principio y luego disminuye hasta desaparecer al 3 o 4 día.

Generalmente se producen en forma incoordinada, de manera que no permiten la expulsión fácil de los coágulos acumulados en la cavidad uterina.

Es más frecuente en las multíparas que en las primíparas; la explicación se encuentra en la disminución del tono uterino en las primeras.

Cuando la madre lacta, el estímulo que se produce por la succión produce un reflejo neuroendocrino que por vía medular estimula la síntesis y la liberación de oxitocina. Lo anterior se manifiesta en el útero donde se produce una contracción generalmente dolorosa.

La duración de los entuertos fluctúa entre 48 y 72 horas y casi siempre ceden con el uso de analgésicos y antiespasmódicos administrados dos o tres veces al día.

MODIFICACIONES URINARIAS

La cantidad de orina eliminada puede fluctuar entre 2 y 3 L/d.

Si es necesario el estudio citoquimico de la orina durante esta fase del puerperio, es preciso utilizar el cateterismo con todas las precauciones de asepsia: la toma directa evita la contaminación con los loquios.

Es muy importante vigilar la eliminación urinaria porque la atonía vesical y el edema del trígono favorecen la distensión de la vejiga. Esto produce dolor hipogástrico y favorece la hemorragia por impedir la contracción uterina.

Si durante las primeras 4 h la madre no ha podido realizar la micción, se hacen estímulos y maniobras externas que permitan la evacuación espontánea. Si no se logra, puede recurrirse al uso de drogas con efecto colinérgicos. El cateterismo vesical se dejará como el último recurso.

ESTUDIOS SANGUINEOS

Al finalizar la primera mitad del puerperio, los principales compuestos de la sangre han regresado a sus valores previos al embarazo. Como se mencionó anteriormente, el fibrinógeno continúa aumentado durante la primera semana. La antitrombina III está más baja durante el puerperio y los valores son similares a los encontrados en la mujer no gestante. Los leucocitos se elevan una o dos veces más si se compara con los del embarazo; lo mismo ocurre con la sedimentación. Estos cambios deben tenerse en cuenta para hacer el diagnóstico diferencial de las distintas infecciones.

CONSTIPACION

Es una de las quejas frecuentes durante el puerperio. Su causa podría ser:

- La disminución del peristaltismo intestinal.
- El dolor de la sutura perineal y
- La presencia de hemorroides.

Con la deambulación precoz, la ingestión abundante de líquidos y una dieta alta en residuos, se facilita el tránsito intestinal. De lo contrario se prescribe un enema o un laxante suave.

HEMORROIDES

Con frecuencia se presentan especialmente en las mujeres que han estado muy constipadas durante la gestación y es la causa de muchas molestias perineales.

Los cuidados recomendados para la perineorrafia más el uso de cremas y supositorios a base de esteroides aplicados cada 8 horas mejoran el edema y dolor.

Debe insistirse en la expulsión de heces blandas con el uso de laxantes suaves como la leche de magnesia o el aceite mineral, acompañado de una alimentación rica en fibras y líquido abundantes.

DEAMBULACION

Han sido suficientemente demostradas las ventajas de una deambulación precoz. El principal beneficio se relaciona con la disminución de los fenómenos tromboembólicos.
La recuperación de las funciones vesical e intestinal es más rápida cuando la puérpera se levanta precozmente. En la casi totalidad de los centros institucionales y privados de nuestro país la salida se autoriza en las primeras 24 horas.

CUIDADOS MAMARIOS

La glándula mamaria debe ser preparada para la lactancia durante la gestación; de esta manera pueden disminuirse las complicaciones.
La limpieza de la areola y del pezón antes y después de alimentar al recién nacido evita las infecciones cuya puerta de entrada son las grietas que se forman por el traumatismo que puede presentarse durante la succión.
No es necesario suspender la lactancia cuando existen grietas del pezón; éstas se tratan aplicando sustancias secantes y antisépticas.

ESTADO ANIMICO

El proceso reproductivo se acompaña de una tensión biopsicosocial que puede terminar en el puerperio con un estado de melancolía. El ambiente familiar y las condiciones en las cuales se desarrolló la gestación y tuvo lugar el parto, pueden tener una influencia directa en el estado anímico de la madre.
Con frecuencia se queja de cansancio, está muy sensible a los comentarios y llora con facilidad. Estos síntomas suelen desaparecer en las 48 a 72 horas después del parto. La ayuda que puedan brindar el esposo y el médico es de gran importancia para prevenir la depresión postparto.

ALIMENTACION

Puede iniciarse inmediatamente si la madre no recibió anestesia general. Puede ser normal si durante la gestación no se presentó ninguna enfermedad. Se recomienda la ingesta mayor de proteínas durante el puerperio por las pérdidas relacionadas con la lactancia.

Es necesario aclarar a las puérperas que no existe ningún alimento que sea capaz de aumentar la secreción de leche.

GIMNASIA

Es recomendable. No sólo beneficia el aspecto estético sino que permite recuperar el tono muscular perdido durante el embarazo y el parto.

Si no existe ninguna contraindicación y el parto fue normal, los ejercicios pueden iniciarse desde la primera semana y siempre en forma lenta y gradual:

- Los primeros que se recomiendan son los de las extremidades inferiores para evitar los fenómenos tromboembólicos.
- Luego debe continuarse con los abdominales.
- El más útil es la natación.

RELACIONES SEXUALES

Pueden reiniciarse cuando haya desaparecido el sangrado y las molestias perineales. El tiempo no debe ser estricto y no puede generalizarse; dependerá de cada pareja y de la conducta sexual que se haya desarrollado.

A las 6 semanas el deseo sexual es elevado y la libido se incrementa.

Es preciso advertir a la pareja sobre la anticoncepción, porque la lactancia no garantiza un periodo preciso de anovulación. La liberación de PRL inhibe la ovulación siempre y cuando la succión sea frecuente y duradera.

REVISION POSTPARTO

Se recomienda realizarla al finalizar la sexta semana. Es una consulta completa en la cual se hace un interrogatorio detallado sobre:

- La evolución de la lactancia,
- El estado del recién nacido y
- Los cambios maternos.

El neonato debe pasar a la consulta de niño sano donde será revisado por el pediatra o el médico general según los recursos y las normas de cada institución.

En el examen físico de la madre se hace:

- Una evaluación general, en ella se incluyen el peso, la presión arterial la pared abdominal y la revisión de los otros órganos y sistemas.
- Otra ginecológica, en la que se examinarán las glándulas mamarias, los genitales externos para determinar el estado del perineo y la cicatrización de la perineorrafia. Se aprovechará para visualizar el cuello y tomar la citología oncológica si no se ha efectuado durante el embarazo. La palpación bimanual permitirá conocer el tamaño y la posición del útero y de los anexos.
- La revisión postparto también se aprovecha para orientar a la pareja sobre la planificación familiar y recomendar el método más apropiado para cada caso.

En este sentido, el médico actúa como un consejero y de ninguna manera debe presionar para la escogencia de un método en particular.

REAPARICION DE LA MENSTRUACION

Crea mucha ansiedad en la madre toda vez que piensa en un nuevo embarazo. Cuando la madre no lacta, la menstruación puede reiniciarse entre la sexta y la octava semanas; no ocurre lo mismo con las que lactan. Influye mucho la frecuencia diaria de la succión y la duración de la lactancia.

ANEXO 5

FORMATO PERCEPCIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERIA BRINDADO A LA PUERPERA

1. ¿Que sabe sobre la hipertensión inducida por el embarazo? ***(Conocer)***
2. ¿Sintió que la enfermera se preocupo por su situación? ***(Estar con)***
3. ¿La enfermera fue respetuosa con usted? ***(Hacer para)***
4. ¿Le pareció que la enfermera sabía hacer los procedimientos con usted? ***(Hacer para)***
5. ¿La enfermera le dio confianza para salir adelante? ***(Mantener la Fe)***
6. ¿La enfermera le brindo información clara sobre su situación de salud? ***(Capacitar)***

ANEXO 6

CARTILLAS EDUCATIVAS

CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO

BAÑO:
Para sujetar al bebé en la bañera, debe pasar el brazo por debajo de la nuca del bebé y sujetarle con esa mano su bracito o su pierna; con la otra mano que queda libre, la utiliza para enjabonar y enjuagar al bebé.
Se debe comenzar primero lavando el pelo y la cabecita, luego descienda de último la zona del pañal. Tener en cuenta que en la zona de los genitales se lavará siempre de adelante hacia atrás en el caso de las niñas, y en los niños retraiga suavemente el prepucio para una limpieza completa, dele la vuelta y bañe la espalda y colita.
Cuando acabe, sáquelo del agua con las dos manos y tápelo rápidamente con una toalla evitando que se enfríe y secando los pliegues de la piel, dejando toda la piel bien seca para disminuir la aparición de irritaciones y dermatitis.

No olvide que:
* El baño no dura mas de 8 minutos.
* La habitación a 24° C, sin corrientes de aire.
* Agua del baño a 34- 38° C, toque el agua con el codo para saber si es la temperatura ideal
* Ambiente tranquilo.
* Dejar todo lo necesario a mano.
* Nunca dejar sólo al bebé en bañera o cambiador.

MASAJE: Luego del baño puede aplicar una crema hidratante o aceite y aprovechar para darle el masaje, no dure mas de 10 minutos para no estresar al bebé.

El sentimiento mas grande del ser humano, el amor entre madre e hijo.

LIMPIEZA DEL OMBLIGO:

La caída del cordón umbilical se suele producir entre los 7 a los 10 días. Se debe curar a diario 2 a 3 veces y siempre que esté manchado.

Lo más importante es mantenerlo limpio y sobre todo, seco. Debe utilizar isodine solución con un copito aplicándolo alrededor del muñón umbilical y no en la piel del abdomen del bebé.
Vigile siempre los siguientes signos de alarma:
- Si el cordón está muy blando después del 3er. día.
- Supura sangre o pus.
- Tiene mal olor.

UÑAS: No las corte, es mejor limarlas para evitar heridas en los dedos del bebé.

SOL TERAPIA: Coloque al bebé a exposición diaria al sol, tras la ventana, de 15 a 20 minutos para disminuir el color amarillo de la piel, proteja los ojos y los genitales con el pañal.

RECUERDA QUE TODOS LOS CUIDADOS Y CARICIAS QUE LE DES A TU BEBE, FORTALECERAN EL VINCULO AFECTIVO

SaludCoop EPS — Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá

Enfermería Materno Perinatal

CUIDADOS DE LA MADRE Y EL RECIEN NACIDO EN EL PUERPERIO

Realizado por:
ANDREA BUSTOS
ADRIANA MONTENEGRO
MAGDA VACCA

Para:
CLINICA MATERNO INFANTIL
SALUDCOOP

CUIDADOS DE LA MADRE EN EL PUERPERIO

PUERPERIO

Son las primeras seis semanas después del parto (aprox. 40 días). El período puerperal es una etapa de grandes cambios en nuestro cuerpo, pues todos los órganos involucrados en el embarazo y el parto regresan a su estado anterior.

Por esta razón, requiere de algunos cuidados y vigilancia, pues pueden surgir algunos inconvenientes.

LOQUIOS

Es el sangrado vaginal que aparece en el posparto. Dura aprox. 2 semanas, los primeros días son de color rojizo, posteriormente son rosados, hasta adquirir el aspecto de flujo normal.

ENTUERTOS

Son "contracciones" dolorosos del útero que se presentan en los primeros días después del parto y aumentan en el momento de la lactancia materna.

CAMBIOS EN EL CUERPO

El útero, inmediatamente después del parto, comienza a disminuir su tamaño y volverá a sus medidas originales al cabo de 6 meses aproximadamente. El amamantamiento acelera la reducción uterina, ya que cada vez que tu bebé toma del pecho se libera una hormona (oxitocina) que provoca contracciones en el útero.

Cuidados con Herida Quirúrgica

Es necesario mantener siempre la herida limpia y seca para su total cicatrización:

Puede lavar los puntos, siempre que la seque muy bien.

Si se realizo Episiorrafia, evite el estreñimiento con dieta y no tenga miedo a realizar esfuerzos, los puntos no se abrirán.

No aplique polvos ni pomadas porque maceran la herida.

No utilice pantalones ajustados.

La episiotomía cicatriza entre los 8 y 12 días después del parto y los puntos aplicados externamente caen solos.

Ante el dolor local, edemas o hematomas aplicar hielo en una bolsa envuelta en una toalla.

Si fue cesárea, la herida cicatrizará en 5-6 días y los puntos te serán retirados el 8º día.

PROCURE:

Levantarte de la cama lo mas rápido posible, siempre al principio con ayuda de alguien para evitar caídas, alternando algunos paseos con el descanso, eso facilitará:

a- El normal funcionamiento de la vejiga y la pronta eliminación de líquidos acumulados

b- Agilizará el transito intestinal

c-Evitara la dificultad circulatoria de las piernas y el consiguiente riesgo d e trombo embolismos o inflamaciones vasculares

Es importante que descanse, trate de coordinar sus periodos de descanso con los de su bebé, es bueno que haga pequeñas siestas durante el día, que se acueste temprano y duerma lo más que pueda.

Puede usar faja, le ayudará a sentirte más cómoda cuando esté de pie o caminando, pero debes usarla por poco tiempo.

El abdomen lucirá flácido y abultado durante los primeros días, trate de mantener su piel bien hidratada con las mismas cremas que usó durante el embarazo.

Signos de Alarma

Temperatura mayor de 38ºC.

Aumento progresivo del sangrado vaginal o que presente olor fétido

Dolor fuerte en la zona baja del vientre.

Presencia de enrojecimiento, dolor o tensión de la herida de la cesárea o dolor anormal en el sitio de la episiotomía.

Molestias al orinar, con ardor.

Enrojecimiento, dolor y calor en los pechos pueden ser signos de una obstrucción del conducto mamario o de una mastitis. Las compresas calientes y los masajes en la zona ayudan a aliviar el dolor hasta que consulte con el medico.

Dolor en el pecho con sensación de falta de aire.

Depresión profunda pasada dos semanas. Es normal que te sientas desanimada durante las dos semanas del postparto ya que los niveles de hormonas descienden bruscamente, generando cambios de humor, pero si esto continúa más allá de las dos primeras semanas puedes estar padeciendo una **depresión postparto**

Relaciones Sexuales

Las relaciones sexuales pueden reanudarse a los 30 o 40 días después del parto, pero cada pareja debe considerar cuál es el momento oportuno.

POSICIONES PARA AMAMANTAR

COMPLICACIONES EN LOS SENOS

CONGESTION MAMARIA: Es la sensación que tiene la madre, que sus mamas están duras, dolorosas, calientes, tensas y con piel brillante. Esta situación es mas frecuente cuando no ha existido el inicio precoz de la Leche Materna o cuando se separa a la madre de su hijo los primeros días después del nacimiento, indica vaciamiento incompleto de las glándulas.

Para evitar la congestión mamaria... la madre debe amamantar con frecuencia (8 veces o mas en 24 horas). Para aliviar la congestión mamaria se debe extraer la leche manualmente o con un extractor. Los extractores mamarios eléctricos o sacaleches funcionan muy bien. Si siente duros los senos realiza baños con agua caliente sobre el área y masajes.

CUIDADO DE LOS PEZONES

Amamantar no debe causar ninguna molestia a la mujer.

La sensibilidad en los pezones desaparece en las primeras semanas de lactancia.

No utilices jabones ni cremas para los pezones, basta con el baño diario y la secreción que queda sobre el pecho una vez terminada la toma.

No dejes que los senos estén duros, calientes o rojos y doloridos, vacíalos bien en todas las tomas y mantén una higiene correcta. Utiliza sujetadores de tejido suave y transpirante.

Los pechos necesitan **A L A S** :

Aire: es importante no usar corpiños y en el caso de usarlos que sean telas suaves.
Lubricación: con la propia leche materna antes y después de cada mamada.
Agua: las mamas no necesitan más que agua de la ducha diaria para la higiene.
Sol: en lo posible exponer los pechos al sol durante unos minutos todos los días.

SaludCoop EPS — Universidad Nacional de Colombia

Enfermería Materno Perinatal

LACTANCIA MATERNA

AMOR = LECHE MATERNA

REALIZADO POR:
ANDREA BUSTOS
ADRIANA MONTENEGRO
MAGDA VACCA

PARA:
SALUDCOOP

LECHE MATERNA

La **leche materna** es el alimento natural producido por las mujeres, para amamantar al recién nacido. Es la mejor fuente de nutrición para los niños, ya que contiene los nutrientes necesarios para su desarrollo y genera el vínculo madre-hijo.

LA MEJOR FORMA DE SACAR GASES DESPUES DE LACTAR

Maneras de hacerlo:

- **Primera posición:** alce al bebé y póngalo en posición vertical. Si lo desea, apoye el abdomen del infante sobre su hombro.
- **Segunda posición:** siéntelo sobre su regazo y sostenga su cabeza. Muévalo y gire su tronco de forma circular, para que libere los gases.
- **Tercera posición:** póngalo boca abajo sobre su regazo y ayúdelo con ligeras palmadas en la espalda.
- **Cuarta posición:** siéntelo y déjelo allí durante varios minutos hasta que logre eructar. Los masajes en el mismo sentido de las manecillas del *reloj* alivian el cólico.

Recuerde que la clave es la paciencia

? BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

Para el bebé:

- Contiene los nutrientes necesarios en las cantidades adecuadas durante los primeros seis meses de vida: vitaminas A,B,C, fosforo, calcio, hierro, proteínas, grasas, lactosa y ácidos grasos que favorecen producción de energía, desarrollo de los huesos y músculos y desarrollo cognitivo.
- Lo protege contra infecciones porque contiene anticuerpos que la madre le transmite y leucocitos que ayudan a luchar contra infecciones.
- Alimento fresco todo el tiempo a la temperatura perfecta.
- Fortalece la flora intestinal para disminuir diarreas.
- La leche materna cambia su volumen según la demanda del bebé.
- Crea mejor respuesta ante los efectos secundarios de las vacunas
- Previene la obesidad.
- Ayuda al desarrollo de dientes y mandíbula.

Para la madre:

- Disminuye el riesgo de hemorragia postparto.
- Fortalece el vinculo afectivo madre e hijo, y refuerza las relaciones familiares.
- Evita congestión mamaria, mastitis e infección.
- Recupera la figura corporal en menor tiempo.
- Previene la osteoporosis por aumento de absorción del calcio durante la lactancia.
- Previene el cáncer de mama y ovario.
- Evita la depresión postparto y aumenta su autoestima
- Ahorro de dinero ya que no es necesario que compre otras leches.

PREPARACION DE LOS SENOS PARA AMAMANTAR

1. MASAJEAR

2. FROTAR

3. COLOCAR MANO EN FORMA DE C

4. HAGA EXTRACCION DE LECHE Y APLIQUE EN EL PEZON ANTES Y DESPUES DE AMAMANTAR

TECNICA DE AMAMANTAMIENTO

Verificar que dentro de la boca del bebé, este no solamente el pezón sino también la areola.

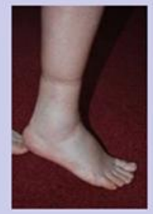
Observar que el bebe abra bien la boca y tenga los labios evertidos.

Al retirar el seno, debe colocar el dedo meñique dentro de la boca del bebe para que abra la boca y no lastime el pezón

SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA

- 8 Dolor de cabeza intenso.
- 8 Ver lucecitas (Fosfenos)
- 8 Pitos en los oídos (Tinitus)

- 8 Dolor y/o ardor en la boca del estomago de inicio reciente (Epigastralgia).
- 8 Inflamación en las manos, en los pies y en la cara (Edema en miembros inferiores, manos o párpados)



- 8 Cifras tensionales elevadas.

El parto únicamente soluciona la "crisis" temporal que produce el embarazo mas no alivia definitivamente el trastorno. Por tanto es necesario estar atentos y establecer estrategias adecuadas de vigilancia su salud.

RECUERDA QUE DE TU AUTOCUIDADO DEPENDE TU BIENESTAR Y EL DE TU FAMILIA

SaludCoop EPS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA SEDE BOGOTÁ

Enfermería Materno Perinatal

CUIDADOS DE LA MADRE CON ANTECEDENTE DE HIPERTENSION INDUCIDA POR LA GESTACION

Realizado por:
ANDREA BUSTOS
ADRIANA MONTENEGRO
MAGDA VACCA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE ENFERMERIA
ESPECIALIZACION
MATERNO PERINATAL CON APOYO
FAMILIAR
2010

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA SEDE BOGOTÁ

CUIDADOS CON LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DE LA GESTACION

La preeclampsia es un "síndrome multisistémico Se presenta después de la semana 20 de la gestación, durante el parto o en las primeras 6 semanas después de éste. El cuadro clínico se caracteriza por hipertensión arterial (140/90 mm Hg acompañada de proteinuria y/o alteraciones de laboratorio". Se le conoce como eclampsia cuando además, las pacientes con preeclampsia presentan convulsiones o estado de coma en ausencia de otras causas.

En el posparto inmediato las pacientes deben continuar en control para detectar la presencia de síntomas premonitorios de complicaciones como edampsia o encefalopatía hipertensiva, y para control de cifras tensionales, gasto urinario, y estado de hidratación.

Cuando se tiene antecedente de HIG es necesario modificar el estilo de vida:

Fomentar la actividad física.

Controlar el peso.

Restaurar una dieta rica en vegetales, disminución de grasas. Se busca disminuir los factores nocivos para el endotelio y así retrasar la aparición.

Debe asistir a controles médicos en la EPS donde la atienden, para realizar un seguimiento estricto de su salud y recuperación tanto del puerperio, como de la evolución de su enfermedad.

RECOMENDACIONES FARMACOLOGICAS

Al salir, el equipo de salud le da recomendaciones sobre los medicamentos que debe seguir administrándose vía oral, el horario debe ser estricto para lograr una recuperación rápida y sin complicaciones.

- Debe tomar todos los medicamentos que están formulados, pues son necesarios para mantener la tensión arterial de su cuerpo controlada y la eliminación de líquidos adecuada.
- No debe suspender ningún medicamento sin la autorización del medico que le realiza los controles en su EPS, pues dejar de tomarlos de un momento a otro puede causar recaídas y aumento de las complicaciones de la hipertensión.
- Procure mantener el horario de la toma de los medicamentos como se las administraban dentro de la clínica, para no causar desequilibrio en su organismo.
- No consuma bebidas alcohólicas (ni sustancias psicoactivas) con los medicamentos, porque puede causar efectos dañinos en su cuerpo.
- Si va a salir de su casa, no olvide llevar los medicamentos, pues no sabe a que horas puede regresar y no debe dejar de tomarlos ni alargar las horas entre una y otra dosis.
- Cuando asista a control en su EPS, lleve las prescripciones de los medicamentos, para que el medico pueda saber exactamente cuales esta consumiendo.
- Si presenta alguna sensación desagradable que crea lo causa algún medicamento, comuníqueselo al medico para cambiarlo si es necesario y aclarar dudas sobre el uso del mismo.

Debe controlar al máximo las sensaciones fuertes que puedan causarle estrés, pues este puede causarle crisis hipertensiva a pesar del consumo de los medicamentos.

Dedique tiempo para usted misma, para relajarse, para compartir con su familia, ya que esto causa equilibrio en su organismo y mejora la respuesta a cualquier estimulo desagradable, incluyendo la misma enfermedad

A TENER EN CUENTA...

- Es recomendable que sus periodos intergenésicos no sean menores a 2 años ni mayores a 10 años.
- Mejorar el estado nutricional.
- Es recomendable que elija un método anticonceptivo después de la explicación del equipo de salud de los riesgos y beneficios de cada uno, considerando sus condiciones y deseos reproductivos.
- Si presento HIG en esta gestación, en la próxima, es muy probable que vuelva a presentarla y con mayores complicaciones.