



UNIVERSIDAD NACIONAL
TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS



FACULTAD DE ENFERMERÍA

INFORME FINAL DE EXAMEN DE
SUFICIENCIA PROFESIONAL

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA A UNA
MUJER DURANTE EL PUERPERIO MEDIATO**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

BACHILLER:

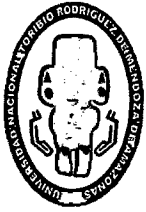
SEGUNDO PEDRO, CULQUIMBOZ ROJAS

JUARADO:

PRESIDENTE	:Mg. Enf. Edwin, GONZÁLEZ PACO
SECRETARIA	:Ms. C. Sonia, TEJADA MUÑOZ
VOCAL	:Mg. Enf. Zolla Roxana, PINEDA CASTILLO

CHACHAPOYAS - AMAZONAS - PERÚ

2010



UNIVERSIDAD NACIONAL
TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS



FACULTAD DE ENFERMERÍA

INFORME FINAL DE EXAMEN DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

Cuidados de enfermería a una
mujer durante el puerperio
mediato

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN
ENFERMERÍA

BACHILLER : Segundo Pedro, CULQUIMBOZ ROJAS.

JURADO : *Presidente* : Mg. Enf. Edwin, GONZÁLES PACO.

Secretaria : Ms. C. Sonia, TEJADA MUÑOZ.

Vocal : Mg. Enf. Zoila Roxana, PINEDA CASTILLO.

Chachapoyas - Amazonas

2010

DEDICATORIA

A mis padres: por su apoyo desinteresado en todo momento, permitiéndome realizar mi propósito.

Al pueblo: quienes día a día forjan un hombre nuevo para el cambio y desarrollo de la sociedad.

AGRADECIMIENTO

- A mis familiares, por su apoyo de manera integral hacia mi persona contribuyendo de esa manera para concluir con mi profesión.
- A mis amigos y compañeros de siempre, quienes en todo momento me brindaron su apoyo y respaldo para superar cualquier dificultad entendiéndola como una oportunidad.
- A los docentes de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, quienes de una u otra manera contribuyeron en mi formación como persona y profesional.
- Al personal de salud que labora en el Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas y en el Centro de Salud Pomacochas; quienes permitieron complementar mi formación como profesional poniendo en práctica la teoría.
- Al pueblo, pues sin el pueblo no existiría enfermería.

A todos ellos y a muchos que no puedo mencionar, vaya mi sincero agradecimiento y gratitud.

Y, por qué no agradecer también a la vida, la que nos presenta muchas dificultades y oportunidades para aprovecharla

AUTORIDADES

RECTOR

Dr. Vicente Marino Castañeda Chávez.

VICERRECTOR ACADÉMICO Y ADMINISTRATIVO

M. Sc. Miguel Ángel Barrena Gurbillón.

DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA

Mg. Gladys Bernardita León Montoya.

PÁGINA DEL JURADO DE EXAMEN DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

El jurado del examen de suficiencia profesional, ha sido designado según Art. 91 del REGLAMENTO PARA EL OTORGAMIENTO DEL GRADO DE BACHILLER Y DEL TÍTULO DE LICENCIADO (R.C.G. N° 022-UNAT-A-CG) el mismo que está formado por:



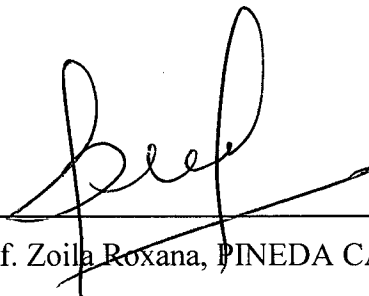
Mg. Enf. Edwin, GONZÁLES PACO

PRESIDENTE



Ms. C. Sonia, TEJADA MUÑOZ

SECRETARIA



Mg. Enf. Zoila Roxana, PINEDA CASTILLO

VOCAL

PRESENTACIÓN

La universidad es una institución encargada de generar el cambio y el desarrollo en la sociedad mediante la formación de profesionales, pero, principalmente de hombres. En ese sentido la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas brinda una sólida formación al Futuro profesional de enfermería, dotándole de conocimientos y cultivando valores. Y, para concluir con ese afán presenta a los egresados las diversas modalidades de titulación.

En la actualidad, el profesional de enfermería es aquella persona que ha adquirido competencia científica y técnica para dar cuidado y ayuda al individuo, familia y comunidad mediante una actitud ética, humanística y de responsabilidad legal con conocimientos en las áreas biológicas, psicológicas, sociales y humanísticas, entrenado en técnicas específicas en el marco del desarrollo científico y tecnológico.

En ese sentido, me es grato presentar éste informe, editado con la finalidad de obtener el *Título Profesional de Licenciado en Enfermería*, cuyo contenido responde al Cuidado de Enfermería a una mujer durante el puerperio mediato. El presente informe está estructurado principalmente en dos partes: la primera, en la cual se plasma de manera sistemática conocimientos precisos en lo que se refiere a la etapa del posparto o puerperio, cambios biológicos, físicos, psicológicos, complicaciones y tratamiento. En la segunda parte se encuentra el Proceso de Atención de Enfermería aplicado de manera específica a una persona adulta en su cuarto día de puerperio. Dicho Proceso de Atención de Enfermería está desarrollado de manera sistemática y contiene todas las etapas: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación.

El presente trabajo está a disposición de toda persona que tenga el hábito de la lectura, y, principalmente de los estudiantes, egresados y profesionales de enfermería; pues contribuirá a enriquecer sus conocimientos.

Br. Enf. Segundo Pedro Culquimboz Rojas.

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
AUTORIDADES	iv
PRESENTACIÓN	vi
ÍNDICE	vii
CONTENIDO	
I. INTRODUCCIÓN	8
II. MARCO TEÓRICO	9
PUERPERIO	9
2.1. DEFINICIÓN	9
2.2. ETAPAS DEL PUERPERIO	9
2.3. CAMBIOS ANATÓMICOS Y FISIOLÓGICOS	10
2.4. CONSIDERACIONES CLÍNICAS	18
2.5. PUERPERIO PATOLÓGICO	21
2.5.1. SÍNDROMES INFECCIOSOS DEL PUERPERIO	21
2.5.2. SÍNDROMES HEMORRÁGICOS POSPARTO	26
III. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	29
3.1. VALORACIÓN	29
3.2. DIAGNÓSTICO	36
3.3. PLANIFICACIÓN	41
3.4. EJECUCIÓN	50
3.5. EVALUACIÓN	53
IV. DISCUSIÓN	54
V. CONCLUSIÓN	55
VI. RECOMENDACIÓN	56
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
ANEXOS.	

I. INTRODUCCIÓN

El puerperio es el periodo de tiempo comprendido entre el parto hasta la recuperación de los órganos genitales internos. Inmediatamente después de dar a luz el cuerpo de la mujer comienza un proceso por el cual los órganos que han intervenido en el embarazo y parto comienzan una involución hacia su estado anterior. Este tiempo de recuperación llamado familiarmente cuarentena requiere de unos cuidados y vigilancia. Estas circunstancias son normales y la mujer debe saber y conocerlo. Es normal que en los próximos días al parto la puérpera se encuentre cansada y débil por dos motivos principalmente: el cuerpo ha sido sometido a un esfuerzo durante el proceso del parto y el stress que ocasiona los cuidados del bebé y la inquietud en todo momento de no saber con certeza, si esos cuidados son satisfechos en su totalidad.

El puerperio o período postparto es una etapa en la cual se efectúan cambios físicos, fisiológicos y psicosociales, muy importantes para la madre y la familia. La atención que se le proporcione durante esta etapa toma en cuenta las necesidades físicas, emocionales y sociales de la mujer y la familia ya que requieren aprender la manera de realizar los cuidados en el binomio madre-hijo y evitar las complicaciones.

En esa perspectiva este trabajo se ha realizado con el fin de ejecutar todos los pasos del Proceso de Atención de Enfermería para priorizar las necesidades y brindar los cuidados necesarios a una persona durante el puerperio mediato que comprende desde las primeras 24 horas hasta los 10 días postparto. Previo conocimiento de los cambios anatómicos, fisiológicos, psicosociales y las complicaciones que se pueden presentar en esta etapa.

Br. Enf. Segundo Pedro Culquimboz Rojas.

II. MARCO TEÓRICO

PUERPERIO

2.1. DEFINICIÓN

El puerperio, es el periodo posparto que comienza después de la salida de la placenta e incluye clásicamente las siguientes seis semanas. Durante esa fase se producen transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional. Regresan paulatinamente todas las modificaciones gravídicas por un proceso de involución hasta casi restituir las a su estado previo al embarazo transcurrido. Sólo la glándula mamaria hace excepción a lo expresado, puesto que alcanza gran desarrollo para responder a la lactancia.

La atención del puerperio requiere:

- Determinar el periodo en que transcurre la puérpera a examinar.
- Evaluar las transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional que hacen regresar las modificaciones gravídicas.
- Evaluar el desarrollo de la glándula mamaria, el inicio y el mantenimiento de la lactancia.
- Evaluar la normalidad puerperal o la existencia de patologías que complican el puerperio, siendo los síndromes infecciosos y hemorrágicos los más frecuentes.

2.2. ETAPAS DEL PUERPERIO

Según las guías nacionales de atención integral de la salud sexual y reproductiva las etapas del puerperio son:

- Inmediato : durante las primeras 24 horas posparto. El personal de salud debe considerar vigilancia estricta de manera integral las 2 primeras horas
- Mediato : desde las 24 horas hasta el séptimo día posparto. En la cual el personal de salud debe considerar la posibilidad de una infección puerperal.
- Tardío : desde el octavo día hasta la sexta semana (42 días)

Según Ricardo Schwarcz, el periodo del puerperio se clasifica en:

- Puerperio inmediato: periodo que abarca las primeras 24 horas, las que transcurren generalmente durante la internación.

- Puerperio mediato: periodo que abarca desde las 24 horas hasta los 10 días después del parto.
- Puerperio alejado: es el periodo que se extiende desde el día 11° hasta los 42 días, fecha considerada clásicamente como la finalización del puerperio.
- Puerperio tardío: corresponde al periodo que comienza al finalizar el puerperio alejado o sea después de los 42 días del parto y se extiende hasta los 364 días cumplidos.

2.3. CAMBIOS ANATÓMICOS Y FISIOLÓGICOS

2.3.1. INVOLUCIÓN DEL ÚTERO

Inmediatamente después que ha nacido la placenta, el útero se vuelve prácticamente una masa sólida. Sus paredes gruesas anterior y posterior quedan en íntima posición, y dejan aplanada la cavidad central. El útero tiene casi el mismo tamaño en las primeras 48 horas después del parto, pero rápidamente disminuye su magnitud por medio de un proceso llamado involución, que se hace parcialmente por contracción con disminución en el tamaño de las células individuales del miometrio y en parte por procesos autolíticos, en que una fracción del material proteínico de la pared uterina es degradado en componentes más sencillos que terminan por ser absorbidos.

En el sitio de implantación de la placenta se observa constricción y oclusión de los vasos subyacentes; con ello se logra la hemostasia, para así controlar la hemorragia del puerperio, y produce moderada necrosis de endometrio. La involución se hace por la extensión y crecimiento descendente del endometrio vaginal y por regeneración de esta capa a partir de las glándulas y el estroma en la decidua basal. Excepto en el sitio de la placenta en que la involución se completa a las seis semanas después del parto, el proceso ha terminado en el resto de la cavidad uterina al finalizar la tercera semana del puerperio.

El proceso de la involución.- La separación de la placenta y las membranas de la pared uterina, se hace en la porción más externa de la capa esponjosa de la decidua y en consecuencia, restos de esa capa permanecen en el útero para ser eliminados en un material que es expulsado y que recibe el nombre de *loquios*. En término de dos a tres días después del parto esta porción residual

de la decidua se diferencia en dos capas y deja una capa sin alteraciones o profunda, unida a la pared muscular, a partir de la cual se genera el nuevo endometrio. La capa vecina a la cavidad uterina muestra necrosis y es expulsada en los loquios. El proceso es muy similar al de la cicatrización de cualquier superficie, pues la sangre rezuma de los vasos finos. La salida de sangres de vasos de mayor calibre es cohibida por la retracción de las fibras musculares uterinas y la compresión que ejercen en ellos.

El proceso de regeneración es rápido, excepto en el sitio de inserción de la placenta que necesita de seis a siete semanas para normalizarse del todo. En otras regiones, la superficie libre del endometrio es restaurada en la mitad del tiempo mencionado.

El progreso de la involución.- El proceso normal de involución necesita cinco a seis semanas y al final de dicho lapso, el útero recupera su tamaño normal, aunque nunca vuelve exactamente a ser como estaba en la nulípara.

Es posible advertir con mayor detalle la rapidez de dicho proceso al comparar los cambios que ocurren en el peso del órgano mencionado. Inmediatamente después del parto el útero pesa, en promedio un kilogramo; al final de la primera semana, 500 gramos y al final de la segunda semana unos 350 gramos, y una vez terminada la involución pesa sólo 40 a 60 gramos.

La enfermera, al palpar la altura del fondo a través de la pared abdominal, puede advertir con mayor nitidez los cambios mencionados. Inmediatamente después de nacer la placenta, el útero desciende en la pelvis y el fondo se palpa en un punto medio entre el ombligo y la sínfisis, pero pronto asciende hasta el nivel del ombligo (13 a 14 cm. por arriba del pubis) y 12 horas más tarde posiblemente esté un poco más alto. Las mediciones diarias cuidadosas indican que disminuye de tamaño, de modo que al final de los diez días, en promedio, es imposible detectarlo por palpación abdominal.

El ritmo aproximado de decremento de la altura del fondo es un poco más de 1 cm., o un través de dedo al día. Es de enorme importancia observar el ritmo de involución, y el médico debe estar informado de cualquier retraso notable, especialmente si se acompaña de supresión en la expulsión de loquios o retención de coágulos. La enfermera, al medir la altura del fondo del útero tendrá cuidado de hacer sus observaciones después de vaciar la vejiga a la

puérpera, porque si está llena de orina, hará que se desplace el fondo hacia arriba.

Los siguientes signos indican que la evolución no se realiza satisfactoriamente; el útero no disminuye progresivamente de tamaño y permanece laxo, y ocasiona enormes molestias a la mujer.

2.3.2. LOQUIOS

Es de gran utilidad para conocer e interpretar el significado de los loquios, tener una idea de proceso de regeneración del recubrimiento interno del útero. En primer término, la secreción consiste casi por completo en sangre y una cantidad pequeña de moco, partículas de decidua y restos celulares que se desprenden del sitio de implantación de la placenta. Los loquios no deben contener grandes coágulos ni membranas, ni tener volumen excesivo. Su expulsión dura unos tres días y reciben el nombre de *loquios rojos*.

Conforme disminuye la sangre capilar en la superficie en regeneración, la secreción adquiere características más serosas o acuosas, y cambia a un color rosáceo llamado *loquios serosos*. Por el décimo día, los loquios son más acuosos, su cantidad disminuye notablemente, y casi son incoloros, y reciben el nombre de *loquios blancos*. Al finalizar la tercera semana desaparece por lo regular la expulsión de dichas sustancias, aunque puede persistir un poco más, la salida de un material mucoso parduzco. Los loquios tienen un olor peculiar que es característico, y en ninguna situación deben ser fétidos.

Evaluación.- El volumen de los loquios varía en cada mujer, pero en términos generales, es más profuso en multíparas. Cabe esperar que cuando la mujer abandona el lecho por primera vez, se observe un incremento neto en el volumen de ellos. Sin embargo, la reaparición de la hemorragia de sangre viva después que los loquios han adquirido color oscuro y ha disminuido su cantidad, o la persistencia de sangre roja brillante en los loquios o la supresión de estos, deben ser signos que se harán de conocimiento del obstetra. La observación diaria del volumen y el carácter de los loquios es de enorme importancia para evaluar la evolución de la normalización de la superficie endometrial.

2.3.3. CUELLO UTERINO

Inmediatamente después del parto, el cuello muestra colapso y poco tono. Es una estructura blanda, edematosa, y con finos desgarros múltiples. Por su orificio pueden pasar dos dedos y tiene 1 cm. de espesor. En término de 24 horas se acorta notablemente y adquiere mayor firmeza y grosor. El orificio cervical se cierra poco a poco hasta tener 2 a 3 cm. después de unos cuantos días, y al término de una semana tiene sólo 1 cm. de dilatación. El estudio histológico inmediatamente después del parto, implica casi siempre edema y hemorragia. El epitelio endocervical permanece intacto por lo regular con áreas ocasionales de desnudez parcial. Ya desde el cuarto día de posparto hay regresión de la hipertrofia y la hiperplasia glandulares gravídicas, y resorción de la hemorragia intersticial. La involución cervical aún sigue después de las seis semanas, y el edema y la infiltración de células redondas persisten inclusive tres a cuatro meses.

El estudio del cuello con un colposcopio, indica úlceras, desgarros, equimosis y zonas amarillentas, en término de varios días del puerperio. Las lesiones, que no exceden los 4 mm, se observan con mayor frecuencia en primíparas. El estudio nuevo 6 a 12 semanas después, por lo regular muestra normalización completa y ello indica nueva epitelialización rápida del tejido lesionado. No todos los cuellos uterinos recuperan el aspecto que tenían antes del embarazo; algunos de ellos muestran mayor ectropión, y el orificio suele ser más ancho, en forma de una hendidura transversa y puede haber algún hueco si ha habido desgarros de importancia clínica.

2.3.4. VAGINA

La vagina es lisa y turgente y tiene poco tono después del parto. Después de tres semanas, disminuyen extraordinariamente la vascularización, el edema y la hipertrofia, que son consecuencia del embarazo y el parto. Las arrugas reaparecen en término de tres semanas. La deficiencia relativa de estrógeno contribuye a la lubricación vaginal inadecuada y vasocongestión, que hace que disminuya la respuesta sexual en las semanas del puerperio. La porción inferior de la vagina por lo regular tiene múltiples desgarros superficiales después del nacimiento, pero ceden por las seis semanas posparto. Puede

haber grados variables de relajación muscular, y de aponeurosis, que ocasione cistocele, rectocele o retracción del introito. Los ejercicios puerperales hechos en forma regular y en particular los de Kegel, permiten restaurar el tono de los músculos vaginales.

2.3.5. OTROS ÓRGANOS DE LA PELVIS

Los cambios histológicos en las trompas de falopio indican disminución del tamaño de las células secretorias, decremento en el tamaño y el número de células ciliadas y atrofia del epitelio tubario. Después de seis a ocho semanas el epitelio muestra una imagen propia de la fase folicular temprana del ciclo menstrual. Por el cuarto día hay una inflamación no bacteriana transitoria del interior de las trompas.

Los ligamentos que sostienen el útero, los ovarios y las trompas, que también han sido objeto de enorme tensión y estiramiento, están relajados en el puerperio, pero se necesita un largo tiempo para que recuperen casi su tamaño y posición normales.

2.3.6. PARED ABDOMINAL

La pared abdominal se recupera parcialmente de la distensión excesiva, pero durante algún tiempo persiste con consistencia blanda y laxa. Las estrías por la rotura de las fibras elásticas de la piel también persisten, pero son menos notables por su aspecto planteado. El proceso de involución de las estructuras abdominales requiere unas seis semanas, cuando menos. Cuando la pared del abdomen recupera el tono de sus músculos, éstos poco a poco vuelven a su estado original. Sin embargo, si los músculos se relajan porque han perdido su tono, puede haber una separación notable o *diastasis* de los músculos rectos anteriores del abdomen, de forma que los órganos intraabdominales pierden su sostén adecuado. El reposo, la dieta, los ejercicios orientados y la mecánica corporal satisfactoria, así como la postura adecuada son muy útiles para recuperar el tono de los músculos.

2.3.7. APARATO CARDIOVASCULAR

Después del parto hay bradicardia transitoria, con una frecuencia de pulso inclusive de 40 a 50 latidos por minuto, que dura 24 a 48 horas. Es causada por los cambios hemodinámicos e hiperreactividad vagal en respuesta a la hiperactividad del sistema nervioso simpático durante el parto. El incremento de 40% en el volumen sanguíneo que surge durante el embarazo, poco a poco disminuye hasta que por las dos semanas de puerperio llega a niveles normales. A pesar de lo expuesto, es importante señalar que hay un incremento de 15 a 30% en el volumen circulante en los primeros dos o tres días des puerperio, por eliminación de la circulación placentaria e incremento del retorno venoso. El proceso es la causa de la diuresis abundante que surge en los comienzos del puerperio. También explica la disminución del valor hematocrito, que es un fenómeno de hemodilución. El gasto cardíaco aumenta en 35%, como resultado de los cambios hemodinámicos en conjunto, razón por la cual el periodo puerperal temprano es un lapso de enorme riesgo de insuficiencia cardíaca en mujeres cardíopatas, con limitación de la reserva cardíaca.

El volumen total de cinco a seis litros de sangre durante el embarazo, disminuye a cuatro litros por la cuarta semana del puerperio. Hay una pérdida de unos 400 ml de sangre en un parto vaginal normal, si bien tal cifra varía notablemente, entre el tercero y séptimo día del postparto, el hematocrito suele aumentar, salvo que haya pérdida sanguínea sustancial en el parto. La leucocitosis del embarazo y el parto continúa en los primeros días del puerperio, con cifras inclusive de 20 000 a 25 000 leucocitos/ml, y se caracteriza por el incremento del número de neutrófilos y eosinófilos y decremento en el de los monocitos.

La frecuencia cardíaca, las presiones sistólica y diastólica, el consumo de oxígeno y el agua corporal total vuelven a los niveles previos al embarazo, en el puerperio temprano.

2.3.8. VÍAS URINARIAS

Después del parto, la mucosa de la vejiga muestra grados diversos de edema e hiperemia y un menor tono muscular, con lo cual disminuye la percepción del

aumento en presión, la capacidad y hay distensión excesiva con incontinencia por rebosamiento, y vaciamiento incompleto del órgano. Es importante que la enfermera en el puerperio incluya la vigilancia cuidadosa del estado de la vejiga, porque es frecuente observar distensión y retención de orina, que ocasionarán molestias y predispondrán a infección. Con el vaciamiento adecuado, el órgano suele recuperar su tono en término de cinco a siete días. La filtración glomerular persiste en niveles elevados durante la primera semana del posparto, y en combinación con el mayor volumen de sangre, ocasiona diuresis abundante, que llega a 3000 ml al día en los primeros cuatro a cinco días. Los tejidos pierden líquido y ello, combinado con los cambios involutivos, contribuye a una pérdida de unos 4 Kg. de peso durante el puerperio. El 20% de las veces hay glucosuria y en 50%, proteinuria durante 24 a 48 horas. Uréteres y pelvis renal persisten dilatados después del parto, y se normalizan en tres a seis semanas.

2.3.9. OVULACIÓN Y MENSTRUACIÓN

Los niveles circulantes de estrógeno y progesterona disminuyen rápidamente después del parto. En las púerperas los niveles de hormona foliculoestimulante son pequeños durante 10 a 12 días, para después aumentar y alcanzar los propios de la fase folicular, por la tercera semana. El estrógeno alcanza el nivel presente en la fase folicular en unas tres semanas, en las mujeres que no amamantan a su hijo, y lleva más tiempo en las que amamantan. La ovulación y la menstruación después del nacimiento son influidas por el hecho que la mujer dé el seño a su hijo o no lo dé. Las menstruaciones que surgen en las primeras seis semanas, rara vez se acompañan de ovulación; cuánto más tiempo tarde la primera menstruación en reaparecer después del parto, mayor será la posibilidad de que sea ovulatoria.

2.3.10. VÍAS INTESTINALES Y PÉRDIDA PONDERAL

La movilidad y el tono del aparato gastrointestinal suele normalizarse en término de dos semanas del parto. Casi todas las mujeres sienten sed en los primeros dos a tres días, por la restricción de líquidos durante el parto y

porque en el interior del organismo hay desplazamientos hídricos, que se acompañan de diuresis. El estreñimiento es común durante la fase puerperal temprana. Los procesos fisiológicos son exacerbados por los efectos del enema antes del parto, la restricción de líquidos durante el mismo y los fármacos que suelen aplicarse durante la fase de trabajo y expulsión.

La pérdida ponderal después del parto es, en promedio, de unos 10 Kg. y está integrada por la expulsión del feto y la placenta, salida del líquido amniótico y sangre en el momento del parto; sudor y diuresis en la primera semana del puerperio, e involución del útero y salida de loquios.

2.3.11. SENOS

Durante el embarazo, en los senos se observan cambios progresivos como preparación para el amamantamiento. Los lobulillos de los senos se desarrollan por la estimulación del estrógeno y progesterona, producidos por la placenta, en tanto que los conductos galactóforos muestran mayores ramificaciones y alargamiento. La prolactina, liberada de la adenohipófisis, el cortisol por las suprarrenales de la mujer y la insulina, hormonas que aparecen en cantidades mayores durante la gestación también contribuyen a los cambios en las mamas. Conforme evoluciona la gestación, el organismo cuenta con una cantidad mayor de los factores esenciales, pero la producción de leche en sí no ocurre. Su surgimiento se retrasa hasta tres o cuatro días después del parto, cuando han disminuido los niveles de estrógeno y progesterona.

2.3.12. CALOSTRO

Con el parto, la mama produce cantidades crecientes de un líquido fino amarillento, el calostro. Las mujeres que han sido objeto de preparación especial en el cuidado de las mamas en las últimas semanas de embarazo, pueden exprimir con la mano y expulsar cantidades pequeñas de calostro antes de nacer el bebé. El calostro contiene más proteínas y sales inorgánicas, pero menos grasa y carbohidratos que la leche madura. También contiene niveles demostrables de anticuerpos y su contenido de inmunoglobulina (IgA)

puede brindar al neonato protección contra infecciones intestinales. El valor nutricional del calostro es menor que el de la leche materna.

2.3.13. LACTANCIA

Entre el tercer y cuarto día del puerperio, por lo regular baja la leche en el seno. Hay un cambio neto en el color de la secreción que sale por los pezones; adquiere un color blanco azulado, que es el normal en la leche materna. En este momento, los senos repentinamente adquieren mayor volumen, firmeza y son más sensibles conforme se establece la secreción láctea, lo cual hace que la mujer sienta dolor pulsátil en ellos, que se extiende hasta la axila. La congestión suele ceder en cuestión de uno a dos días, y es causada por lo menos en parte por presión de las mayores cantidades de leche en los lobulillos y los conductos, pero incluso más por la mayor circulación de sangre y linfa en la glándula mamaria, que genera tensión en el tejido vecino extraordinariamente sensible. Todo este cuadro se conoce como ingurgitación primaria.

La eficiencia y conservación de la producción de leche, en gran medida es controlada por el estímulo del amamantamiento repetitivo. La prolactina induce a la mayor producción de leche, la oxitocina liberada facilita la expulsión de la leche. La oxitocina liberada por la succión también estimula las contracciones uterinas, lo que explica los mínimos cólicos que a menudo acompañan el comienzo del amamantamiento.

2.4. CONSIDERACIONES CLÍNICAS

2.4.1. AMBULACIÓN TEMPRANA

Es importante instar a la puérpera normal a que abandone el lecho tan pronto sea posible, y lo haga en término de las primeras 24 horas del puerperio. En términos generales, las mujeres se sienten más fuertes y psicológicamente mejores como resultado de la actividad limitada temprana, y aparecen con menor frecuencia complicaciones como estreñimiento y trastornos vesicales.

De mayor importancia, también disminuye en grado notable la cifra de tromboflebitis y embolia pulmonar.

2.4.2. TEMPERATURA

Después del parto, la mujer puede mostrar sin causa aparente incrementos pequeños de temperatura pero, en términos generales, la temperatura de la puérpera debe estar en límites normales en dicho periodo, esto es menos de 38°C cuando se mide por la boca. En raras ocasiones, una crisis neta de fiebre de varias horas puede depender de ingurgitación vascular y linfática de los senos, pero eso no dura más de 12 horas, en el peor de los casos.

Al evaluar la importancia del incremento de la temperatura, el pulso es una guía útil, porque la puérpera con bradicardia o incremento mínimo de la temperatura, posiblemente no tenga complicación alguna. A pesar de lo expuesto, cualquier signo de hipertermia en el puerperio debe despertar la sospecha de endometritis.

2.4.3. PULSO

En las fases tempranas del puerperio, es un poco menor de lo normal y es un signo adecuado. La frecuencia suele ser, en promedio, de 60 a 70 latidos por minuto, pero puede ser todavía un poco menor (40 a 50 latidos), uno o dos días después del parto. Se trata solamente de un fenómeno transitorio, de tal forma que al finalizar la primera semana o diez días, el pulso se habrá normalizado.

2.4.4. ENTUERTOS

En circunstancias normales, después de nacer el primer hijo, el músculo uterino tiende a permanecer en un estado de contracción tónica y retracción. Sin embargo, si se ha sometido al útero a distensión extraordinaria o en su cavidad retiene tejido o coágulos de sangre, mostrará contracciones activas en un esfuerzo para expulsarlos, contracciones que pueden ser dolorosas. En la múltipara se ha perdido un cierto grado del tono inicial del músculo uterino y las contracciones y retracciones no son sostenidas. En consecuencia el músculo se contrae y relaja a intervalos, y dichas contracciones generan la

sensación de dolor llamada *entuerτος*. Los entuerτος se observan con mayor nitidez después de un embarazo en que ha habido notable distensión del útero, como e el caso de embarazo múltiple o polihidramnios. Son particularmente notables en la mujer que amamanta a su hijo en el momento de la succión por la liberación de oxitocina lo cual produce contracciones uterinas.

2.4.5. DIGESTIÓN

El apetito de la mujer puede disminuir en los primeros días después del parto, pero las funciones del aparato digestivo son normales en el comienzo del puerperio. En ese lapso aumenta extraordinariamente la sed, por la diuresis intensa y la diaforesis que ocurre en el puerperio. Aun más el hecho de que la mujer no haya podido ingerir líquidos algunas horas durante el parto, intensifica la sed.

2.4.6. RIÑONES

El volumen que excretan los riñones durante el puerperio es de particular importancia. En el embarazo hay una tendencia mayor a la retención de agua por parte del cuerpo, de manera que para el puerperio, la expulsión extraordinaria de orina representa el intento del cuerpo para normalizar su metabolismo hídrico.

En los primeros días después del parto, a veces aumenta la cantidad de nitrógeno en la orina, y la excreción depende de la degradación de proteínas de la pared uterina durante la involución. Puede observarse presencia de acetona en la orina si es que la mujer ha estado en ayuno largo tiempo antes del parto, esto en relación con el metabolismo incompleto de grasas corporales.

2.4.7. ELIMINACIÓN INTESTINAL

La mujer casi siempre está estreñida los primeros días del puerperio, lo cual se debe a la relajación de los músculos del intestino y de la pared abdominal, en particular, y de la incapacidad de la pared abdominal para facilitar la evacuación del contenido intestinal.

2.4.8. PIEL

La eliminación de los productos de desecho a través de la piel se acelera en los comienzos del puerperio, en grado tal, que la mujer está materialmente empapada de sudor. Las crisis de hiperhidrosis que a menudo se observan por la noche ceden poco a poco y no necesitan tratamiento específico, excepto proteger a la madre de los escalofríos y el enfriamiento, cuando surgen.

2.5. PUERPERIO PATOLÓGICO

La mayor parte de enfermedades que complican el embarazo disminuyen su sintomatología o aun desaparecen totalmente después del nacimiento. Pueden aparecer complicaciones nuevas o algunas patologías que se presentaron en el embarazo pueden persistir durante el puerperio y aun volverse crónicas o agravarse en el transcurso del mismo llegando a constituir más tarde secuelas crónicas alejadas, algunas de ellas invalidantes familiar o laboralmente.

2.5.1. SÍNDROMES INFECCIOSOS DEL PUERPERIO

Infección Puerperal.- Se denomina infección puerperal a los estados mórbidos originados por la invasión de microorganismos a los órganos genitales como consecuencia del aborto o del parto.

La frecuencia de la infección puerperal es del 2% y corresponde en la mayoría de los casos a las formas leves.

Tras el parto quedan expuestos al exterior el útero y el cuello uterino a través de la vagina, esto aumenta el riesgo de que ingresen bacterias al sistema reproductor.

Los cambios fisiológicos normales en el embarazo aumentan también el riesgo de infección. Durante el parto el líquido amniótico, la sangre y los loquios que son alcalinos, disminuyen la acidez de la vagina, favoreciendo así el crecimiento patógeno. El endometrio, el cuello uterino y la vagina sufren durante el parto pequeñas laceraciones, que permiten que los microorganismos ingresen en los tejidos.

A. Infección puerperal localizada

- ***Vulvitis Puerperal.***- se puede observar en los primeros días del puerperio, a nivel de los desgarros de la vulva y del periné. Cuando interesa solamente a los planos superficiales se caracteriza por una discreta elevación de la temperatura y dolor al tacto localizado en la zona de la herida, la cual se halla recubierta por una placa pseudomembranosa grisácea, rodeada, a veces, de una placa de linfangitis. Puede en algunos casos evolucionar e invadir por vía linfática el parametrio, con producción de una parametritis, o ascender para infectar el endometrio, o bien hacia la profundidad de la estroma, dando lugar a la úlcera puerperal. Cura por lo general rápidamente con un simple tratamiento local.
- ***Vaginitis Puerperal.***- Es excepcional y se asemeja a la vulvitis puerperal en sus caracteres clínicos y tratamiento. La sutura de las heridas vaginales es la razón de su rareza actual. Cuando se hace el diagnóstico de vaginitis puerperal es conveniente investigar la existencia de una parametritis o una endometritis producidas por vecindad o concomitantes con ella.
- ***Cervicitis Puerperal.***- Se produce como consecuencia de los desgarros del cuello y no constituye, por lo general, un proceso importante para la puérpera.
- ***Endometritis Puerperal.***- Es la causa más común de reacciones térmicas y dolorosas del puerperio y la más frecuente localización de la infección puerperal. Puede asentar en la zona de inserción de la placenta o bien extenderse a toda la cavidad uterina. De cualquier manera, las lesiones son siempre más importantes y profundas a nivel del área placentaria.

La sintomatología, de comienzo generalmente brusco, se inicia entre el tercer a quinto día después del parto, con escalofríos netos acompañados de temperatura que oscila entre 39 y 40°C y taquicardia. El útero se palpa subinvolucionado, blando y doloroso. Los loquios suelen ser abundantes, grises o achocolatados, y más tarde purulentos y fétidos.

Se distinguen las siguientes variedades:

Séptica.- con poca reacción y fuerte invasión bacteriana profunda; germen causante: estreptococo o estafilococo piógeno; pocos loquios, sin fetidez.

Pútrida.- con fuerte reacción superficial, abundante tejido necrótico, loquios copiosos, espesos, fétidos; agentes causales: colibacilo o anaerobios.

Cuando el *Clostridium perfringens* es el agente causal principal de la endometritis, puede acontecer el pasaje a la circulación general de este microorganismo y de su toxina de acción fuertemente hemolítica, produciéndose el síndrome icteroazoémico de Mondor.

Parenquimatosa.- la infección alcanza las capas musculares. El útero es grande y blanduzco. Puede ser simple o supurada.

Disecante o Gangrenosa.- con formación de zonas esfaceladas en pleno músculo uterino, que son eliminadas por vía natural o que pueden dar lugar a la perforación espontánea de la pared y a la peritonitis consecutiva. En la forma Disecante se expulsan grandes colgajos musculares, que en los casos extremos pueden proseguir hasta la total eliminación del músculo uterino. Los loquios son abundantes, negruzcos y muy consistentes.

Loquiómetra.- ocurre cuando el flujo de loquios o su arrastre hacia el exterior es dificultado por una anteversión exagerada del cuerpo uterino que ocluye el orificio del cuello y por lo tanto las secreciones se acumulan en el interior de la cavidad uterina.

B. Infección puerperal propagada

- **Infecciones por continuidad mucosa**

Salpingitis Y Salpingoovaritis Puerperal.-La propagación del gonococo se hace por continuidad mucosa directamente del útero al endosálpinx. Los demás gérmenes lo hacen por vía linfática o por

propagación desde el peritonè. En el primer caso se produce una salpingitis parenquimatosa, generalmente bilateral, y en el segundo una salpingitis intersticial, casi siempre unilateral. La contaminación del ovario suele realizarse por vía linfática, dando lugar a la ovaritis, que entra a formar parte de la inflamación anexial y genera adherencias firmes de vecindad.

Los síntomas aparecen tardíamente, entre el octavo y el décimo día del puerperio. Se inicia con ascenso brusco de la temperatura, taquicardia y dolor parauterino. Por la palpación se comprueba un empastamiento doloroso en la fosa iliaca correspondiente al anexo afectado y a la reacción peritoneal que provoca.

Pelviperitonitis Puerperal.- Generalmente se origina por propagación mucosa de una salpingitis, y queda localizada en el peritoneo pelviano merced a los procesos defensivos de bloqueo. A veces se produce esta infección por la llegada de gérmenes siguiendo la vía linfática. Se trata, entonces, de una peritonitis cuya generalización es impedida por los fenómenos de bloqueo del organismo, dando lugar a una perisalpingitis o una pelviperitonitis. La perisalpingitis puede afectar a una sola o ambas trompas, se inicia tardíamente entre el décimo y duodécimo día del puerperio, con intenso dolor parauterino y un cuadro de exacerbación de la fiebre y de la taquicardia mantenido por la endometritis. En la pelviperitonitis, el repunte térmico y del pulso se acompaña de vómitos, palidez y facies peritoneal.

- **Infecciones por vía linfática**

Metritis Puerperal.- Se origina casi siempre por propagación del estreptococo por vía linfática. La sintomatología corresponde a la de una endometritis que se prolonga durante varios días. Aparecen síntomas de intoxicación. Los loquios orientan acerca de la forma clínica de la metritis, ya que si son purulentos se trata de una metritis parenquimatosa supurada; si son negruzcos y fétidos, de la forma gangrenosa; si contienen trozos esfacelados, de la forma disecante, y en

la metritis gangrenosa, que abarca una gran extensión que se desprende, los mismos son hemorrágicos.

Parametritis Puerperal.- Es una forma de infección bastante frecuente, y la invasión de los gérmenes ocurre generalmente por vía linfática. Pocas veces se infecta el parametrio por la continuidad ocasionada por desgarros del tracto vaginal cervicouterino no suturados.

Peritonitis Puerperal.- Se origina generalmente en una invasión por vía linfática de los gérmenes luego de haber superado las etapas uterinas, o bien por vía directa de una salpingoovaritis que se vierte en la cavidad peritoneal o desde una herida uterina o un desgarro del fondo de saco vaginal por simple continuidad. Otras veces es secundaria a una pelviperitonitis propagada.

- **Infección por vía hemática**

Tromboflebitis Puerperal.- Es la inflamación de la pared de un vaso con un coágulo de sangre adherido a ella. Puede ser superficial (en la vena safena o en venas más superficiales) o trombosis venosa profunda (del sistema venoso profundo desde los pies hasta la región ileofemoral).

Después del alumbramiento se corre un riesgo elevado de trombosis debido a la hipercoagulabilidad normal de la sangre durante el parto, que evita hemorragias importantes debido también al éxtasis venoso por la presión del útero grávido y a la inactividad. La tromboflebitis puede ser una tromboflebitis séptica o una tromboflebitis embólica o supurada.

La sintomatología que se presenta: dolor a la palpación de las pantorrillas (signo de Homan positivo), aumento de la temperatura, hipersensibilidad, aumento de diámetro, disminución del flujo sanguíneo en la extremidad afectada a la comparación de pulsos.

Septicemia Puerperal.- Cuando los gérmenes que han invadido el torrente circulatorio, se multiplican en el mismo, se produce la septicemia. La septicemia puerperal primitiva se debe, en la mayoría de

los casos, a la rápida invasión del torrente sanguíneo por el estreptococo. Se anuncia a las 24 horas del parto por un intenso escalofrío, con temperatura que asciende a 40°C, de tipo continuo. El pulso se acelera hasta una frecuencia de 140 – 160 por minuto.

C. Infección mamaria puerperal

- **Mastitis.**-Infección de las mamas que se presenta dos o tres semanas después del parto, aunque también puede presentarse a partir de la primera semana.

Los factores que influyen son: éxtasis lácteo, traumatismo en el pezón, técnica equivocada para amamantar. La paciente se queja de dolor o sensibilidad en una masa dura, localizada y enrojecida casi siempre en un solo seno. La infección va acompañada de fiebre, escalofríos y malestar general, y si no se trata adecuadamente puede dar lugar a un absceso.

Dentro del tratamiento se menciona antibióticos, drenaje quirúrgico si precisa, analgesia, usar sostén ajustado que proporcione un buen soporte, hielo para aliviar las molestias, calor para ayudar a la circulación.

En muchos casos la madre puede seguir dando lactancia por ambos lados, porque la succión vigorosa del niño puede vaciar con mayor eficacia los senos, mejor que las bombas de leche.

2.5.2. SÍNDROMES HEMORRÁGICOS POSPARTO

Es la causa más común de sangrado excesivo durante el ciclo del parto. Pérdida de más de 500 ml de sangre después del parto vaginal sin complicaciones, ya que el volumen sanguíneo de la gestante aumenta uno o dos litros durante el embarazo. La paciente tolera bien esta pérdida de sangre.

La hemorragia puede ser temprana (primeras 24 horas) y tardía (después de las primeras 24 horas hasta 6 semanas tras el parto). El riesgo aumenta si se presenta en las primeras 24 horas, porque una región venosa extensa se encuentra expuesta tras la separación de la placenta. La pérdida de sangre de

500 a 600 ml en el parto es normal, de 1000 ml es normal en cesárea. El cuerpo responde a la hipovolemia aumentando la frecuencia cardiaca y la frecuencia respiratoria. La disminución del volumen de sangre hace que la piel y las membranas mucosas palidezcan, se enfríen y humedezcan. A medida que continúa la pérdida de sangre se reduce el flujo cerebral y la paciente se muestra inquieta, confusa, ansiosa y letárgica.

A. Etiología

- ***Atonía uterina:*** es la incapacidad del músculo del miometrio de contraerse y permanecer así para que los vasos abiertos del sitio placentario sanen. La clínica es hemorragia uterina junto a útero de consistencia blanda, que puede ser debida a la retención de restos placentarios o a coágulos de sangre.
- ***Desgarros del canal del parto:*** por traumatismos y laceraciones. Los traumatismos incluyen: laceraciones vaginales, perineales o cervicales. Todas deben ser suturadas de inmediato. Las grandes ocurren siempre en partos difíciles o precipitados, en primigrávidas con niños grandes o en partos instrumentados. Es muy importante revisar el canal del parto tras el expulsivo. Se sospecha de laceraciones cuando hay un sangrado excesivo y el fondo uterino está firmemente contraído. La hemorragia es de un color rojo vivo brillante a diferencia de los loquios que son oscuros.
- ***Retención de restos placentarios:*** cuando algunas porciones de la placenta se quedan adheridas a la pared del útero se produce hemorragia, porque éste no se contrae para prevenirla. Puede ser temprana o tardía. Es esencial el examen cuidadoso de la placenta tras el alumbramiento. Para expulsar los fragmentos se administra oxitocina, y si no es suficiente, será necesario la dilatación y el raspado. Cuando la placenta no se desprende de la pared uterina se llama acreta, ésta puede provocar sangrado profuso y obligar a la histerectomía.
- ***Hematomas:*** suelen ser producto de lesiones de vasos sanguíneos, del perineo o de la vagina. La característica distintiva del hematoma es el

dolor perineal, la ausencia de sangrado y un útero firme. La paciente podría no ser capaz de miccionar o defecar debido a la presión en el recto. El tratamiento es con compresas de hielo o por incisión quirúrgica si es grande.

La sintomatología se presenta: tras las primeras 24 horas del nacimiento el útero debe sentirse firme, contraído (tamaño de pomelo grande) y fácil de localizar a la altura del ombligo. Cuando sea difícil localizarlo o se sienta blando, se debe masajear hasta que adquiera dureza. Los signos de atonía son: fondo uterino por encima del ombligo, que esté blando y esponjoso y que haya una cantidad excesiva de loquios.

B. Tratamiento

Masaje uterino para recuperar firmeza y extracción de coágulos acumulados. Es fundamental no eliminar los coágulos hasta que el útero esté firmemente contraído. Si la contracción no se mantiene se administrará oxitocina intravenosa. Si estas medidas no dieran resultado se enviará de nuevo a la paciente a la sala de partos para detener la hemorragia, mientras se intentará hacer compresión bimanual, una mano en vagina y otra en el fondo uterino presionando a través de la pared abdominal.

El control de la pérdida de sangre se hará pesando una toalla seca y una toalla perineal saturada, y el cálculo será de gramo por mililitro.

Se hará una valoración de signos vitales cada 15 minutos y un control de signos de shock hipovolémico.

III. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

3.1. VALORACIÓN

3.1.1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

- Nombre : R. G. I. P.
- Edad : 27 años.
- Sexo : Femenino.
- Fecha de Nacimiento : 07-01-83
- Grado de Instrucción : Superior no universitaria.
- Dirección : AAHH. Pedro Castro.
- Distrito : Chachapoyas
- Peso : 68 kg.
- Talla : 1.63 cm.
- Fecha de Entrevista : 26 – 10 – 2010.
- Religión : Evangélica

3.1.2. PRESENTACIÓN DE CASO.

Persona adulta joven, puérpera mediata de 5 días posparto, parto eutócico, 27 años de edad, se encuentra en el Hospital Regional “Virgen de Fátima” de la ciudad de Chachapoyas, servicio de Pediatría en alojamiento conjunto al cuidado de su hijo, recién nacido sexo masculino de 5 días de edad que se hospitaliza hace un día por presentar dificultad para lactar e hipoglucemia.

A la observación presenta:

Persona se encuentra en el ambiente 236 A al cuidado de su recién nacido, en posición de cúbito dorsal, despierta, comunicativa, LOTEPE, ABEG, ABEH, ventilando espontáneamente, piel con leve palidez, mucosas orales hidratadas, tórax con buena expansión, senos con regular producción láctea, abdomen blando depresible, con dolor a la palpación profunda a nivel de fondo uterino en proceso de involución, sin dificultad para deambular, se muestra preocupada por el recién nacido que presenta dificultad para lactar.

Al control de Funciones Vitales presenta:

T: 36.8°C P: 72 x min. FR: 20xmin. P/A: 120/80mmHg

Medidas Antropométricas:

Peso: 68Kg Talla: 1.63cm IMC: 25.59

Al interrogatorio la paciente refiere:

Que, se siente mejor, presenta cansancio esporádico, no hay presencia de mareos, la eliminación de loquios serosos en disminución, preocupación porque al inicio no tenía buena secreción de leche, recién nacido tiene dificultad para lactar. No tiene pareja estable, refiere preocupación por no saber si el padre del recién nacido apoyará en el futuro; manifiesta que al inicio su familia se incomodaba por que tiene un hijo con una pareja no estable y siente que no le brindan el apoyo adecuado.

Antecedente personal:

- ❖ Un aborto en su primera gestación.
- ❖ Fórmula Obstétrica: G2 P1011

3.1.3. EXAMEN FÍSICO

PARÁMETROS	HALLAZGO
SIGNOS VITALES	
T ^o C	36.8 ^o C
P/A	120/80 mmHg
FR	20 X ^l
P	72 X ^l
MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS	
Peso	68 Kg.
Talla	1.63 Cm.
IMC	25.59
ESTADO GENERAL	LOTEP, ABEG, ABEH, ABEN, despierta, comunicativa.
PIEL Y MUCOSAS	Piel oscura con leve palidez, elástica, hidratación conservada, mucosas orales hidratadas.

CABEZA	
Forma	Redonda.
Simetría	Simétrica
Tamaño	Normal
Integridad	Integra, no lesiones
Distribución del Cabello	Adecuada distribución del cabello
Color	Color negro
OJOS	
Forma	Redonda
Tamaño	Normal.
Simetría	Simétricas
Secreción	No secreciones
Párpados	Sin alteración
Escleras	Blanquecinas
Pupilas	Isocóricas, fotoreactivas
OÍDOS	
Tamaño	Normal.
Integridad	Íntegra
Simetría	Simétricos
Implantación	Adecuada implantación.
Secreciones	No presenta secreciones
Permeabilidad	Conducto auditivo permeable.
NARIZ	
Tamaño	Normal.
Integridad	Íntegra
Permeabilidad	Permeable.
BOCA	
Simetría	Simétrica
Tamaño	Normal.
Integridad	Íntegra.
Mucosas	Sonrosadas, hidratadas
Encías	Íntegras

Dientes	Piezas dentarias, faltan 3.
Lengua	Íntegra, movable.
CUELLO	
Simetría	Simétrico
Forma	Cilíndrica
Tamaño	Corto
Integridad	Íntegra, no presencia de masas
Movimiento	Sin alteración.
TÓRAX	
Forma	Elíptica.
Simetría	Simétrico
Tiraje	No presenta
Expansión	Normal.
Integridad de la Clavícula	Sin alteración
Integridad de la Escápula	Sin alteración
SENOS	
Forma	Pezones no formados, casi planos
Simetría	Simétricos
Tamaño	Normales
Integridad	Íntegros, no ingurgitación
Secreción	Regular secreción láctea
APARATO RESPIRATORIO	
Frecuencia respiratoria	20 X ^l
Ritmo/Profundidad	Rítmicas y profundas.
Ruidos respiratorios	No ruidos agregados
Simetría	Movimientos respiratorios simétricos
APARATO CARDIOVASCULAR	
Frecuencia cardíaca	Adecuada intensidad
Ritmo y profundidad	Ruidos cardíacos rítmicos, se perciben fácilmente
Ruidos agregados	No ruidos agregados

ABDOMEN	
Dolor.	Dolor a la palpación profunda a nivel de fondo uterino por debajo de ombligo
Contorno abdominal	Redondeado, blando, sensible a la palpación profunda.
Simetría	Simétrico.
Características de la piel	No lesiones, presencia de estrías en contorno abdominal mínimo.
Cicatrices	No cicatrices.
Útero	Útero en proceso de involución, 10 cm.
GENITALES	No evaluados. Refiere eliminación de loquios en cantidad mínima
RECTO ANO	No evaluados.
MÚSCULO ESQUELÉTICOS	
Movilidad	Conservada
Extremidades Superiores	Móviles, sin alteración.
Extremidades Inferiores	Móviles, presencia de edema muy leve a nivel de tobillos.
SISTEMA NERVIOSO	
Estado de conciencia	Persona se muestra lúcida orientada en tiempo espacio y persona (LOTEP), comunicativa.
Capacidad Cognitiva	Persona consciente de su estado refiere sentirse cada día mejor, y responde a preguntas.
PARES CRANEALES	No evaluados

3.1.4. VALORACIÓN DE LOS PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

• PATRÓN PERCEPCIÓN / MANTENIMIENTO DE LA SALUD

Persona refiere preocupación porque recién nacido tiene dificultad para lactar. Madre refiere: “*conozco poco acerca de lactancia materna exclusiva, métodos anticonceptivos, higiene durante el puerperio*”; no responde acertadamente a preguntas.

• PATRÓN NUTRICIONAL METABÓLICO

El estado nutricional de la persona representado en el índice de masa corporal es igual a 25.59, persona refiere apetito normal, no presencia de náuseas.

El recién nacido tiene dificultad en coger el pezón de la madre puesto que éste no está formado, es casi plano; RN llora. Madre refiere que internaron a RN por dificultad para lactar e hipoglucemia pero ya se está recuperando.

• PATRÓN HIDROELECTROLÍTICO

La persona refiere que la frecuencia de miccionar ha aumentado, refiere sed, presenta edema muy leve a nivel de tobillos.

• PATRÓN ELIMINACIÓN

▪ Eliminación intestinal.

Refiere sensación de estreñimiento leve.

▪ Eliminación vesical.

Aproximadamente cada hora hay sensación de miccionar, al día aproximadamente 2000 cc de orina.

• PATRÓN DE ACTIVIDAD EJERCICIO

▪ **Estado Respiratorio:** Paciente presenta movimientos respiratorios rítmicos, evidencia FR. 20 X¹

▪ **Estado Cardíaco** : Paciente con ruidos cardíacos rítmicos, evidencia una FC. 72 X¹ y P/A 120/80 mmHg

• **PATRÓN DE ROL/RELACIÓN.**

Persona refiere preocupación porque no sabe si padre de recién nacido brindará su apoyo a futuro, y porque padres de la puérpera en un primer momento se sentían incómodos porque tuvo un hijo con una pareja no estable, ella percibe que el apoyo emocional no es el mismo.

• **PATRÓN AFRONTAMIENTO Y TOLERANCIA AL ESTRÉS**

Puérpera se siente preocupada, porque pareja no es estable, no brinda su apoyo, y familiares tampoco brindan apoyo emocional.

3.1.5. ANTECEDENTES

• **PERSONALES**

- Enfermedad Hereditaria : ninguna.
- Accidentes : ninguno.
- Alergias : no es alérgica.
- Quirúrgicas : ninguna.
- Patologías : ninguna.
- Transfusiones : niega haber recibido transfusiones.

• **SOCIOECONÓMICOS**

- Vivienda : de sus padres ubicado en el AA.HH Pedro Castro Alva.
- Servicios básicos : cuenta con servicios básicos.
- Actividad económica : trabajos eventuales.

3.2. DIAGNÓSTICO

3.2.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

DATOS	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN CONFRONTACIÓN CON LA LITERATURA	CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA
<p>Conocimientos deficientes relacionados al rol de madre.</p> <p>Puérpera manifiesta: me cuesta el cambio a ser madre.</p>	<p>- Adopción del rol maternal.- es el proceso interactivo y de desarrollo que se produce a lo largo del tiempo en el cual la madre crea un vínculo con su hijo, aprende las tareas de cuidado del rol y expresa el placer y la gratificación con el rol. El movimiento hacia el estado personal en el cual la madre experimenta un sentido de armonía, confianza y competencia en la realización del rol es el punto final para la adopción del rol maternal: identidad materna (9).</p>	<p>- Alteración del patrón rol-relaciones: desempeño inefectivo del rol maternal R/C preparación inadecuada y conocimientos mínimos sobre el rol de madre M/P expresión verbal: <i>“me cuesta el cambio a ser madre”</i>.</p>
<p>Puérpera manifiesta conocimientos deficientes sobre higiene durante el puerperio; puérpera permanece por lo general en reposo.</p>	<p><u>Déficit de Conocimiento:</u> Estado en que el individuo y su entorno carecen de los conocimientos o la información específica necesaria para el mantenimiento o la recuperación de la salud</p> <p>- Los hábitos de higiene son conductas aprendidas de una persona o familia los cuales si son aplicadas, ésta conllevan al bienestar físico y psicológico</p>	<p>- Alto riesgo a infección puerperal R/C cambios fisiológicos durante el puerperio, conocimientos limitados sobre la higiene durante el puerperio.</p>

	<p>previniendo: enfermedades, o posibles efectos adversos al normal desarrollo. En una mujer que atraviesa la etapa del puerperio, de manera fisiológica se eliminan los loquios, se presenta poliuria y polaquiuria, diaforesis; esto conlleva a una mayor predisposición de la puérpera a sufrir infecciones puerperales, más aún si no existe la práctica de una higiene adecuada (10).</p>	
<p>Puérpera manifiesta conocimientos deficientes sobre lactancia materna, alimentación de una mujer que da de lactar. Puérpera presenta pezón casi plano, recién nacido tiene dificultad para coger el pezón. Médico indica leche artificial.</p>	<p>- El desconocimiento sobre una lactancia materna efectiva conduce a diferentes complicaciones tanto para la madre como para el lactante, pues la lactancia materna es el mejor medio de proporcionar al niño(a) las sustancias nutritivas y vitales que necesita para su crecimiento y desarrollo, protección contra enfermedades alérgicas e infecciosas, seguridad emocional y amor, así mismo ofrece beneficios sobre la salud de la madre y ayuda a establecer un vínculo especial entre ella y su hijo. Cuando este contacto estrecho es establecido inmediatamente después de que el niño(a) nace se le llama apego, originando el</p>	<p>- Lactancia materna ineficaz R/C deficiencia de preparación de pezones en etapa prenatal y desconocimiento sobre su importancia M/P lactante tiene dificultad para agarrar el pecho, elección de lactancia artificial.</p>

	<p>amamantamiento inmediato, desarrollo rápido y menor llanto en el recién nacido. Para dar de lactar de manera adecuada se tiene que tener en cuenta la situación, postura, frecuencia, alternancia, digestión (9).</p>	
<p>Puérpera joven tiene con una pareja inestable, refiere conocimientos deficientes sobre planificación familiar y métodos anticonceptivos.</p>	<p>- Todos los hijos deben ser deseados. Todos los padres quieren dar a cada uno de sus hijos el amor y las oportunidades de una vida que todos los niños merecen. El embarazo no planeado, irresponsable, y los partos muy seguidos, alteran la salud física y mental de la madre, el equilibrio familiar y el de sus hijos. La planificación familiar es una forma de ayudar a la pareja a elegir libre y conscientemente cual es el número de hijos que desea tener y en el momento que halle más conveniente. Lo más importante en la planificación familiar es la correcta información de la pareja en cuanto a métodos anticonceptivos para que elijan el que más le agrade y posea menos inconvenientes para su caso (9).</p>	<p>- Alto riesgo a periodo intergenésico corto R/C déficit de conocimientos sobre planificación familiar y métodos anticonceptivos, pareja inestable, puérpera joven en edad fértil.</p>

<p>Puérpera refiere que pareja no es estable, no recibe el apoyo emocional adecuado de sus familiares.</p> <p>Puérpera manifiesta: mis padres se sienten incómodos porque tengo un hijo fuera de un compromiso formal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Afrontamiento familiar ineficaz circunstancia en la cual el soporte, confort, asistencia o ánimo con insuficientes, ineficaces o comprometidos, habitualmente por una persona sustentadora fundamental, la persona puede necesitarlo para controlar o dominar tareas adaptativas relacionadas con el estado de salud.(8) - Crisis familiares: expresión de las contradicciones entre la organización estructural y funcional de la familia y las demandas derivadas de los nuevos acontecimientos de la vida que se afronta que producen desorganización en el seno familiar (9). - Esta crisis puede producirse por el Incremento de miembros: incorporación de uno o mas miembros de la familia Ej: regreso de algún miembro que estaba ausente, adopciones o llegada de familiares huérfanos, nacimientos (9). 	<ul style="list-style-type: none"> - Afrontamiento familiar ineficaz R/C nacimiento de un miembro más en la familia, discrepancias con respecto a la forma de afrontar el problema M/P puérpera refiere que pareja no es estable, no recibe el apoyo emocional adecuado de sus familiares, referencia verbal de la madre: <i>“mis padres se sienten incómodos porque tengo un hijo fuera de un compromiso formal”</i>.
--	---	---

3.2.1. PRIORIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS

- Alteración del patrón rol-relaciones: desempeño inefectivo del rol maternal R/C preparación inadecuada y conocimientos mínimos sobre el rol de madre M/P expresión verbal: *“me cuesta el cambio a ser madre”*.
- Lactancia materna ineficaz R/C deficiencia de preparación de pezones en etapa prenatal y desconocimiento sobre su importancia M/P lactante tiene dificultad para agarrar el pecho, elección de lactancia artificial.
- Afrontamiento familiar ineficaz R/C nacimiento de un miembro más en la familia, discrepancias con respecto a la forma de afrontar el problema M/P puérpera refiere que pareja no es estable, no recibe el apoyo emocional adecuado de sus familiares, referencia verbal de la madre: *“mi padres se sienten incómodos porque tengo un hijo fuera de un compromiso formal”*.
- Alto riesgo a infección puerperal R/C cambios fisiológicos durante el puerperio, conocimientos limitados sobre la higiene durante el puerperio.
- Alto riesgo a periodo intergenésico corto R/C déficit de conocimientos sobre planificación familiar y métodos anticonceptivos, pareja inestable, puérpera joven en edad fértil.

3.3. PLANIFICACIÓN

- **DIAGNÓSTICO:** Alteración del patrón rol-relaciones: desempeño inefectivo del rol maternal R/C preparación inadecuada y conocimientos mínimos sobre el rol de madre M/P expresión verbal: *“me cuesta el cambio a ser madre”*.
- **OBJETIVO:** Mejorar el desempeño del rol materno.
- **CRITERIO RESULTADO:** Paciente adoptará paulatinamente el rol de madre, evidencia cuidado del recién nacido.

ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> - Establecer una relación adecuada y con empatía con la paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> - La empatía es la capacidad que debe tener el profesional de la salud para lograr obtener los datos más importantes y formular un adecuado diagnóstico.
<ul style="list-style-type: none"> - Valorar mediante preguntas el nivel de conocimientos sobre temas relacionados con el rol maternal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Una adecuada valoración dentro del proceso de atención de enfermería permite obtener los datos oportunos, conocer el nivel de conocimientos de la paciente en relación con el tema y partiendo de ello reforzarlos.
<ul style="list-style-type: none"> - Orientar a madre de la paciente para que comparta su experiencia como madre. 	<ul style="list-style-type: none"> - La adopción del rol maternal es un proceso, que consiste en asimilar conocimientos antes durante y después del embarazo y ponerlos en práctica, al compartir experiencias la paciente adoptará paulatinamente el rol de madre.
<ul style="list-style-type: none"> - Establecer una relación terapéutica con los padres de la paciente recomendándoles que 	<ul style="list-style-type: none"> - La teoría del apoyo social sostiene que el hombre es un ser social por naturaleza y en ese contexto necesita siempre el apoyo de alguien. Dicho

<p>brinden apoyo emocional a su hija.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientar a la paciente y a sus familiares para mantener un contacto continuo entre el Recién Nacido y la madre. - Promover la lactancia materna exclusiva. 	<p>apoyo se clasifica como apoyo social recibido y apoyo social percibido. El hecho de que los familiares más cercanos brinden el apoyo emocional a la paciente permite a ésta mejorar el estado anímico, disminuir la tensión, preocupación y a una mayor predisposición para cumplir a cabalidad el rol de madre.</p> <ul style="list-style-type: none"> - El modelo de interacción padre-hijo indica que el cuidador en este caso la madre debe hacer uso de sus cualidades y capacidades aprovechando su entorno para responder de manera adecuada a las características del bebé. Dicha interacción facilita la convivencia y por ende la aceptación del rol maternal. - La lactancia materna a la vez de ser el mejor medio para alimentar al recién nacido, se convierte en el mejor medio para una adecuada interacción madre-hijo; dicha interacción facilita la adopción del rol maternal.
---	--

- **DIAGNÓSTICO:** Lactancia materna ineficaz R/C deficiencia de preparación de pezones en etapa prenatal y desconocimiento sobre su importancia M/P lactante tiene dificultad para agarrar el pecho, elección de lactancia artificial.
- **OBJETIVO:** Mejorar la lactancia materna.
- **CRITERIO RESULTADO:** Recién nacido recibirá lactancia materna adecuada a libre demanda.

ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> - Valorar el nivel de conocimientos de la madre referente a la lactancia materna adecuada. - Brindar sesión educativa sobre lactancia materna exclusiva y sus beneficios. - Orientar a la madre las maniobras para formar mejor el pezón. 	<ul style="list-style-type: none"> - La adecuada valoración de los conocimientos previos en la madre permitirá una planificación adecuada de las intervenciones de enfermería haciendo uso de los medios y materiales adecuados a esa realidad. - La lactancia materna es un medio mediante el cual se brinda los aportes nutritivos al recién nacido, es insustituible y eso debe comprenderlo la madre. Al mismo tiempo la lactancia materna es un proceso fisiológico en el cual para el éxito deben participar de manera adecuada tanto la madre y el recién nacido, con la técnica adecuada, posición adecuada; así habrá un agarre apropiado, succión y deglución y nutrición exitosa. - Generalmente la lactancia materna ineficaz se produce por alteraciones anatómicas ya sea en la madre o en el recién nacido, en este caso la presencia de pezones no formados

- **DIAGNÓSTICO:** Afrontamiento familiar ineficaz R/C nacimiento de un miembro más en la familia, discrepancias con respecto a la forma de afrontar el problema M/P puérpera refiere que pareja no es estable, no recibe el apoyo emocional adecuado de sus familiares, referencia verbal de la madre: *“mi padres se sienten incómodos porque tengo un hijo fuera de un compromiso formal”*.
- **OBJETIVO:** Afrontar positivamente la presencia de un nuevo miembro en la familia.
- **CRITERIO RESULTADO:** Familia de la Puérpera aceptará progresivamente la presencia de un nuevo miembro en la familia y brindará su apoyo para su crecimiento y desarrollo normal.

ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> - Entablar una relación adecuada con los padres de la paciente. - Orientar a padres de la paciente sobre la importancia del apoyo emocional y su necesidad durante el puerperio. - Brindar apoyo con personal especializado sobre estabilidad emocional para la paciente y los padres de la misma. 	<ul style="list-style-type: none"> - Necesariamente para generar confianza por parte de otras personas, es necesario entablar una relación mediante la conversación y otros medios de manera acertada. - El puerperio es una etapa posparto, que, no solamente se caracteriza por los cambios biológicos, anatómicos y/o fisiológicos, todo lo contrario, en esta etapa suscitan principalmente cambios psicológicos y sociales, en ese aspecto es de mucha importancia el apoyo emocional de los padres hacia la paciente. - Las circunstancias determinan el comportamiento de la persona. La participación de un profesional especializado ayudará la paciente y a sus padres a aceptar dichas circunstancias y superarlas.

- **DIAGNÓSTICO:** Alto riesgo a infección puerperal R/C cambios fisiológicos durante el puerperio, conocimientos limitados sobre la higiene durante el puerperio.
- **OBJETIVO:** Evitar la infección puerperal de la paciente.

ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> - Lavado de manos antes de evaluar a la paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> - El lavado de manos es un procedimiento que permite mediante el arrastre mecánico y fricción eliminar los microorganismos recurrentes y disminuir el riesgo a infecciones.
<ul style="list-style-type: none"> - Control de signos vitales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Los signos vitales son un referente muy importante para determinar el estado del paciente; cualquier valor fuera de lo normal permite tomar acciones oportunas. En un caso de infección se pueden ver alteradas la temperatura, el pulso, la frecuencia respiratoria.
<ul style="list-style-type: none"> - Realizar un examen físico exhaustivo principalmente a nivel de senos, fondo uterino y genitales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cualquier complicación infecciosa que puede presentarse durante el puerperio afecta principalmente a los senos (mastitis), y a nivel del aparato reproductor femenino (endometritis, parametritis, tromboflebitis, etc.).
<ul style="list-style-type: none"> - Valorar las características de los loquios. 	<ul style="list-style-type: none"> - Los loquios son sustancias compuestas por sangre, restos que pueden presentarse en el fondo uterino y que se eliminan de manera natural o apoyada a través de la vagina; no debe tener olor fuerte, y su color

<ul style="list-style-type: none"> - Valorar la técnica adecuada de lactancia. - Orientar sobre los masajes a nivel de senos y fondo uterino. - Orientar sobre una deambulaci3n continua. - Orientar sobre higiene adecuada. 	<p>evoluciona entre rojo, rosado, blanco de acuerdo al paso de los d3as posparto. Cualquier alteraci3n en sus caracter3sticas es una muestra proceso infeccioso.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Una t3cnica inadecuada en la lactancia materna conlleva a la aparici3n de grietas y/o inflamaci3n a nivel de la gl3ndula mamaria, que son medios que facilitan la invasi3n de microorganismos. - Los masajes a nivel de los senos permite una mejor eyecci3n de la leche y a la no obstrucci3n de los conductos galact3foros, evitando as3 la inflamaci3n y/o infecci3n. Los masajes a nivel del fondo uterino facilitan la involuci3n uterina, la expuls3n de los loquios evitando el estancamiento y posteriores complicaciones. - La deambulaci3n continua facilita el descenso de los loquios y la involuci3n uterina adem3s disminuye el dolor por las contracciones. - En las mujeres y principalmente durante el puerperio, se debe dar mucha importancia a la higiene adecuada para evitar la invasi3n de microorganismos por arrastre desde el ano hacia la vagina.
--	--

- **DIAGNÓSTICO:** Alto riesgo a periodo intergenésico corto R/C déficit de conocimientos sobre planificación familiar y métodos anticonceptivos, pareja inestable, puérpera joven en edad fértil.
- **OBJETIVO:** Disminuir el riesgo a periodo intergenésico corto.

ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> - Orientar a paciente sobre paternidad y maternidad responsable. - Orientar sobre el inicio de relaciones coitales. - Orientar mediante sesión educativa sobre la planificación familiar y los métodos anticonceptivos. 	<ul style="list-style-type: none"> - La paternidad y la maternidad son los roles que deben asimilar y cumplir la pareja con la mayor responsabilidad, para ello además de la madurez biológica, la pareja debe alcanzar una madurez psicosocial; pues la gran mayoría de problemas conyugales y familiares se producen por esa inmadurez, y los principales afectados son los hijos. - Toda relación coital significa un riesgo para que la mujer quede embarazada. Durante las primeras seis semanas posparto el organismo de la mujer recupera su estado normal, y es cuando puede iniciar las relaciones coitales, el riesgo a quedar embarazada aumenta después de las 9 semanas posparto dependiendo de las madres que amamantan o no lo hacen. - Todos los hijos deben ser deseados. Todos los padres quieren dar a cada uno de sus hijos el amor y las oportunidades de una vida que todos los niños merecen. El embarazo no planeado, irresponsable, y los partos

<ul style="list-style-type: none"> - Persuadir para que la paciente se acerque al establecimiento de salud y decida por un método anticonceptivo a utilizar. - Realizar visita de seguimiento antes de las seis semanas posparto. 	<p>muy seguidos, alteran la salud física y mental de la madre, el equilibrio familiar y el de sus hijos. La planificación familiar es una forma de ayudar a la pareja a elegir libre y conscientemente cual es el número de hijos que desea tener y en el momento que halle más conveniente. Lo más importante en la planificación familiar es la correcta información de la pareja en cuanto a métodos anticonceptivos para que elijan el que más le agrade y posea menos inconvenientes para su caso.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La planificación familiar es un programa, política de gobierno orientado a brindar los servicios a todas las personas de manera gratuita para evitar los embarazos no deseados y otras consecuencias. - Las visitas de seguimiento son de mucha importancia para evaluar como están superando las situaciones tanto a nivel de la madre (puérpera) y del hijo (recién nacido o lactante).
---	--

3.4. EJECUCIÓN

FECHA	HORA	ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA
26-10-10	7:00 am 7:45 am	<p>P. Alteración del patrón rol-relaciones: desempeño inefectivo del rol maternal R/C preparación inadecuada y conocimientos mínimos sobre el rol de madre M/P expresión verbal: “<i>me cuesta el cambio a ser madre</i>”.</p> <p>I.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entablar una relación adecuada y con empatía con la paciente. - Valorar mediante preguntas el nivel de conocimientos sobre temas relacionados con el rol maternal. - Orientar a madre de la paciente para que comparta su experiencia como madre.
27-10-10	5.00pm 7.00 pm	<ul style="list-style-type: none"> - Entablar una relación terapéutica con los padres de la paciente recomendándoles que brinden apoyo emocional a su hija. - Orientar a la paciente y a sus familiares para mantener un contacto continuo entre el recién nacido y la madre. - Promover la lactancia materna exclusiva. <p>E: Se observa un mejor desempeño del rol maternal y los cuidados brindados al recién nacido son adecuados.</p>
26-10-10	7:00 am 7:45 am	<p>P: Lactancia materna ineficaz R/C deficiencia de preparación de pezones en etapa prenatal y desconocimiento sobre su importancia M/P lactante tiene dificultad para agarrar el pecho, elección de lactancia artificial.</p> <p>I.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valorar el nivel de conocimientos de la madre referente a la lactancia materna adecuada. - Brindar sesión educativa sobre lactancia materna exclusiva y sus beneficios.

		<ul style="list-style-type: none"> - Orientar a la madre las maniobras para formar mejor el pezón. - Orientar a la madre sobre cuidados del recién nacido: curación de ombligo, baño completo, cambio de pañal. - Evaluar los conocimientos asimilados y retroalimentar. <p>E: Recién nacido recibe lactancia materna adecuada.</p>
26-10-10	7:00 am 7:45 am	<p>P: Afrontamiento familiar ineficaz R/C nacimiento de un miembro más en la familia, discrepancias con respecto a la forma de afrontar el problema M/P puérpera refiere que pareja no es estable, no recibe el apoyo emocional adecuado de sus familiares, referencia verbal de la madre: <i>“mi padres se sienten incómodos porque tengo un hijo fuera de un compromiso formal”</i></p>
27-10-10	5:00 pm 7:00 pm	<p>I:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entablar una relación adecuada con los padres de la paciente. - Orientar a padres de la paciente sobre la importancia del apoyo emocional y su necesidad durante el puerperio. - Brindar orientación sobre estabilidad emocional para la paciente y la madre de la misma. <p>E: Madre de la paciente muestra predisposición a brindar apoyo a su hija y recién nacido, refiere que conversará con su esposo.</p>
26-10-10	7:00 am 7:45 am	<p>P: Alto riesgo a infección puerperal R/C cambios fisiológicos durante el puerperio, conocimientos limitados sobre la higiene durante el puerperio</p> <p>I:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lavado de manos antes de evaluar a la paciente. - Control de signos vitales. - Realizar un examen físico exhaustivo principalmente a nivel de senos, fondo uterino y genitales.

		<ul style="list-style-type: none"> - Valorar las características de los loquios. - Valorar la técnica adecuada de lactancia. - Orientar sobre los masajes a nivel de senos y fondo uterino. - Orientar sobre una deambulación continua. - Orientar sobre higiene adecuada. <p>E: paciente no presenta ninguna infección puerperal.</p>
26-10-10	7:00 am 7:45 am	<p>P: Alto riesgo a periodo intergenésico corto R/C déficit de conocimientos sobre planificación familiar y métodos anticonceptivos, pareja inestable, puérpera joven en edad fértil.</p> <p>I:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientar a paciente sobre paternidad y maternidad responsable. - Orientar sobre el inicio de relaciones coitales. - Orientar mediante sesión educativa sobre la planificación familiar y los métodos anticonceptivos. - Persuadir para que la paciente se acerque al establecimiento de salud y decida por un método anticonceptivo a utilizar. <p>E: paciente muestra interés por la información brindada y manifiesta su compromiso por iniciar el uso de un método anticonceptivo que decidirá.</p>
31-10-10	5:00 pm 7:00 pm	

3.5. EVALUACIÓN

ESTRUCTURA

VALORACIÓN	<ul style="list-style-type: none">* La captación de la paciente se llevó a cabo en el Hospital Regional Virgen de Fátima-Chachapoyas, el servicio de pediatría, alojamiento conjunto.* Se realizó el examen físico priorizando de acuerdo a la etapa de posparto. Se realizó la anamnesis correspondiente
DIAGNÓSTICO	En esta etapa del proceso de atención de enfermería teniendo en cuenta los datos obtenidos en la valoración, previo análisis y confrontación con la literatura se formularon los diagnósticos y se priorizaron.
PLANIFICACIÓN	Se planificaron actividades fundamentadas científicamente, orientadas a la paciente, su hijo y su familia
EJECUCIÓN	En esta etapa se contó con la colaboración tanto de la paciente y su familia para ejecutar lo programado
EVALUACIÓN	Se realizó esta etapa teniendo en cuenta el número de actividades programadas, objetivos y resultados esperados.

PROCESO

Se desarrollo el proceso de atención de enfermería de manera sistemática, brindando los cuidados de acuerdo a lo planificado

RESULTADO

De las 28 actividades programadas que representa el 100% se desarrollaron en total 26 actividades que representa el 92.86% del total y en lo que se refiere a los objetivos y resultados esperados se logró aproximadamente el 85% de lo planificado.

IV. DISCUSIÓN

Generalmente el trabajo de parto y el nacimiento progresan sin problemas; los resultados son positivos tanto para la madre como para el recién nacido ello está representado en los datos de la OMS, quienes refieren que del 100% de los partos el 80% pueden concluir de manera normal, 15% requiere atención de algún personal de salud y sólo el 5% requiere de atención especializada. Sin embargo, en la etapa posparto se pueden presentar una serie de complicaciones para la púérpera. Datos del MINSA indican que en el año 2000 la tasa de mortalidad materna era 185/100000 (185 muertes maternas por cada 100000 nacidos vivos), lo cual para el año 2010 disminuyó a 103/100000 (103 muertes maternas por cada 100000 nacidos vivos), pues, hablar de maternidad es hablar de un alto riesgo a mortalidad lo cual se asocia a diferentes factores

Durante el puerperio, las primeras 24 horas son de mayor riesgo, pues el personal de enfermería debe brindar cuidados de manera eficaz y eficiente considerando una vigilancia estricta las dos primeras horas puesto que es la etapa de mayor posibilidad de hemorragia postparto, que es una de las primeras causas de muerte materna en el Perú. Durante el puerperio mediano, la posibilidad a muerte materna disminuye incrementándose la morbilidad asociada principalmente a las infecciones puerperales. Necesariamente el personal de enfermería debe estar capacitado para enfrentar diferentes circunstancias que se pueden presentar durante el puerperio.

Sin embargo, en la presente experiencia no se presentó causas que se asocien con la muerte materna, pues en todo momento fue resuelto por el personal de salud y en lo referente a las infecciones puerperales se evitaron con la participación activa del personal de enfermería mediante los cuidados brindados y el compromiso de la paciente. Ahí radica la importancia de la profesión de enfermería y de su participación en la atención integral de las púerperas siempre teniendo en cuenta el enfoque intercultural.

V. CONCLUSIÓN

- El puerperio es una etapa en la cual la mujer experimenta el mayor riesgo, incluido la muerte, convirtiéndose así, en un problema de salud pública.
- Para el éxito del proceso de atención de enfermería aplicado a una persona durante la etapa del puerperio se debe desarrollarlo de manera sistemática y con una base científica.
- Se realizó los cuidados de enfermería priorizando las necesidades, identificando problemas reales y potenciales de la puérpera y su familia.
- Se priorizó los diagnósticos de enfermería de acuerdo a las necesidades y se planificaron las actividades que luego se ejecutaron al 92.86%.
- Las actividades ejecutadas permitieron alcanzar los objetivos planificados al 85% puesto que algunos objetivos son a mediano plazo.

VI. RECOMENDACIÓN

1. A la persona y su familia

- Practicar estilos de vida saludables, cumpliendo con las orientaciones del personal de salud para evitar complicaciones durante el puerperio.
- Frente a cualquier problema de salud durante la gestación y puerperio acudir al establecimiento de salud o profesional de salud.

2. Al personal de salud e instituciones de salud

- Buscar alternativas para captar a todas las gestantes y lograr que todos los partos sean institucionales.
- Brindar una atención integral con un enfoque intercultural, teniendo claro los conceptos de persona, familia y comunidad, y la salud concibiéndolo como un derecho mas no como un privilegio.
- Establecer requisitos para la dotación de personal y así lograr captar profesionales de la salud capacitado y especializado y pueden atender las necesidades de zonas más dispersas y alejadas disminuyendo los índices de morbi – mortalidad materna –perinatal.

3. A los docentes de la Facultad de Enfermería de la UNTRM-A

- Durante la formación en el pregrado priorizar el área comunitaria que permita articular la teoría con la práctica en la atención de enfermería en el desarrollo y salud de la mujer logrando futuros profesionales con enfoque preventivo promocionales.
- Implementar las prácticas extracurriculares a nivel de puestos y centros de salud, durante las vacaciones para fortalecer los conocimientos y habilidades en la atención de enfermería en el desarrollo y salud de la mujer.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alvarado Alva J. (1994). “Manual de Obstetricia”. Editorial San Marcos. Lima. Perú. Pág. 103 – 109.
2. Carpenito Lynda J. (1999). “Planes De Cuidado Y Documentación En Enfermería”. Editorial MC. GRAW-HILL. ESPAÑA.140 – 148.
3. Guyton y Hall. (2006). “Tratado de Fisiología Médica” 11º Edición. Editorial Elsevier. Madrid. España. Pág. 1032 – 1036.
4. Hernández Conesa J. (1999) “Fundamentos De la Enfermería”. Editorial Mc Graw- Hill Interamericana. Madrid – España. Pág. 1 – 43.
5. Jara Y Llamocca (2007) “Proceso de Enfermería”, Editorial COPYGRAPH BEUTISTA E.I.R.L. Ayacucho-Perú. Pág. 107 – 142.
6. Marriner Tomey A (2005) “Modelos y Teorías en Enfermería” 5º edición, editorial ELSEVIER. Madrid-España. Pág. 465 – 493
7. MINSA (2004) “Guías Nacionales de Atención Integral de la salud Sexual y Reproductiva”. Lima-Perú. Pág.: 40 - 42.
8. NANDA. (2004). “Diagnóstico Enfermero: Definiciones y Clasificaciones” Editorial El Sevier. Madrid- España. Pag. 90 - 204
9. Reder, Sharon (1995) “Enfermería Materno Infantil”.17º Edición, Editorial Mc Graw Hill. México. Pág.: 722 – 762.
10. Schwarcz, Ricardo. (2005) “Obtetricia”. 6ª Edición. Editorial El Ateneo. Buenos Aires Argentina Pág. 530 - 538 y 644 - 659.
11. Suróz A. (2001) “Semiología Médica y Técnica Exploratoria” 8ª ed. Edit. Masón Barcelona – España. Pág. 512-513.

ANEXOS

PLAN DE VISITA DOMICILIARIA N° 01

I. DATOS INFORMATIVOS:

- a. Nombre de la persona: Sra. Ruth Gennina Isla Pérez.
- b. Dirección : Av. Canadá, Lte. 25 AA.HH Pedro Castro Alva.
- c. Fecha : 27/10/2010.
- d. Hora : 5:00 pm.
- e. Responsable : Br. Enf. Segundo Pedro Culquimboz Rojas.

II. RECURSOS:

- a. *Humanos: responsable de la sesión educativa, persona puérpera y familiares.
- b. Materiales: útiles de escritorio e instrumentos de recolección de datos, rotafolio sobre lactancia materna.

III. OBJETIVOS:

- a. General: Identificar y brindar cuidados de Enfermería a la persona puérpera y RN.
- b. Específicos:
 - Educar sobre la importancia de la lactancia materna para la madre y el niño
 - Educar sobre técnicas de amamantamiento, cuidado de los pezones, técnica de extracción de leche, conservación y posterior utilización de ésta.

IV. ACTIVIDADES:

- Continuar con la recolección de datos de la persona puérpera.
- Brindar cuidados de enfermería a la persona puérpera.
- Brindar sesión educativa sobre lactancia materna.

V. EVALUACIÓN:

Se realizará de acuerdo a las actividades hechas en visita.

INFORME DE VISITA DOMICILIARIA N°01

I. DATOS INFORMATIVOS:

- a. Nombre de la persona: Sra. Ruth Gennina Isla Pérez.
- b. Dirección : Av. Canadá, Lte. 25 AA.HH Pedro Castro Alva.
- c. Fecha : 27/10/2010.
- d. Hora : 7:00 pm.
- e. Responsable : Br. Enf. Segundo Pedro Culquimboz Rojas.

II. INFORME PROPIAMENTE DICHO:

- La visita domiciliaria se ejecutó ubicando a la persona puérpera en su domicilio.
- Se continuó con la recolección de datos objetivos y subjetivos.
- Se brindo los cuidados de enfermería.
- Se brindó sesión educativa sobre lactancia materna, su importancia.

III. EVALUACIÓN:

La visita domiciliaria se ejecutó de acuerdo a lo planificado, además se tuvo buena acogida por parte de la persona puérpera y su familia, quienes colaboraron con el desarrollo de la visita.

*SEGUNDO PEDRO CULQUIMBOZ ROJAS
BACHILLER EN ENFERMERÍA*

PLAN DE VISITA DOMICILIARIA N° 02

I. DATOS INFORMATIVOS:

- a. Nombre de la persona: Sra. Ruth Gennina Isla Pérez.
- b. Dirección : Av. Canadá, Lte. 25 AA.HH Pedro Castro Alva.
- c. Fecha : 31/10/2010.
- d. Hora : 5:00 pm.
- e. Responsable : Br. Enf. Segundo Pedro Culquimboz Rojas.

II. RECURSOS:

- a. Humanos: responsable de la sesión educativa, persona puérpera y familiares.
- b. Materiales: útiles de escritorio e instrumentos de recolección de datos, rotafolio sobre métodos anticonceptivos.

III. OBJETIVOS:

- a. General: brindar cuidados de Enfermería a la persona puérpera y a recién nacido.
- b. Específicos:
 - Educar sobre la planificación familiar y el uso de métodos anticonceptivos
 - Comprometer a la persona puérpera elegir un método anticonceptivo a utilizar.

IV. ACTIVIDADES:

- Brindar cuidados de enfermería a la persona puérpera y a recién nacido.
- Brindar sesión educativa sobre planificación familiar y el uso de métodos anticonceptivos

V. EVALUACIÓN:

Se realizará de acuerdo a las actividades hechas en visita.

INFORME DE VISITA DOMICILIARIA N°02

I. DATOS INFORMATIVOS:

- a. Nombre de la persona: Sra. Ruth Gennina Isla Pérez.
- b. Dirección : Av. Canadá, Lte. 25 AA.HH Pedro Castro Alva.
- c. Fecha : 31/10/2010.
- d. Hora : 7:00 pm.
- e. Responsable : Br. Enf. Segundo Pedro Culquimboz Rojas.

II. INFORME PROPIAMENTE DICHO:

- La visita domiciliaria se ejecutó ubicando a la persona puérpera en su domicilio.
- Se brindó los cuidados de enfermería a la persona puérpera y a recién nacido.
- Se brindó sesión educativa sobre planificación familiar y el uso de métodos anticonceptivos; su importancia.

III. EVALUACIÓN:

La visita domiciliaria se ejecutó de acuerdo a lo planificado, la persona puérpera acepta la importancia de la planificación familiar; familiares colaboraron.

*SEGUNDO PEDRO CULQUIMBOZ ROJAS
BACHILLER EN ENFERMERÍA*

PLAN DE SESIÓN EDUCATIVA 01

I. ETAPA DETERMINATIVA:

- 1.1.TEMA : lactancia materna.
- 1.2.DIRIGIDO A : Sra. Ruth Gennina Isla Pérez.
- 1.3.A CARGO DE : Br. Enf. Segundo Pedro Culquimboz Rojas.
- 1.4.LUGAR : Av. Canadá, Lte. 25 AA.HH Pedro Castro Alva.
- 1.5.FECHA : 27 de octubre de 2010.
- 1.6.HORA : 5:30 p.m.
- 1.7.DURACIÓN : 30 minutos.
- 1.8.OBJETIVO GENERAL: Promover la lactancia materna en la persona a quien va dirigido la sesión educativa.
- 1.9.OBJETIVOS ESPECÍFICOS:
- Educar sobre los beneficios de la lactancia para la madre y el niño.
 - Educar sobre la técnica de preparación y cuidado de los pezones.
 - Educar sobre la técnica de amamantamiento.
 - Educar sobre la técnica de extracción de leche, conservación y posterior utilización de ésta.

II. DESARROLLO DEL TEMA:

2.1.INTRODUCCIÓN:

Amamantar es dar vida y amor. Es alimentar, confortar, proteger y comunicarse.

Es la alimentación del niño directamente del seno. Es muy importante la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y complementaria hasta los dos años. La leche materna proporciona mejor nutrición y reduce riesgos de enfermar. La leche materna presenta en su composición sustancias grasas que son esenciales para el

desarrollo neurológico de los lactantes, traducándose en las capacidades intelectuales futuras.

2.2.MOTIVACIÓN:

Chiste La leche...

Esto es un marinero que se va de viaje dejando a su mujer embarazada y a su familia. Cuando vuelve ve que su mujer ha tenido un hijo negro y le dice:

¡¿Pero cómo puede ser que hayamos tenido un hijo negro, si yo soy completamente blanco y tu también?!

Y la mujer responde, Porque cuando nació yo no tenía leche, a si que contraté a una asistenta negra para que le diese de mamar y se ha puesto así.

El marinero, no muy convencido, va a preguntarle a su madre si eso era posible:

¡Pues claro que es posible hijo!, verás yo cuando eras pequeño te di leche de vaca, ¡y mira que cuernos tan grandes te están saliendo!

2.3.CONTENIDO:

LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna es el mejor medio de proporcionar al niño(a) las sustancias nutritivas y vitales que necesita para su crecimiento y desarrollo, protección contra enfermedades alérgicas e infecciosas, seguridad emocional y amor, así mismo ofrece beneficios sobre la salud de la madre y ayuda a establecer un vínculo especial entre ella y su hijo. Cuando este contacto estrecho es establecido inmediatamente después de que el niño(a) nace se le llama apego, originando el amamantamiento inmediato, desarrollo rápido y menor llanto en el recién nacido.

INICIO DE LA LACTANCIA:

La lactancia materna (también se le llama lactancia natural) debe iniciarse inmediatamente después del parto. La primera mamada debe tener lugar en la cama o en la mesa del parto, aún antes del examen médico de rutina.

Los reflejos de mamar (succión) y de búsqueda del niño(a), son muy fuertes facilitando en la madre la producción de una hormona que se le llama oxitocina, esta permite la contracción del útero, expulsión de la placenta y la disminución del sangrado después del parto.

LA FRECUENCIA:

Esta varía entre un niño (a) y otro e inclusive en la misma madre, algunos niños son muy exigentes e inquietos y quieren mamar cada 1 ó 2 horas día y noche, otros son más tranquilos y exigen comer sólo 5 veces al día; no debe haber horarios fijos, ni límite de tiempo de mamada. Hay que dejar que el niño (a) succione hasta que el mismo suelte la teta.

LA DURACIÓN:

La duración "ideal" para la lactancia materna exclusiva es desde el momento en que el niño nace hasta los 6 meses, edad en la cual la leche humana o de la madre es insuficiente por sí sola. De los 6 meses a los dos años de edad, se inicia la alimentación complementaria oportuna, adecuada, debidamente administrada, donde se comienza a introducir nuevos alimentos y se mantiene la lactancia materna.

COMPOSICIÓN DE LA LECHE MATERNA:

- 1. Proteínas:** El contenido de proteínas de la leche materna es de los más bajos, en comparación a todos los mamíferos. Proporcionan el 15 % del valor calórico total. El 60 % de ellas son albúminas y lactoglobulinas (incluyendo anticuerpos) y el 40 % es caseína.
- 2. Lípidos:** Los lípidos de la leche materna proporcionan alrededor del 50 % del valor calórico total e intervienen como factor de saciedad durante el amamantamiento. Predominan los ácidos grasos insaturados como el oléico, linoléico y araquidónico, que son esenciales y cuya falta produce alteraciones cutáneas y del sistema nervioso.

3. **Carbohidratos:** Proporcionan alrededor del 35 % del valor calórico total. La lactosa es el azúcar principal de la leche materna y está formada por glucosa y galactosa, necesarias para la formación de cerebrósidos integrantes del sistema nervioso.
4. **Otros:** La leche materna contiene todas las vitaminas y minerales que requiere el recién nacido. La leche materna, desde el punto de vista bioquímico, es una solución que contiene: proteínas, lactosa, minerales y vitaminas hidrosolubles y es también una emulsión porque contiene grasas y vitaminas liposolubles. Es el alimento ideal para el lactante porque, a diferencia de la leche de vaca, va modificando su composición, adaptándose a las necesidades del niño a lo largo de la lactancia.

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE LA LACTANCIA MATERNA?

La lactancia materna es importante porque al adoptarse de forma universal:

- **Evitará** que millones de niños sufran de enfermedades que se pueden prevenir, como diarrea, infecciones de oído y respiratorias.
- **Proveerá** seguridad alimenticia total para el lactante durante los primeros seis meses y continuará siendo una fuente de nutrición muy importante por lo menos durante sus primeros dos años de vida.
- **Incrementará** el vínculo madre/hijo.
- **Favorecerá** el crecimiento óptimo de los niños del mundo en las áreas emocional y cognitiva.
- **Disminuirá** la tasa de mortalidad materna por hemorragia posparto.
- **Proveerá** una forma natural de espaciar embarazos y por tanto protegerá tanto a la madre como a sus hijos.
- **Ahorrrará** recursos vitales como combustible y agua; tiempo y energía de la mujer.
- **Ahorrrará** gastos médicos, ya que previene enfermedades y alergias.

FISIOLOGÍA DE LA LACTANCIA:

Las glándulas mamarias pueden imaginarse como un conjunto de "racimos de uvas", correspondiendo las uvas a pequeños sacos donde se produce la leche a partir de sustancias nutritivas que llegan a través de la sangre. Estas "uvas" (alvéolos) están unidas a pequeños conductos (canalículos) que se van uniendo entre sí, formando un canal más ancho, que se encuentra dentro de la areola y que se adelgaza, terminando en el pezón.

La producción láctea comienza desde el embarazo, por eso es frecuente que salga un poco de leche durante la gestación. Cuando el bebé succiona el pezón, envía una señal a la glándula hipófisis materna, la cual va a producir varias hormonas, responsables de la producción de leche, de su salida por los pezones y de la contracción uterina.

El tamaño de los pechos no influye en la producción láctea, su tamaño depende de la acumulación de grasa y no del tejido glandular; aún con pechos pequeños se puede producir abundante cantidad de leche. Si los pezones son hundidos o pequeños, mejorarán con la succión que ejerza el bebé.

Para que la secreción láctea funcione correctamente son necesarios:

- Deseo de amamantar: la angustia o el temor pueden entorpecer la secreción láctea, por un mecanismo psicológico-neurológico-hormonal.
- Estímulo del pezón que proporciona el bebé al succionarlo.

Se deberá iniciar la lactancia tan pronto como el niño y su madre estén estables, porque el niño al nacer tiene un poderoso reflejo de succión que se debe aprovechar, ya que es el estímulo que la madre necesita para producir la leche. Mientras más tiempo se retarde su inicio, mayor tiempo se retardará la producción de la leche. En el transcurso de la lactancia materna la composición de la leche sufrirá una serie de variaciones, por lo que se pueden distinguir tres clases de leches:

- 1) **Calostro:** Los primeros tres o cuatro días se produce una leche viscosa y amarillenta con gran contenido de proteínas de fácil absorción y muy rica en vitaminas y sustancias bactericidas e inhibidoras de gérmenes, así como numerosos anticuerpos que protegerán al bebé contra infecciones. Además contiene factores que estimulan los mecanismos de coagulación sanguínea. Por su composición, irá acostumbrando al organismo del niño a sus procesos digestivos.
- 2) **Leche de Transición:** Después de la aparición del calostro, la leche materna se verá más blanca y espesa y su composición será más parecida a la leche madura; esta "subida de la leche", que ocurre entre el tercer y séptimo día, puede ir acompañada de dolor mamario y un ligero aumento de la temperatura materna.
- 3) **Leche madura:** Es una secreción blanca que aparece aproximadamente entre diez y treinta días después del parto y que contiene todos los nutrientes que el niño requiere para su crecimiento y desarrollo, además proporciona los anticuerpos y sustancias que protegerán al niño de las infecciones.

ETAPAS DE LA ALIMENTACIÓN:

En el primer año de vida existen tres etapas de la alimentación, cuyos límites son imprecisos:

1. **Período de lactancia:** va desde el nacimiento hasta los cuatro a seis meses. Durante esta etapa el organismo del niño es aún inmaduro y solamente tiene la capacidad para asimilar la leche materna, las fórmulas de leche maternizada y mucílagos (agua de arroz o cebada).
2. **Período transicional:** va desde los cuatro a seis meses hasta el año de edad. Durante esta etapa el organismo madura y está en capacidad de asimilar otros alimentos, aproximándose sus capacidades a las del adulto.
3. **Período de adulto modificado:** niños mayores de un año. En esta etapa las funciones biológicas alcanzan casi el grado de eficiencia del adulto y la

maduración en el desarrollo psicomotor permite que el niño aprenda a comer por sí mismo.

MECANISMO DE PRODUCCION DE LA LECHE

Cuando el niño succiona se envía un mensaje al cerebro.



El mensaje estimula la liberación de dos tipos de sustancias químicas (hormonas).

Una de las hormonas estimula la producción de la leche.

La otra, favorece su salida.

La producción de la leche será adecuada siempre que el niño succione con frecuencia.

LAS TÉCNICAS DE AMAMANTAMIENTO:

A) Posición.

B) Agarre.

Están referidas a la posición adecuada de la madre y el niño(a) para realizar este acto de amamantar.

Para ayudar a una madre a colocar a su niño (a) a una posición adecuada:

- La madre debe estar cómoda y relajada.
- La cabeza y el cuerpo del niño(a) alineados.
- La cara del niño(a) de frente al pecho.
- El cuerpo del niño(a) pegado al de la madre.
- Sosteniéndole las nalgas.

A) POSICIONES:

Las posiciones más comunes para amamantar son las siguientes: posición acostada, posición sentada, posición de Patilla y otros:

POSICIONES PARA AMAMANTAR AL NIÑO(A)



Posición Sentada



Posición Acostada



Posición de Patilla

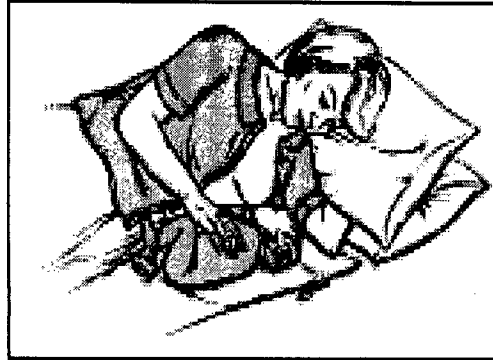
En la posición de arrullo usted tiene que poner la cabeza del bebé encima de la articulación de su brazo. Déle apoyo a la espalda y cola de su bebé con el resto del brazo y la mano. Su bebé estará acostado de medio lado con su cara mirándola a usted. Su seno debe estar justo enfrente de la cara del bebé.



La posición de bola de fútbol americano consiste en poner al bebé debajo de su brazo como un balón de fútbol americano, con la cabeza de él o de ella descansando sobre su mano. Apoye al cuerpo del bebé con su antebrazo. Esta puede ser una buena posición si está recuperándose de una cesárea o si su bebé es demasiado pequeño.

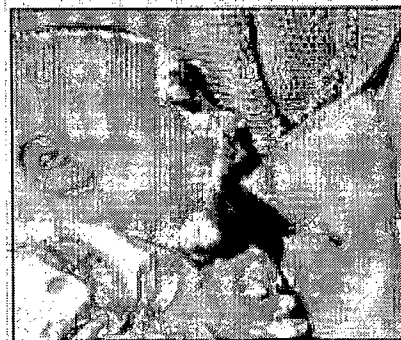


También se puede acostarte de medio lado con la cara del bebé hacia usted. Puede usar almohadas para apoyar su cabeza y hombros.



CÓMO OFRECER EL PECHO PARA UNA PRENSIÓN CORRECTA:

Tomando el pecho con la mano en forma de "C", estimular el labio inferior del bebé para que abra bien la boca y acercarlo rápidamente al pecho.


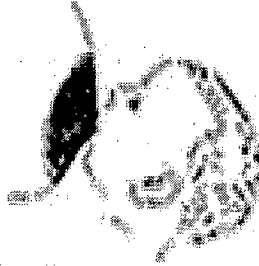






El bebé debe abarcar la mayor parte de la areola con su boca. La tetilla formada por la areola y el pezón llena la boca y no deja espacio para que el pecho se mueva dentro de la boca.



Amamante cuando el bebé lo requiera al menos cada 2 horas, y cuando muestre señales de estar hambriento. El llanto es un signo tardío del apetito. Amamántelo alrededor de 10 a 15 minutos en cada mama.

B) AGARRE:

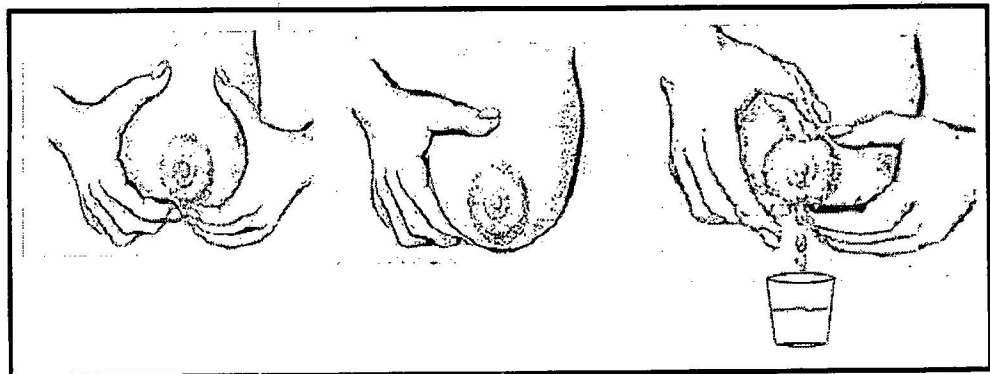
AGARRE CORRECTO E INCORRECTO DE AMAMANTAMIENTO GRAFICO Nro 2	
Posición Correcta	Posición Incorrecta
 <p>Bebé succionando en posición correcta</p>	 <p>Bebé succionando en posición defectuosa</p>
 <p>La aerola y el pezón forman una tetilla dentro de la boca del bebé</p>	 <p>Bebé succionando solamente el pezón, y la punta de la lengua permanece dentro de la boca.</p>
 <p>La lengua presiona los senos lactíferos, obteniendo así la leche</p>	 <p>Las encías del bebé presionan el pezón, sin obtener leche</p>

EXTRACCIÓN MANUAL:

La extracción manual de la leche materna resulta más fácil para algunas mujeres que para otras, pero la mejor manera de aprenderlas es practicándolas.

¿CÓMO SE HACE?

- Lavarse las manos antes de darle a comer al niño.
- Toma el seno con ambas manos, a cada lado, de manera que los pulgares se encuentren en la parte superior y el resto de los dedos por la parte inferior, tal como lo indica la figura.
- Mueve lentamente las manos hacia el pezón ejerciendo una presión suave sobre toda la mama. Luego retira una de las manos y sostén el pecho con la otra.
- Con la mano libre, presiona la areola, entre el dedo pulgar y el resto de los dedos, luego afloja y sigue comprimiendo varias veces imitando la succión del niño.
- Si las primeras veces no ves resultados, no te desanimes, continúa los ejercicios, y pronto verás los frutos de tu insistencia.
- La presión debe ser hecha siempre sobre la areola y no sobre el pezón.
- Repite el procedimiento varias veces de 3 a 5 minutos de cada lado.
- Para evitar irritaciones no se aconseja extracción manual a intervalos menores de 2 horas.



CONSERVACIÓN DE LA LECHE:

- La leche materna puede ser almacenada en un recipiente limpio y cerrado.
- La leche materna (leche natural) tiene un tiempo de duración de: hasta 6 horas a temperatura ambiente, en condiciones adecuadas de higiene y manipulación; asta 48 horas en la nevera y hasta 3 meses o más si se coloca en el congelador.
- La leche antes de darla al niño(a) es importante que se coloque en agua caliente si es que está fría o congelada.
- La leche antes de darla al niño(a) debe estar tibia nunca caliente.
- Darle la leche al niño(a) con taza, vaso o cucharadita.
- No darle la leche al niño(a) con biberones o teteros ya que el podría confundirlo con los pezones de la madre.

VENTAJAS DE LA LACTANCIA MATERNA PARA LA MADRE:

1. La lactancia tiene un leve efecto anticonceptivo, favoreciendo el espaciamiento de los nacimientos.
2. Ejerce un efecto protector contra la aparición de cáncer de mama y de cuello uterino; todo órgano que funciona normalmente tiene menor oportunidad de formar tumores.
3. Favorece la involución uterina es (el útero se contrae retornando a su tamaño anterior más rápidamente) previniéndose así las hemorragias uterinas postparto.
4. Favorece el retorno de las mamas a su tamaño anterior. La mujer que lacta a sus hijos recupera rápidamente su figura, conservando mejor su juventud.
5. La leche materna es fresca, se obtiene rápidamente y a temperatura apropiada, por lo que no se pierde tiempo como en la preparación de los teteros.
6. Su producción depende de la demanda: mientras más succione el bebé, más leche se producirá.
7. Favorece y estrecha la relación afectiva madre-hijo.

VENTAJAS DE LA LACTANCIA MATERNA PARA SU BEBÉ:

1. Proporciona las calorías necesarias para su crecimiento y desarrollo.
2. Contiene la cantidad, calidad y proporción ideal de proteínas, grasas, azúcares, vitaminas y minerales.
3. Se adapta a la madurez de su tracto gastrointestinal, por lo que se digiere y absorbe más fácilmente, de manera que disminuye la aparición de cólicos.
4. El calcio y el hierro se absorben y utilizan mejor.
5. Menor contenido de sales, por eso no sobrecarga el trabajo de sus riñones.
6. Se presenta a temperatura adecuada; la ebullición de la leche de vaca destruye algunas de las sustancias necesarias para el crecimiento del niño.
7. Es estéril, es decir, no está contaminada por gérmenes perjudiciales; al dar pecho directamente al niño, se evita la contaminación de la leche (que es un excelente medio de cultivo para microbios) lo cual puede suceder durante las manipulaciones necesarias para preparar la leche de vaca.
8. Proporciona protección contra enfermedades infecciosas, ya que contiene anticuerpos y otros factores defensivos contra bacterias, virus, hongos y parásitos; por eso, el niño amamantado sufre mucho menos de diarrea y tiene mayor resistencia ante las enfermedades respiratorias.
9. Menor frecuencia de enfermedades alérgicas como erupciones, asma ó rinitis.
10. Efecto protector en los niños con hipotiroidismo congénito (cretinismo, retardo mental).
11. En el futuro sufrirá menos de hipertensión, diabetes, arteriosclerosis y obesidad.
12. El niño amamantado se chupa el dedo mucho menos, con lo que se evitan las deformaciones de la mandíbula y se previene la aparición de caries dentales.
13. Fortalece la relación madre-hijo, influyendo posteriormente en el desarrollo psíquico e incrementando los sentimientos de amor y seguridad. De esta manera ayuda a la formación de niños más estables y seguros emocionalmente.

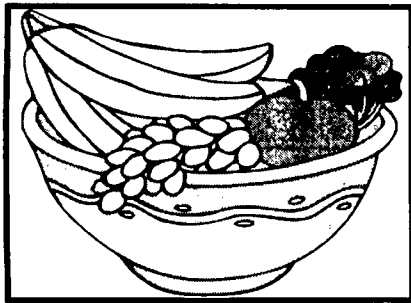
PARA EL PRESUPUESTO FAMILIAR:

La leche materna es: más económica, ahorra tiempo, pues no hay que prepararla, está a la temperatura adecuada, por lo que no hay que calentarla, ni hervirla.

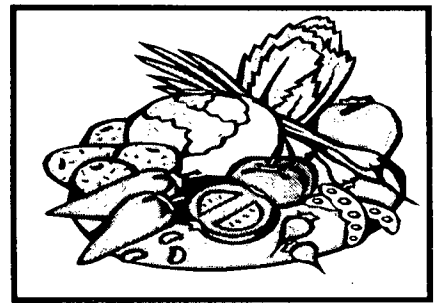
QUÉ DEBES COMER CUANDO ESTAS DANDO DE LACTAR:

Necesitará obtener mas energía de lo que recibías y también tomar más líquido.

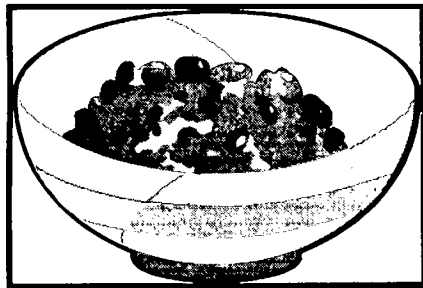
Frutas



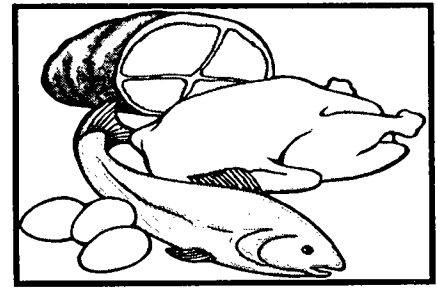
verduras



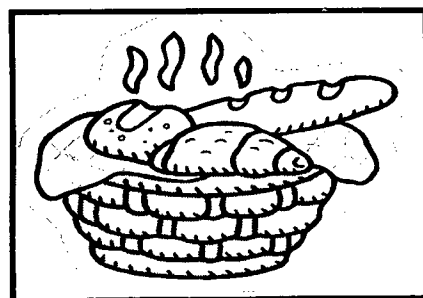
Cereales



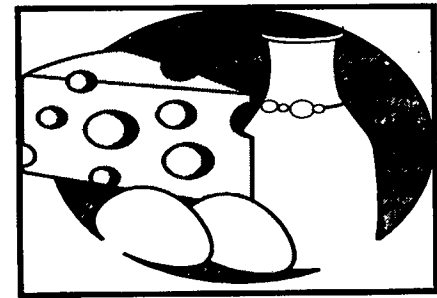
Carnes



Pan



Productos lácteos



2.4.CONCLUSIONES:

He aquí el dicho de que todo tiene una razón de ser o estar y gracias a éste valioso trabajo podemos brindar una información detallada y específica a las madres sobre lo que es la lactancia materna.

2.5.RECOMENDACIONES:

La leche materna es el mejor alimento que una madre puede ofrecer a su hijo recién nacido. No solo considerando su composición sino también en el aspecto emocional ya que el vínculo afectivo que se establece entre una madre y su bebe amamantado constituye una experiencia especial singular e intensa. Si sigues estas recomendaciones te asegurarás una lactancia correcta y sana.

III. ETAPA EVALUATIVA:

Al finalizar la sesión educativa la madre podrá responder preguntas sencillas como:

- ¿Qué es la Lactancia materna?
- ¿En que beneficia la lactancia materna a su niño?
- ¿Cómo y cuando se debe realizar la limpieza para alimentar a su niño?
- ¿Demuestre Ud. Alguna técnica de amamantamiento aprendida?
- ¿Cómo debe extraer y conservar la leche materna?

IV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- FERRAEZ DE LEE, M. (1998). Lactancia Materna. Editorial Mc. Graw Hill. España.
- HOEKELMAN, A. (2003). Atención Primaria en Pediatría. 4ta edición. Editorial Mosby. 4to vol. España.
- WHALEY Y WONG. Enfermería Pediátrica. 4ta. Edición. Editorial el ateneo. Argentina.
- MINISTERIO DE SALUD. “Atención Básica del Recién Nacido”

INFORME DE SESIÓN EDUCATIVA N° 01

Chachapoyas, 27 de octubre de 2010.

INFORME N° 001-2010-UNAT-A/ SPCR

A : Mg. Enf. Edwin, GONZÁLES PACO (*Presidente*)
Ms. C. Sonia, TEJADA MUÑOZ (*Secretaria*)
Mg. Enf. Zoila Roxana, PINEDA CASTILLO (*Vocal*)

DE : Br. Enf. Segundo Pedro, CULQUIMBOZ ROJAS.

ASUNTO : **REMITE INFORME DE SESIÓN EDUCATIVA N° 01**

FECHA : 27-10-2010.

Grato es dirigirme a Uds. para saludarles con cordialidad y fina cortesía, y hacerles llegar el Informe de la Sesión Educativa N° 01 “Lactancia Materna”, realizado el 27 de octubre del 2010, dirigido a persona puérpera Sra. Ruth Gennina Isla Pérez según se detalla a continuación:

I. IDENTIFICACIÓN:

- **Tema** : “Lactancia Materna”
- **Dirigido a** : Sra. Ruth Gennina Isla Pérez.
- **A cargo de** : Br. Enf. Segundo Pedro Culquimboz Rojas.
- **Lugar** : Av. Canadá, Lte. 25 AA.HH Pedro Castro Alva.
- **Fecha** : 27/10/2010
- **Hora** : 5:30 p.m.
- **Duración** : 30 minutos

II. FUNDAMENTACIÓN:

Se hace llegar el presente informe con la finalidad de dar a conocer el desarrollo de la actividad.

III.OBJETIVO:

Informar el desempeño de actividad realizada.

IV.CARACTERÍSTICAS DEL EVENTO:

La actividad es de carácter educativo-persuasivo para la persona puérpera y la familia.

V. LIMITACIONES:

El ambiente no adecuado y la falta de algunos medios que faciliten la comprensión del tema (Equipo de multimedia).

VI.LOGROS

- Se proporcionó información a la persona puérpera y su familia sobre el tema logrando mejorar los conocimientos previos de la persona puérpera sobre lactancia materna y el rol de madre.
- Se logró corregir las creencias erradas que tiene la madre de familia con respecto a hábitos inadecuados de salud.

Es todo cuanto tengo que informar en honor a la verdad, para los fines pertinentes.

Atentamente

*SEGUNDO PEDRO CULQUIMBOZ ROJAS
BACHILLER EN ENFERMERÍA*

PLAN DE SESIÓN EDUCATIVA N° 02

I. ETAPA DETERMINATIVA:

1.1.TEMA : planificación familiar y métodos anticonceptivos.

1.2.DIRIGIDO A : Sra. Ruth Gennina Isla Pérez.

1.3.A CARGO DE : Br. Enf. Segundo Pedro Culquimboz Rojas.

1.4.LUGAR : Av. Canadá, Lte. 25 AA.HH Pedro Castro Alva.

1.5.FECHA : 31 de octubre de 2010.

1.6.HORA : 5:30 p.m.

1.7.DURACIÓN : 30 minutos.

1.8.OBJETIVOS :

- A Corto Plazo : que la persona obtenga los conocimientos básicos acerca de la planificación Familiar, beneficios y los diversos métodos anticonceptivos.
- A mediano plazo : que la persona sea capaz de elegir el método apropiado para planificar su familia.

II. DESARROLLO DEL TEMA:

2.1.PRESENTACIÓN:

Señora buenas tardes, tengo el agrado de estar una vez mas en casa con la finalidad de brindarle una pequeña sesión educativa acerca de planificación familiar esperando que usted pueda llegar a un a conclusión y decidir el método que utilizará para planificar su familia. Espero que sea de su completo agrado.

2.2.INTRODUCCIÓN:

Todos los hijos deben ser deseados. Todos los padres quieren dar a cada uno de sus hijos el amor y las oportunidades de una vida que todos los niños merecen. El embarazo no planeado, irresponsable, y los partos muy seguidos, alteran la salud física y mental de la madre, el equilibrio familiar y el de sus hijos.

La planificación familiar es una forma de ayudar a la pareja a elegir libre y conscientemente cual es el número de hijos que desea tener y en el momento que halle más conveniente. Lo más importante en la Planificación Familiar es la correcta información de la pareja en cuanto a métodos anticonceptivos para que elijan el que más le agrade y posea menos inconvenientes para su caso.

Una vez informada de las ventajas e inconvenientes, debes ser tú misma en último término quien decidirá que método seguir para planificar tu familia.

2.3.MOTIVACIÓN:

Mediante rotafolio.

2.4.CONTENIDO:

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

La planificación familiar es una forma de ayudar a la pareja a elegir libre y conscientemente cual es el número de hijos que desea tener y en el momento que halle más conveniente. Lo más importante en la planificación familiar es la correcta información de la pareja en cuanto a métodos anticonceptivos para que elijan el que más le agrade y posea menos inconvenientes para su caso.

Beneficios de la planificación familiar

Es importante cuidarnos porque:

- Ayudaremos a conservar la salud de la madre y la de los hijos.
- Tendremos mejores posibilidades de criar a nuestros hijos con mayor dedicación y cuidado.
- Tendremos la posibilidad de mejorar las condiciones de vida de nuestra familia. Darles a nuestros hijos una buena educación, vivienda y alimentación.
- Podremos tener tiempo para disfrutar de nuestra relación de pareja.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.

A. DIU O T DE COBRE:

El **DIU o T de Cobre** es un aparatito de plástico muy suave que como lo indica su nombre está revestido de cobre.

Quiénes pueden usarla:

- Se recomienda el uso de la T preferiblemente en aquellas mujeres que ya hayan tenido uno o más partos.
- Aquellas mujeres que sufran de infecciones vaginales deben recibir tratamiento antes de usar la T de Cobre.

Dónde se coloca:

Dentro del útero o matriz de la mujer. El útero tiene el tamaño de una pera mediana.

Cómo actúa en nuestro cuerpo:

La T de Cobre hace que los espermatozoides se destruyan o que no se muevan en forma rápida, no llegando de esta forma a encontrarse con el óvulo o semilla de la mujer.

En qué momento se coloca:

- El DIU o T de Cobre se coloca cuando estamos con la regla. Así estamos seguras de que no estamos embarazadas.
- Se puede colocar cuando no estamos menstruando siempre y cuando exista la seguridad de que no hay embarazo.

B. PASTILLA O PÍLDORA ANTICONCEPTIVA:

La píldora o pastilla anticonceptiva es un método que toman las mujeres todos los días para no quedar embarazadas. Es segura y eficaz si sabemos usarla correctamente.

Cómo se toman:

Si tomas las de 28 días, debes comenzar a tomarlas dentro de los primeros cinco días de tu regla. Toma una todos los días a la misma hora. Cuando toquen las marrones ya debe haberte venido la regla. Se acaban las marrones y comienzas a tomar otro paquete de pastillas.

Si te olvidaste de tomar la píldora dos días:

- Si te olvidaste tomar la píldora dos días, estás corriendo el riesgo de quedar embarazada.
- Bota el paquete de píldoras.
- No tengas relaciones sexuales hasta tu próxima regla, o usa un método de protección adicional como el condón y un espermicida tipo de tableta vaginal u óvulo, hasta que menstrúes. Empieza otro paquete te venga la regla.

Qué beneficios trae el uso de la píldora:

- Es un método muy efectivo.
- Protege contra el cáncer de ovarios y endometrio.
- Al tomarla disminuyen los dolores y cólicos menstruales.

C. INYECCIÓN O AMPOLLA ANTICONCEPTIVA:

Es una inyección que se coloca en la nalga y protege del embarazo. A las 24 horas de haberse colocado la inyección ya se tiene protección anticonceptiva.

Cómo actúa en nuestro cuerpo:

La inyección, al igual que la píldora, evita que nuestros ovarios produzcan óvulos. Si no se producen óvulos, no hay embarazo. El moco cervical se vuelve más espeso y no permite el encuentro del espermatozoide con el óvulo.

Cuándo se puede aplicar la inyección:

- Dentro de los primeros cinco días de tu regla, porque así sabemos que no estás embarazada.
- También en cualquier fecha, siempre que estemos seguros de que no hay embarazo.

No pueden usar inyectables las mujeres que:

- Estén embarazadas.
- Tengan sangrados anormales.
- Tengan tumores en las mamas.
- Algunas molestias.
- La ampolla o inyección anticonceptiva puede causarte molestias como sangrados entre regla y regla.
- También suspensión de la regla o reglas abundantes. Estas molestias tienden a desaparecer después de un tiempo.
- Si las molestias persisten debes volver a consulta

D. PRESERVATIVO O CONDÓN:

El condón es una bolsita delgada hecha de jébe o látex que se coloca en el pene cuando está erecto o duro, antes de que entre en contacto con la vagina.

Cómo se usa:

- Estando tú pene ya duro o erecto. Desenrollar el condón de adelante para atrás hasta cubrir todo el pene.
- Deja un espacio libre en la punta para que se deposite el semen.
- Retírate cuando el pene todavía esté duro, cogiendo el preservativo desde su base para que el semen no salga de la bolsita.

- Amarra el condón y bóvalo a la basura.
- No te olvides: para cada nueva relación sexual será necesario un nuevo condón.

Beneficio del uso del condón:

Usando el condón vas a proteger a tu pareja de un embarazo y además reducirás el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual como el SIDA.

E. TABLETAS VAGINALES:

Las tabletas vaginales son unos anticonceptivos en forma de pastilla que se colocan dentro de la vagina para protegernos de un embarazo.

Cómo se usan:

- Debes humedecer la tableta en un vaso con agua.
- Coges la tableta y la introduces en la vagina lo más adentro posible.
- Luego debes esperar diez minutos para tener relaciones sexuales.
- No debes pararte para que no se salga la tableta.
- Hay que dar tiempo para que la tableta vaginal se disuelva en la vagina y haga efecto.
- No te olvides que para cada nueva relación sexual hay que colocarse una nueva tableta vaginal.

Precauciones:

- No te hagas un lavado vaginal hasta el día siguiente de haber tenido relaciones sexuales.
- Si te lavas antes no te harán efecto las tabletas vaginales.

F. RITMO O CALENDARIO:

El método del ritmo o calendario, también conocido como método de la regla, consiste en no tener relaciones sexuales durante los días fértiles de la mujer.

Quiénes pueden usar este método:

Sólo puede ser usado por mujeres que tienen reglas regulares. Ser regular significa tener ciclos menstruales de 28 a 30 días y no retrasarse más de 3 días en un período de seis meses.

Cómo se usa:

- El primer día de la menstruación es el primer día del ciclo menstrual.
- Anota la fecha del primer día de tu regla en el casillero "primer día" y continúa anotando los días siguientes.
- Las fechas anotadas que coincidan con la zona de rojo son los días fértiles; y los que coincidan con la zona verde, son los días no fértiles.
- Si decides tener relaciones sexuales en los días fértiles cuídate con la tableta vaginal y tu pareja con condón.

G. MÉTODO DE LACTANCIA MATERNA:

Es un método que se basa en la lactancia exclusiva y amenorrea (sin regla, sin menstruación).

Quiénes pueden usar este método:

- Aquellas mujeres que puedan dar pecho desde que nace el bebé y que le puedan dar de lactar cada vez que tenga hambre. (Los intervalos entre una lactancia y otra deberán ser menores de seis horas).
- Aquellas mujeres a las que, luego de un parto, no les haya venido la regla.
- Aquellas mujeres cuyos bebés sean menores de seis meses.

H. LIGADURA DE TROMPAS:

En nuestro país la ligadura de trompas se pone a consideración de la pareja en caso de alto riesgo reproductivo. Sólo se practicará cuando el embarazo ponga en peligro la salud de la madre.

¿Cómo se hace una ligadura de trompas?

El especialista hace una pequeña incisión en las Trompas de Falopio y luego las amarra. Así cierra el camino para que los óvulos no se encuentren con los espermatozoides. De esta manera no va a haber embarazo. La intervención dura alrededor de veinte minutos y no requiere de hospitalización en la mayoría de establecimientos de salud. Luego de la ligadura de trompas, la mujer continuará menstruando.

I. VASECTOMÍA:

En nuestro país la vasectomía se pone a consideración de la pareja en caso de alto riesgo reproductivo. Sólo se practicará cuando el embarazo ponga en peligro la salud de la madre.

Cómo se hace una vasectomía:

- El especialista hace una pequeña sección en los conductos deferentes del varón y luego los amarra. Así se bloquea el camino para que los espermatozoides salgan sin mezclarse con el semen.
- Es importante que sepas que si te haces la vasectomía vas a tener las mismas erecciones, las mismas eyaculaciones y vas a gozar igual o más que antes porque ya no vas a tener la preocupación de embarazar a tu pareja.

Quién realiza la operación:

- El especialista en salud. La operación dura quince minutos. En unas semanas puedes volver a tener relaciones sexuales. Podrás regresar a trabajar al día siguiente, si así lo deseas. En la primera semana no hay que hacer mucho esfuerzo.

- Luego de practicada la vasectomía y dentro de las primeras veinte relaciones sexuales, se recomienda usar un método como el condón a fin de proteger a la pareja.

MÉTODOS MECÁNICOS O DE BARRERA:

- Preservativo masculino o condón.
- Preservativo femenino.
- Diafragma.
- Dispositivo intrauterino (D.I.U.).
- Píldora anticonceptiva.
- Inyección hormonal.
- Espermicidas.
- Ligadura de trompas.
- Vasectomía.

III. ETAPA DE EVALUACIÓN:

- ¿Qué es la planificación Familiar?
- ¿cuáles son los beneficios de la Planificación Familiar?
- ¿Cuáles son los métodos anticonceptivos? ¿Qué método utilizará ahora que ya los conoce?

IV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- MINSA (2004) “Guías Nacionales de Atención Integral de la salud Sexual y Reproductiva”. Primera Edición. Lima-Perú. Pág.: 40-42.
- www.minsa.gob.pe.dpspf//metodos.htm.

INFORME DE SESIÓN EDUCATIVA N° 02

Chachapoyas, 31 de octubre de 2010.

INFORME N° 002-2010-UNAT-A/ SPCR

A : Mg. Enf. Edwin, GONZÁLES PACO (*Presidente*)
Ms. C. Sonia, TEJADA MUÑOZ (*Secretaria*)
Mg. Enf. Zoila Roxana, PINEDA CASTILLO (*Vocal*)

DE : Br. Enf. Segundo Pedro, CULQUIMBOZ ROJAS.

ASUNTO : REMITE INFORME DE SESIÓN EDUCATIVA N° 02

FECHA : 31-10-2010.

Grato es dirigirme a Uds. para saludarles con cordialidad y fina cortesía, y hacerles llegar el Informe de la Sesión Educativa N° 02 “Planificación Familiar y Métodos Anticonceptivos”, realizado el 31 de octubre del 2010, dirigido a persona púérpera Sra. Ruth Gennina Isla Pérez según se detalla a continuación:

I. IDENTIFICACIÓN:

- **Tema** : “Planificación Familiar y Métodos Anticonceptivos”
- **Dirigido a** : Sra. Ruth Gennina Isla Pérez.
- **A cargo de** : Br. Enf. Segundo Pedro Culquimboz Rojas.
- **Lugar** : Av. Canadá, Lte. 25 AA.HH Pedro Castro Alva.
- **Fecha** : 31/10/2010
- **Hora** : 5:30 p.m.
- **Duración** : 30 minutos

II. FUNDAMENTACIÓN:

Se hace llegar el presente informe con la finalidad de dar a conocer el desarrollo de la actividad.

III.OBJETIVO:

Informar el desempeño de actividad realizada.

IV.CARACTERÍSTICAS DEL EVENTO:

La actividad es de carácter educativo-persuasivo para la persona puérpera y la familia.

V. LIMITACIONES:

El ambiente no adecuado y la falta de algunos medios que faciliten la comprensión del tema (equipo de multimedia).

VI.LOGROS

- Se proporcionó información a la persona puérpera y su familia sobre el tema logrando mejorar sus conocimientos previos de la persona puérpera y comprometiéndole a elegir un método anticonceptivo a utilizar.
- Se logró corregir las creencias erradas que tiene la persona puérpera.

Es todo cuanto tengo que informar en honor a la verdad, para los fines pertinentes.

Atentamente

*SEGUNDO PEDRO CULQUIMBOZ ROJAS
BACHILLER EN ENFERMERÍA*

PANEL FOTOGRÁFICO

Recolectando datos:



Brindando sesión educativa:



Madre dando de lactar a recién nacido:

