

TRABAJO FIN DE GRADO



UCAM
UNIVERSIDAD CATÓLICA
SAN ANTONIO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Departamento de Enfermería

Grado de Enfermería

“Cesárea gemelar. La maravilla del ser mamá”

Autora:

Lorena López-Godínez Tudela

Directora:

Dra. D^a Rosario Gómez Sánchez

Murcia, 1 De Junio 2012

TRABAJO FIN DE GRADO



UCAM
UNIVERSIDAD CATÓLICA
SAN ANTONIO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Departamento de Enfermería

Grado de Enfermería

“Cesárea gemelar. La maravilla del ser mamá”

Autor:

Lorena López-Godínez Tudela

Director:

Dr. D^a Rosario Gómez Sánchez

Murcia, 1 De Junio 2012



UCAM
UNIVERSIDAD CATÓLICA
SAN ANTONIO

DEFENSA TRABAJOS FIN DE GRADO/MASTER

ANEXO V

DATOS DE LA ALUMNA	
Apellidos: López-Godínez Tudela	Nombre: Lorena
DNI:	Grado / Máster: ENFERMERIA
Departamento de: ENFERMERÍA	
Título del trabajo: Cesárea gemelar. La maravilla del ser mamá.	

La Dra. D. ^a Rosario Gómez Sánchez como Directora/Tutora del trabajo reseñado arriba, acredito su idoneidad y otorgo el V.º B.º a su contenido para ir a Tribunal de Trabajo fin de grado / Máster.

En Murcia a de de 2012

Fdo.: _____

^① Si el trabajo está dirigido por más de un Director tienen que constar y firmar ambos.



Vicerrectorado de Investigación
Campus de Los Jerónimos. 30107 Guadalupe (Murcia)
Tel. (+34) 968 27 88 22 • Fax (+34) 968 27 85 78 - C. e.: tercerciclo@pdi.ucam.edu

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, gracias a su aportación económica y apoyo moral ha sido posible formarme como enfermera en esta universidad.

Al personal de la biblioteca de la Universidad Católica San Antonio de Murcia que sin su excepcional servicio no hubiera sido posible el desarrollo de este trabajo, en especial a Enrique Pellicer Valverde.

A Dña. Charo Gómez Sánchez, por ser la directora de este trabajo de investigación y ayudarme a realizarlo lo mejor posible.

ÍNDICE

RESUMEN	XIII
ABSTRACT	XIV
1. INTRODUCCIÓN	15
2. OBJETIVOS	45
2.1 OBJETIVO GENERAL	45
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	45
3. PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS	47
3.1 DISEÑO	47
3.2 SUJETO DE ESTUDIO	47
3.3 ÁMBITO Y PERÍODO DEL ESTUDIO	47
3.4 PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN	47
4. RESULTADOS	49
5. DISCUSIÓN	85
6. CONCLUSIONES	89
7. BIBLIOGRAFÍA	91
8. ANEXOS	97

RESUMEN

Introducción: La cesárea es el procedimiento quirúrgico mediante el cual el feto y los anexos ovulares son extraídos a través de una incisión en el abdomen y en el útero. Con el objetivo de describir el Proceso Enfermero y de apuntar las dificultades de su aplicación, fue realizado este estudio de investigación que reflexiona acerca de las intervenciones de enfermería durante el puerperio (post cesárea gemelar), bajo un punto de vista psicodinámico y se desarrolla con la creación del vínculo afectivo madre-hijo y el amamantamiento de gemelos. Metodología: Para elaborar este estudio, hemos cogido a una paciente de 32 años habiéndole realizado una cesárea gemelar. Se ha utilizado el modelo de los once Patrones Funcionales de Marjory Gordon y se han aplicado los Diagnósticos de Enfermería NANDA, las intervenciones de Enfermería NIC y los Resultados de Enfermería NOC. El estudio fue realizado durante el año 2012 en la unidad de Maternidad de USP San Carlos de Murcia. Resultados: Los resultados del estudio permitieron identificar el diagnóstico enfermero: Dolor agudo relacionado con agentes lesivos manifestado por conducta expresiva. Discusión: Es muy importante una realización eficaz de las intervenciones enfermeras propuestas para la obtención de unos óptimos resultados. Conclusiones: En síntesis, los cuidados de enfermería enfocados específicamente a cada paciente, mejora la calidad del servicio prestado y por consiguiente se ven afectados de forma directa otros aspectos estudiados en este caso que son el vínculo afectivo y la lactancia materna.

Descriptores: Cuidados de enfermería en post parto, cesárea gemelar, vínculo afectivo madre-hijo, lactancia materna.

ABSTRACT

Introduction: Caesarean section is the surgical procedure whereby the fetus and ovular attachments are extracted through an incision in the abdomen and uterus. *Objective:* In order to describe the nursing process and point out the difficulties of its application, was conducted this research study that reflects on nursing interventions during the postpartum (post c-section twin), under a psychodynamic point of view and develops the creation of mother-infant bonding and breastfeeding twins. *Methodology:* In preparing this study, we took a patient of 32 years performed a cesarean having been twins. We used the model of the eleven Marjory Gordon's Functional Patterns and applied NANDA Nursing Diagnoses, Nursing Interventions Classification NIC and NOC Nursing Outcomes. The study was conducted during 2012 in the Maternity Unit of USP San Carlos de Murcia. *Results:* The results of the study allowed the identification of nursing diagnosis: acute pain related to harmful agents manifested by expressive behavior. *Discussion:* It is very important to efficient implementation of nursing interventions proposed to obtain optimal results. *Conclusions:* In summary, focused nursing care specifically to each patient, improves the quality of the service, and therefore directly affected other aspects studied in this case are bonding and breastfeeding.

Descriptors: Nursing in postpartum, cesarean twin, mother-infant bonding, breastfeeding.

1. INTRODUCCIÓN

La cesárea es el procedimiento quirúrgico mediante el cual el feto y los anexos ovulares son extraídos después de las 28 semanas de gestación a través de una incisión en el abdomen y en el útero. Técnicamente, antes de las 28 semanas se considera inducción al aborto y se denomina histerotomía.

La cesárea puede ser:

- Ante parto o Programada: Cuando se realiza antes que la paciente entre en trabajo de parto. Esta a su vez, puede ser *electiva, cuando se “elige”* por una indicación materna, fetal u ovular para realizarse por primera vez, o *iterativa cuando se programa por existir el antecedente de una cesárea anterior.*
- Intra parto: Cuando la decisión se toma estando la gestante en trabajo de parto.
- Urgencias: Cuando la patología de base obliga a la realización inmediata, independientemente si la gestante está o no en trabajo de parto. (1)

1.1. Historia

La palabra cesárea deriva del latín *caedere*, que significa “cortar”. La cesárea es uno de los procedimientos quirúrgicos más antiguos que se conocen. Hasta el siglo XX las cesáreas se equiparaban principalmente a un intento de salvar al feto de una mujer moribunda. En la actualidad, ésta asociación ha disminuido hasta tal punto en que este procedimiento es el método de nacimiento para casi el 30% de los neonatos. (2)

1.2. Indicaciones

Las cesáreas se practican en caso de varias situaciones maternas, fetales y ovulares. Las indicaciones que se aceptan con frecuencia incluyen placenta previa, prolapso de cordón, contractura pélvica absoluta, herpes genital activo y situación transversa. Estas indicaciones cubren cerca del 20% del número total de cesáreas. El otro 80% se practica en caso de fracaso en el progreso por desproporción cefalopélvica, presentación pélvica, sufrimiento fetal y repetición

de la cesárea. Este 80% de los casos es el que algunas autoridades cuestionan desde hace poco tiempo. (2)

Según la Organización Mundial de la salud no debería practicarse, por no ser necesaria, en más de un 10-15% de los partos. En España, uno de cada cuatro bebés nacen por cesárea. (3)

La cesárea previa aún es la razón del 30 al 50% del índice de las operaciones, pero esta categoría tiene el mayor potencial de cambio. En Europa se permitió que mujeres con cicatrices uterinas transversas bajas previas tuvieran trabajo de parto (se llamó parto vaginal después de la cesárea, PVDC) con un índice de éxito del 50 al 75%, La práctica del parto vaginal después de cesárea se vuelve cada vez más frecuente en Estados Unidos y tiene un gran potencial para disminuir el índice total de cesáreas en este país. El índice de cesáreas podría mantenerse cerca del 15% si la falta de progreso se tratara en forma más agresiva, si se practicaran versiones externas y se recomendara el parto vaginal después de cesárea, cuando fuera posible. (2)

1.3. Mortalidad y morbilidad maternas

Las cesáreas tienen una mortalidad materna de dos a cuatro veces mayor que los partos vaginales. Aunque la mortalidad aún es baja, el 25% de los decesos se debe a complicaciones de la anestesia. La morbilidad se asocia con una gran variedad de complicaciones, como fiebre sin explicación, endometritis, infección de la herida infección urinaria, atelectasia, tromboflebitis y embolia pulmonar. (2)

Alrededor de un tercio de la totalidad de las muertes maternas, están relacionadas con esta intervención. La ocurrencia es de 1 por cada 1636 cesáreas (6,1 x 100.000), de estas menos de la mitad se deben a la cirugía., y las restantes están asociadas a la persistencia o agravamiento de la patología de base. La Mortalidad Perinatal global –no corregida – es mayor en los nacimientos por cesárea, cuando se relaciona con los partos vaginales. Pero cuando se compara los nacimientos por cesáreas de gestaciones a término y sin patologías graves presentes o asociadas, tanto las Tasas de

morbimortalidad perinatales como el pronóstico es similar al de los recién nacidos por vía vaginal. Actualmente los adelantos en las técnicas anestésicas, en la monitorización permanente de la paciente, en la antibioterapia, la mejor calidad de sangre y de hemoderivados, han disminuido pero no han eliminado el riesgo de las complicaciones de esta cirugía; sigue siendo fundamental para alcanzar resultados maternos y perinatales exitosos el comportamiento ético y profesional de los obstetras y el apego a la aplicación de los Protocolos médicos. (1)

1.4. Complicaciones

Una cesárea es un procedimiento seguro y la tasa de complicaciones serias es extremadamente baja. Sin embargo, ciertos riesgos son más altos después de una cesárea que después de un parto vaginal y abarcan:

- Infección o lesiones de las vías urinarias o del bebé.
- Puede causar problemas en futuros embarazos.
- Aumento de posibilidad de sangrado profuso (hemorragia), lo cual puede requerir transfusiones de sangre o la extirpación del útero (histerectomía).
- Riesgo debido a la anestesia, como reacciones a los medicamentos y problemas respiratorios.

La mayoría de las madres y los neonatos evolucionan bien después de una cesárea. Las mujeres que tienen una cesárea pueden tener un parto vaginal si se presenta otro embarazo, dependiendo del tipo de cesárea efectuado y la razón por la cual se realizó la cesárea. La estadía promedio en el hospital después de una cesárea es de 2 a 4 días y la recuperación se demora un poco más de lo que tardaría por un parto vaginal. Es aconsejable realizar actividad física moderada con el fin de prevenir complicaciones (formación de coágulos de sangre y posteriormente, provocar una trombosis) y facilitar el proceso de recuperación. Los analgésicos tomados por vía oral ayudan a paliar el dolor. (4)

1.5. Técnicas quirúrgicas

1.5.1. Incisión cutánea

El corte cutáneo para una cesárea puede ser transversal (Pfannenstiel) o vertical y no indica el tipo de corte que se hace en el útero. El corte transversal se realiza sobre la parte más baja y estrecha del abdomen. Ya que la incisión se realiza justo debajo de la línea del vello púbico, casi siempre es invisible después de la cicatrización. Una limitación de este tipo de corte es que no permite la extensión de la herida si es necesario. Ya que casi siempre requiere más tiempo, esta incisión se emplea cuando no hay progreso del trabajo de parto y no hay sufrimiento fetal y materno. (Tabla I).

El corte vertical (infraumbilical medio) se realiza entre el ombligo y la sínfisis del pubis. Este tipo de corte es más rápido, y por tanto, se prefiere en casos de sufrimiento fetal, en los que es necesario un parto rápido, cuando el lactante es de pre término, o macrosómico o cuando la mujer es obesa. El tipo de corte cutáneo se determina por el factor tiempo, la preferencia del paciente o del médico. (2) (Tabla II).

CESÁREA. INCISIÓN TRANSVERSA EN PIEL	
VENTAJAS	DESVENTAJAS
Mejor resultado cosmético	Mayor pérdida sanguínea
Menor riesgo de dehiscencia	Mayor tiempo quirúrgico
Mejor visualización de la cavidad pélvica	Mayor dificultad para la extensión
Acceso al abdomen superior	

Tabla I. Tomado de Clínica de Maternidad Rafael Calvo C. (1)

CÉSAREA. INCISIÓN VERTICAL EN PIEL	
VENTAJAS	DESVENTAJAS
Acceso más rápido	Mayor riesgo de dehiscencia
Mayor campo operatorio	Hernia por incisión
Menos pérdida sanguínea	Mal resultado cosmético
Posibilidad de extensión	
Acceso al abdomen superior	

Tabla II. Tomado de Clínica de Maternidad Rafael Calvo C. (1)

1.5.2. Incisión uterina

El tipo de corte uterino depende de la necesidad de la cesárea. La elección del corte afecta la oportunidad de la mujer para un parto vaginal posterior y sus riesgos de una rotura de la cicatriz uterina con un embarazo posterior.

Los dos tipos principales de incisiones uterinas son en el segmento uterino inferior o el segmento superior del cuerpo del útero.

Según el protocolo de la E.S.E clínica de maternidad Rafael Calvo de Cartagena (Colombia) (2009), la incisión más frecuente y preferida en el segmento uterino inferior es un corte transversal, aunque también puede usarse una incisión vertical. (2)

Las incisiones que se realizan a nivel del útero, se denominan en términos generales, histerotomías.

De acuerdo al segmento anatómico en donde se practique la incisión, será:

- CORPORAL: Conocida también como Clásica. Incisión que atraviesa el cuerpo uterino, actualmente solo limitada a unas indicaciones muy puntuales. (Tabla III)
- SEGMENTARIA: Incisión en la parte inferior uterina. Puede ser transversal o vertical (según su orientación). (Tabla IV)

Estas denominaciones son importantes porque cada una de ellas tiene sus indicaciones particulares, diferentes riesgos intraoperatorios, sus propias complicaciones y pronósticos distintos.

A. INCISION CORPORAL.

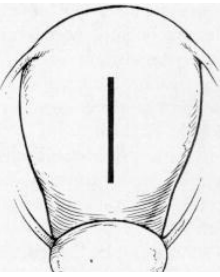
	INDICACIONES. <ul style="list-style-type: none">- Partos prematuros (24 a 28 semanas)- Partos prematuros podálicos- Feto en transverso dorso inferior.- Placenta Previa Oclusiva Total.- Mioma a nivel del segmento.- Cesárea + Histerectomía- Fetos en estación avanzada.
	DESVENTAJAS. <ul style="list-style-type: none">- Mayor pérdida sanguínea.- Mas difícil de reparar- Mayor probabilidad de ruptura posterior.- Mayor riesgo de adherencias.

Tabla III. Tomado de Clínica de Maternidad Rafael Calvo C. (1)

B. INCISION SEGMENTARIA.

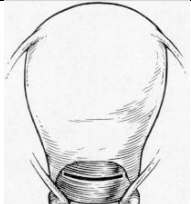
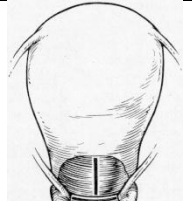
Transversal (Munro – Kerr)	Verticales (Kronig)
	
Ventajas:	Ventajas:
Menor pérdida sanguínea Modesta disección de vejiga Mas fácil de reparar Menos probabilidad de ruptura No produce adherencias (intestino ni peritoneo)	Solo compromete Segmento. Se puede extender hacia arriba
Desventajas:	Desventajas:
Mayor riesgo de laceraciones No permite extensión	Requiere disección extensa de vejiga. Produce desgarros de cuello hasta la vagina (incluso vejiga). Produce mayor ruptura uterina en próxima gestación

Tabla IV. Tomado de Clínica de Maternidad Rafael Calvo C. (1)

1.6. Preparación para la cesárea

La preparación para esta posibilidad es una parte integral del personal de enfermería. Antes de realizar cualquier intervención es esencial explicar a nuestra paciente qué va a suceder, por qué se realiza, y que sensaciones puede tener, esto permite que la mujer esté informada y consienta el procedimiento; la paciente tiene una sensación de control, así, la oportunidad de elegir opciones y tener el control sobre su experiencia del nacimiento de su hijo, es el principal factor que influye en una percepción positiva de la pareja sobre el suceso.

Función de enfermería:

- Preparación abdominal.
- Inserción del catéter vesical permanente.
- Canalización de la vena ante cubital con abocath N° 18.
- Infundir suero salino fisiológico o ringer lactato endovenoso a 100 ml / hora.
- Monitorización constante.
- Rasurado del área supra púbica inmediatamente antes del procedimiento.
- Brazalete de identificación.

El contexto en el que se brinda la información debe “orientarse al parto” y no a la intervención quirúrgica. (2)

Una vez la mujer a dado a luz, comienza la fase del puerperio.

1.7. Cuidados de enfermería durante el puerperio

1.7.1. Definición

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

1.7.2. Etapas del puerperio

- a) Puerperio Inmediato: comprende las primeras 24 horas y se ponen en juego los mecanismos hemostáticos uterinos.
- b) Puerperio Mediato o Propiamente Dicho: abarca del 2º al 10º día, actuando los mecanismos involutivos, y comienza la lactancia.

- c) Puerperio Alejado: se extiende aproximadamente hasta los 45 días después del parto, el retorno de la menstruación indica su finalización.
- d) Puerperio Tardío: puede llegar hasta los 6 meses y se acompaña de una lactancia prolongada y activa. (5)

1.7.3. Cambios anatómicos y fisiológicos post cesárea

Después de la cesárea, el útero desciende hacia la cavidad pélvica, aproximadamente 1 cm diario. Cerca del décimo día, el útero por lo general ya no se palpa. La involución se presenta con más rapidez en primíparas o madres que lactan a sus hijos a causa del tono muscular aumentado en la primípara y la liberación de oxitocina durante la lactancia. Los loquios, que son las secreciones cervicales deben evolucionar de rojo brillante en los primeros días a blancos en los 10-14 días sucesivos. Hay una disminución de la distensión de la pared abdominal y perineo pero el tono muscular, nunca regresa al estado preparto.

Hay un aumento de la diuresis debido a la necesidad de excreción del líquido extracelular acumulado. La orina puede tener cantidades aumentadas de acetona, nitrógeno y albúmina.

En cuanto a las mamas, inmediatamente después del parto son blandas, los niveles de estrógenos y progesterona secretados por la placenta, inhiben la secreción de la hipófisis anterior de prolactina (hormona lactogénica). A los dos días post cesárea, se produce el aumento de las mamas y por tanto secreción de leche. Hay una pérdida de peso de 4.5-5.4kg inmediatamente después de dar a luz. (6)

Una vez expuestos los cambios anatómicos y fisiológicos en el puerperio, nos centramos en los cuidados de enfermería.

El objetivo principal de la enfermera durante el puerperio es asistir a la restauración materna del estado fisiológico y psicológico y ayudar a los padres a la adaptación y a asumir sus nuevos roles. (7)

La enfermera que atiende a la mujer en el puerperio inmediato debe revisar sus signos vitales, vendaje y apósito perineal.

1.7.3.1. Signos vitales

Temperatura: puede elevarse ligeramente después de la cesárea por deshidratación. Cualquier temperatura de 38 en días sucesivos puede ser un síntoma peligroso.

Pulso: puede haber bradicardia, por lo general entre 60 y 70 causada por disminución del gasto cardíaco o por hidremia. Si hay taquicardia, puede indicar síntoma de hemorragia, choque o enfermedad.

Presión arterial: puede haber hipotensión después del bloqueo anestésico. Si está elevada puede ser signo de complicación y la hipertensión puede ser signo de preeclampsia. (7)

1.7.3.2. Útero

El fondo uterino debemos palparlo con sutileza para determinar si permanece firme. El primer día post cesárea, el fondo debe estar a nivel o por debajo del ombligo, en la línea media abdominal. Generalmente se le administran oxitócicos para favorecer la involución, debemos explicar las causas del dolor y dar confianza de que éstos son transitorios, los ejercicios de respiración son útiles, para paliarlo. (7)

1.7.3.3. Sueño

Inmediatamente en post cesárea, la madre requiere de sueño profundo, prolongado y sin interrupciones, para ello debemos aliviar cualquier molestia y aumentar el confort de la habitación, permitir a la madre expresar verbalmente sus ansiedades y planear los cuidados de tal forma que haya un periodo de reposo durante el día y sueño matinal temprano. (7)

1.7.3.4. Cicatrización de la incisión

Pasadas las 24 horas, habiéndole quitado la sonda vesical y la sueroterapia, le decimos que se duche (siempre con control del acompañante por si hay síndrome vasovagal). Después procedemos a valorar el estado de la incisión y sutura, vigilamos signos de infección. Debemos mostrar a la paciente como se realiza la cura para que sea ella quien asuma esa responsabilidad al alta, hasta pasados los 7 días de la cesárea, que debe acudir a la matrona de su centro de

salud para revisar la cicatriz y retirar las grapas o puntos de sutura. Curamos con clorhexidina y ocluimos con apósito. (7)

1.7.3.5. Restablecimiento del funcionamiento vesical e intestinal

Es importante vigilar la salida de la primera micción ya que después de la anestesia, debemos comprobar que todo funciona correctamente. Vigilamos signos de infección (dolor o ardor al miccionar). (7)

La imposibilidad de la micción es problema frecuente debido al mal tono vesical por la presión, disminución de la sensibilidad por los medicamentos y anestesia, y por factores emocionales. Nuestra intervención se basa en mantener una adecuada ingestión de líquidos, cateterizar si está indicado. En caso de distensión extrema (más de 1000ml) no se debe vaciar la vejiga por completo, ya que es posible que presente choque. Tenemos que registrar la cantidad de la primera micción. (7)

En cuanto al funcionamiento intestinal, estimular la ingestión de líquidos y fibras, emplear catárticos, laxantes y enemas según sea necesario. (7)

1.7.3.6. Mamas

Se debe determinar si la madre va a amamantar al niño.

- Si no va a amamantar, suspendemos la lactancia con cabergolina (prescrito por el médico) y realizamos el vendaje de compresión para facilitar la inhibición de la subida.
- En el caso que sí amamante, debemos indicar que use sostenes que se ajusten bien sin hacer presión hacia arriba ni hacia abajo, explicar que al terminar de lactar se aplique unas gotitas de leche en la areola con el fin de hidratar la zona, observar si hay signos de ingurgitación, inversión o cortaduras de los pezones, presencia de calostro o signos de inflamación (calor, enrojecimiento y dolor). Debemos facilitar hielo en caso de ingurgitación, ungüentos calmantes para prevenir la inversión de los pezones. Si la tumefacción es tan intensa que el bebé no puede lactar y la madre está dispuesta a ello, se debe exprimir la leche de forma manual hasta que se solucione el problema. (7)

1.7.3.7. Abdomen

Con el fin de ejercitar la musculatura abdominal y así facilitar la recuperación de la misma, indicamos a nuestra paciente que se ponga en decúbito supino y levante lentamente su cabeza, debe tratar de poner el mentón en su tórax, la cabeza se eleva contando cuatro segundos y desciende igual. A medida que se progresa en el ejercicio, se pueden elevar juntos la cabeza y los hombros. (7)

1.7.3.8. Nutrición

Es importante valorar la pérdida de peso después del parto y la ingestión de nutrientes, puede haber náuseas y vómitos post anestesia. Debemos observar la coloración y turgencia de la piel.

- Si se presentan náuseas tenemos que evitar la broncoaspiración, limitar la ingestión de líquidos, debemos administrar medicación según prescripción y controlar la administración de líquidos por vía parenteral.
- Proporcionamos una dieta que sea adecuada desde el punto de vista nutricional y satisfaga los patrones culturales y hábitos dietéticos de la paciente.
- Si hay anemia tenemos que conservar la energía de la paciente, proporcionar alimentos ricos en hierro y se puede ordenar suplementos vitamínicos y de hierro.
- Orientación nutricional sobre en bajo o sobrepeso si procede. (7)

1.7.4 Cambios psicológicos en el puerperio

Hay una serie de factores que influyen en el nuevo rol de los padres, el cambio metabólico en la madre (alteración de estrógenos y progesterona) y el sentimiento de responsabilidad son dos de ellos muy significativos. (8)

Tenemos autores que consideran que hay evidencia clara de una morbilidad psiquiátrica significativa asociada con el nacimiento de un hijo, informa que al menos un 10% de mujeres van a sufrir un nuevo episodio de trastorno depresivo mayor en el primer año que sigue al nacimiento de un hijo. Esto se ve aumentado si son gemelos. El puerperio es un período vulnerable para la madre y la familia. (9)

En una serie de artículos, se sugiere que el nacimiento del bebé trae un cambio permanente en la realidad externa y en las representaciones del bebé para la madre. Los cambios tienen un efecto significativo sobre la organización defensiva y el funcionamiento emocional de la madre. Ahora debe enfrentarse a las demandas emocionales e instintivas propias en evolución, de un ser humano dependiente e indefenso. Para que la madre común sea capaz de responder apropiadamente, según coinciden unos estudios, ella necesita ser capaz de identificarse con los estados emocionales primarios del bebé sin perder de vista un sentido maduro de interés y responsabilidad. (10)

(11)

Esto puede ser particularmente difícil a causa del rebrote de conflictos no resueltos de la paciente, en relación a situaciones infantiles a nivel edípico y preedípico, el nacimiento y el puerperio pueden ser ambos traumáticos para la madre y el bebé, debido a que son un escenario en el que “ansiedades primitivas son removidas en un momento en que es esencial ser adulto”. Es la inevitable tensión entre estados mentales adultos e infantiles la que hace a la madre en el puerperio tan vulnerable y necesitada de un entorno de apoyo y contención. (12)

En la respuesta materna a principios de los 60, una enfermera de maternidad (6), observó durante el periodo de posparto inicial e identificó ciertas conductas que se repetían a medida que las mujeres asumían su nuevo rol maternal. Aunque la atención en las maternidades ha cambiado y evolucionado a partir de los 60, todavía se pueden identificar las mismas conductas y reacciones en muchas mujeres.

Esta enfermera describió 3 etapas en las madres durante el puerperio inicial:

- Etapa de aceptación: conducta dependiente que puede durar desde unas pocas horas hasta dos días. La madre está físicamente agotada por la experiencia del parto. Busca a una enfermera o familiar para que la ayude en los cuidados propios y en los del recién nacido (RN). Tiende a contar sucesivamente la experiencia del parto y se mantiene en duda ante la capacidad para atender a su bebé.

- Etapa de apoyo: la madre hace valer su independencia en el cuidado del RN y de sí misma. Es un buen momento para la educación.
- Etapa de abandono: se produce cuando la mujer adopta conductas más independientes al asumir su nuevo rol maternal. Suele tener lugar después del alta, cuando recupera su sitio en el hogar y comienza a ver al RN como un ser independiente. La mujer necesitará pasar por una evolución en la relación con su pareja y con otros miembros de su familia. Una vez que los padres han tenido tiempo para asumir la responsabilidad de tener un hijo y han dedicado tiempo a acariciarlo y reconocerlo, necesitarán reencontrarse como pareja. Por otra parte, si hay otros hijos, los padres han de invertir esfuerzo para la integración del nuevo miembro creando un clima que facilite un entorno de equilibrio para todo el conjunto familiar. (6)

La depresión puerperal es un término utilizado para describir los sentimientos de tristeza de la mujer que pueden incluir; llanto, cambios de humor imprevisibles y sensibilidad exagerada, el tiempo de aparición y gravedad de los síntomas varía según cada persona, en términos generales, aparecen alrededor del tercer día y se suelen resolver en un plazo de diez días, pero cuando persisten puede ser necesaria la ayuda de un profesional en forma de asesoramiento o terapia. La orientación anticipada y las charlas tranquilizadoras de la normalidad de estos sentimientos ayudan a afrontarlos.

Los cuidados de enfermería, tienen un sentido de prevención. Las mujeres con factores de riesgo necesitarán apoyo emocional y un seguimiento que dependerá de la salud comunitaria de atención domiciliaria. De ahí la importancia de detectarlos durante la hospitalización antes del alta. Es importante permitir la expresión verbal de los sentimientos y preocupaciones antes del alta, una buena preparación evita las complicaciones y ayuda a la mujer a afrontar su llegada a casa con el nuevo rol de ser madre y con necesidad de autocuidarse para una pronta y satisfactoria recuperación. (7)

Un aspecto importante en los cambios psicosociales es la relación madre-hijo y la unión entre padres-RN. A este proceso se le conoce como establecimiento del vínculo afectivo.

1.8. Establecimiento del vínculo afectivo madre-hijo

El período postparto es de intensos cambios, el vínculo con un bebé no sólo depende de la capacidad o posibilidad de encuentro que tengan sus padres sino de múltiples eventos situacionales. (13)

Los momentos que siguen al parto y mientras dura la hospitalización de la puérpera y su recién nacido, constituyen una situación muy provechosa para detectar lo que está ocurriendo entre una madre y su hijo. Se puede observar la cantidad y calidad de intercambios de la díada. Por ejemplo, en qué medida la respuesta materna se ajusta a los requerimientos del niño; si le habla, si lo sostiene en brazos, cómo lo sostiene, cómo lo alimenta, si acude a su llanto, etc. También se puede observar cómo se establece el desarrollo de la lactancia, si es espontáneo, si está dispuesta a amamantar a su hijo o no y si se realiza con dificultad. Podemos detectar factores de protección (apoyo familiar, pareja estable, madurez emocional) o de riesgo (trastornos psicopatológicos graves, madre sin pareja, escaso o nulo apoyo familiar). (14)

Los mecanismos de unión son el tacto, la visión, el olfato y el reconocimiento de la voz. Es necesario que los padres y los hijos pasen mucho tiempo juntos después del nacimiento adoptando posiciones que favorezcan el contacto visual, utilizando un tono de voz suave, acariciando y cogiendo al niño en brazos. A los pocos días, un recién nacido puede identificar a su madre y responde volviendo la cabeza hacia ella. (15)

Después del parto se debe estimular a los padres a permanecer en contacto estrecho con el RN. Debemos aconsejar la lactancia materna de inmediato, permitir a la madre expresar verbalmente sus dudas y preocupaciones, señalar los factores positivos de los progresos y adaptación del bebé, proporcionar refuerzo positivo a las actividades maternas de la nueva mamá. Aunque todas las madres necesitan apoyo y estímulo, hay que tener en cuenta que las primíparas requieren instrucciones detalladas y repetición de las actividades de los cuidados del niño. Si la madre está ansiosa, debemos permanecer a su lado durante el momento que amamanta a su bebé. También es de nuestra competencia, proporcionar al padre la oportunidad de verbalizar sus sentimientos acerca del niño y ayudarlo a realizar las actividades del cuidado dando apoyo positivo. (7)

Se ha jerarquizado la importancia de la disponibilidad emocional del personal sanitario de enfermería respecto de los padres, un simple comentario informal que valida el agotamiento materno y no repruebe o enjuicie las actitudes maternas, protege la autoestima de la madre y aumenta las posibilidades de interacción madre-hijo. (16)



1.8.1. Beneficios del contacto precoz

Se conoce como contacto precoz el contacto piel con piel entre el bebé y su madre después del nacimiento. Se habla de contacto piel con piel inmediato cuando es inmediato al nacimiento y de contacto precoz, cuando tiene lugar durante la primera media hora.

Durante las dos primeras horas después del nacimiento el recién nacido está en alerta tranquila; es el llamado período sensitivo, provocado por la descarga de noradrenalina que tiene lugar durante el parto (ya sea vaginal o abdominal). (17)

El bebé ha estado en contacto con el olor del líquido amniótico materno durante el embarazo. Los niveles elevados de noradrenalina en el encéfalo facilitan el reconocimiento temprano del olor materno, muy importante para el establecimiento del vínculo y la adaptación al ambiente postnatal. (17) (18)

Si nada más nacer se deja al recién nacido en decúbito prono en contacto piel con piel, poco a poco va reptando hacia las mamas de su madre mediante movimientos de flexión y extensión de las extremidades inferiores, toca el pezón, pone en marcha los reflejos de búsqueda (masticación, succión de su

puño, lengüetada), se dirige hacia la areola, que reconoce por su olor y la succiona correctamente. A partir de entonces, es más probable que haga el resto de tomas con un agarre adecuado. (17)

Este proceso requiere su tiempo: el 90% de los bebés hace la primera toma espontánea al pecho antes de los 70 minutos. (19)

Sin embargo, la separación, aunque sea durante unos minutos, altera este proceso y disminuye la frecuencia de tomas realizadas con éxito. Muchas veces, con el afán de ayudar al recién nacido a agarrarse al pecho, se le fuerza y se pueden abolir estos reflejos de búsqueda y alterar la colocación de la lengua, lo que da lugar a una técnica de succión incorrecta. Es mucho mejor que ocurra de forma espontánea y lo ideal es que la madre y el bebé permanezcan en contacto piel con piel durante las dos primeras horas de vida.

La anestesia materna puede modificar la actitud del recién nacido. Los bebés cuyas madres han recibido dolantina están sedados y muchos no succionan el pecho. Existe una relación entre la dosis de fentanilo que ha recibido la madre durante la anestesia epidural y el abandono de lactancia materna al alta del hospital. (20)

1.8.2 Riesgos de la separación precoz

El contacto estrecho madre-hijo es la norma biológica de la especie humana. Históricamente, ha aportado protección, calor, estimulación social y nutrición al lactante. La separación precoz, es la separación inmediata al nacimiento impuesta en muchas maternidades por la práctica médica habitual: (20)

- Dificulta el vínculo afectivo

La experiencia emocional negativa que supone la separación de la madre puede grabar una huella permanente en una red neuronal de conexiones sinápticas inmaduras y de ese modo extender o limitar la capacidad funcional del cerebro en etapas posteriores de la vida.

Las madres que han sufrido la separación precoz de sus hijos obtienen peores puntuaciones en actitudes cariñosas durante las tomas de los primeros días y en comportamientos afectivos. Los bebés que han disfrutado del contacto

precoz, y del alojamiento conjunto, tienen menos riesgo de abandono infantil. (20)

- Enlentece la recuperación del estrés del parto

Los recién nacidos separados precozmente, a las 4 horas experimentan menos períodos de sueño de reposo, muestran más movimientos y lloran significativamente más que el grupo de bebés que disfrutaron del contacto precoz. El llanto del bebé separado, (llanto de angustia y desesperación), se ha comparado al llanto que se aprecia en algunos cachorros de mamíferos separados de sus madres y que sólo cesa cuando se les reúne de nuevo con ellas. (20)

- Se produce un aumento del gasto energético del recién nacido

Si hay un contacto precoz, el bebé no se enfría, normaliza antes su glucemia y su equilibrio ácido-base y sus temperaturas son significativamente más altas. Esta diferencia de temperatura es duradera ya que las partes acras (extremidades) de los bebés separados precozmente permanecen más frías 24 horas después de su nacimiento.

Es erróneo interrumpir el contacto precoz si el bebé está hipotérmico (temperatura axilar $< 36.5^{\circ}\text{C}$) ya que el contacto con la piel con piel ayuda a corregir la hipotermia. La temperatura de los recién nacidos hipotérmicos aumenta $0,8^{\circ}\text{C}$ en los primeros 60 minutos de contacto piel con piel, mientras que la de los no hipotérmicos aumenta $0,35^{\circ}\text{C}$. (20)

- Dificultad para el éxito de la lactancia materna

La separación precoz impide que la primera toma al pecho se haga de forma espontánea y aunque se puede paliar mediante apoyo y consejería en la lactancia materna, se ha descrito que es 2,2 veces menos probable que los bebés separados continúen con la lactancia materna entre el mes y los 3 meses de edad. (20)

A continuación cito fragmentos extraídos de un artículo llamado "*La Maravilla del vínculo afectivo*" de David Chamberlain (psicólogo, investigador, escritor, profesor y conferenciante, uno de los pioneros en la creación del nuevo campo de la psicología pre y perinatal) en el que afirma todo lo desarrollado

anteriormente y añade que el feto, es capaz de percibir el vínculo afectivo fraternal.

“La química del cuerpo asociada con el trabajo de parto y el expulsivo lleva a madres y bebés a un íntimo acercamiento donde el mero contacto de los labios del bebé con el pezón estimulan una cascada de hormonas del amor que bendicen tanto a la madre como al bebé. Estas hormonas favorecen la expulsión de la placenta, ayudan a contraer y recuperar el útero, reducen el sangrado postparto y facilitan la subida inicial del valioso calostro y posteriormente, de la leche materna.”



«Durante el período crítico después del parto, tienen lugar una cadena de milagros químicos que llevan a la madre y al bebé a establecer un estado de embelesamiento básico para el desarrollo del vínculo afectivo»

“El hecho de crear vínculos no se limita a un período determinado. Claramente, el vínculo afectivo puede comenzar de forma contundente desde antes de la concepción o en cualquier momento después, lo que significa que el amor es bienvenido en cualquier época durante el embarazo y por supuesto es completamente apropiado en los momentos siguientes al parto.”

“Hay evidencias de que los bebés comparten con nosotros el misterioso regalo de la conciencia humana sin importar su edad y sus limitaciones físicas. Son capaces de recibir y responder a los «lazos del corazón» a los que nosotros llamamos vínculo afectivo en cualquier momento, y cuanto antes mejor.”

“El aprendizaje y la memoria se complementan una a otra... y así como lo demuestra el estudio de gemelos en el útero, los bebés son capaces de tener una relación fraternal y seguramente tienen la misma capacidad para crear vínculos con un progenitor.” «Los bebés sienten de manera telepática si son deseados y amados o no»

“Esta ampliada descripción paradigmática de los bebés obviamente nos lleva hacia un terreno de la mente y del espíritu que está más allá del cerebro.”

“Los padres que están preparados, pueden asumir que sus bebés ya están dotados de la inteligencia profunda que se necesita para crear vínculos. ¿Cómo obtener estos lazos afectivos? Empezando ya a cantarles nanas o mandándoles esos mensajes intencionados y explícitos de bienvenida y de amor de vuestros corazones hacia el suyo. Haceros a la idea de que esta vía de comunicación tiene capacidad para aguantar todos los mensajes sinceros y serios. Y esperad pacientemente por las «vibraciones» invisibles que están por llegar”.



«Cuando no se ha podido establecer el vínculo afectivo, sobre esa relación pende, como una sombra, una inexplicable falta de intimidad» (21)

Para finalizar con esta parte del estudio, hago una breve referencia del amamantamiento de gemelos, relacionado con la paciente de mi plan de cuidados.

1.9. Lactancia materna: amamantamiento de gemelos

Amamantar a más de un bebé, es un reto importante para la madre. Con frecuencia son niños prematuros lo que aumenta la dificultad al inicio de la lactancia, pero al mismo tiempo la hace aún, más importante. En los últimos años, el aumento de la incidencia de embarazos múltiples en la mayoría de los

países desarrollados, en relación con el auge de las técnicas de reproducción asistida, hace que esta situación se plantee cada vez con más frecuencia.

Para las parejas que esperan un nacimiento múltiple, además de la preocupación que supone cuidar a 2 o más niños a la vez, se añade, en el caso de optar por la lactancia materna, el temor a no tener leche suficiente y a que suponga una mayor exigencia de tiempo de dedicación. Estos y otros factores hacen que la incidencia y duración de la lactancia materna en gemelos sea muy inferior a lo recomendado.



1.9.1 Para amamantar con éxito

- Se deben imponer normas estrictas que sean conocidas por todo el personal sanitario.
- Ofrecer a todo el personal sanitario los conocimientos necesarios para aplicar esas normas.
- Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante las primeras horas de vida del bebé.
- Enseñar una correcta técnica de lactancia y a mantener la secreción láctea aunque tengan que separarse de su hijo (uso de sacaleches).
- Si la madre ha decidido dar lactancia materna, aconsejar que no utilice los biberones como suplemento (a no ser que sea por prescripción médica) ya que para el bebé es más fácil succionar de la tetina, así el amamantamiento fracasaría.

- Facilitar alojamiento conjunto y permitir que las madres estén el mayor tiempo posible con sus hijos.
- No dar tetinas artificiales o chupetes al recién nacido que está amamantando.
- Fomentar la creación de grupos de ayuda mutua de madres lactantes con gemelos e informarles de su existencia.

1.9.2 Beneficios de la leche materna

- La lactancia materna, tiene anticuerpos los cuales proporcionan inmunidad frente a infecciones bacterianas y víricas.
- Disminuye la probabilidad de futuras alergias del bebé.
- El contenido de nutrientes es superior a otras alternativas.
- Se ahorra tiempo ya que no necesita preparación y económicamente no cuesta nada.
- Disminuye la incidencia del cáncer de mama y ovario en la madre.
- Facilita la recuperación de la madre post parto.

1.9.3 Epidemiología

Aunque existen importantes variaciones en las series, en los últimos años se observa un aumento en la frecuencia de inicio de la lactancia materna en gemelos, paralelo, aunque inferior, al observado en los embarazos únicos. (22)

Las madres que optan por la lactancia artificial en embarazos múltiples lo hacen porque simplemente no quieren dar el pecho, por no tener tiempo suficiente, por consejo médico o por enfermedad del lactante o de la madre. Por el contrario, entre las que escogen la lactancia materna, el principal motivo es que consideran que es la mejor alimentación para los bebés. (23) (24)

1.9.4 Producción de leche

La existencia de las “antiguas nodrizas” o “amas de leche”, que amamantaban a varios bebés a la vez, es un ejemplo histórico de cómo la cantidad de leche de la madre se adapta a las necesidades. Ha sido posible demostrar que las madres que amamantaban dos o tres niños, doblan e incluso casi triplican el volumen de leche de las madres con un solo lactante.

Evidentemente, esta mayor producción de leche exige un nivel mayor de ingesta de calorías por parte de la madre con una dieta equilibrada. (25)

1.9.5 Tiempo de dedicación

El tiempo de dedicación tiene mucha importancia ya que el cansancio es uno de los principales enemigos de la lactancia materna y, a diferencia del biberón, no se puede delegar. En el caso de los gemelos, la madre puede optar por dar de mamar de forma simultánea o de forma separada, a demanda o cada tres horas. La forma simultánea, representa un gran ahorro de tiempo, pero la mayoría de las madres prefieren iniciar la lactancia de forma separada e intentarlo de forma simultánea pasados los primeros días, cuando la producción de leche ya está instaurada. En ese momento, la madre se siente más segura y se ha familiarizado con sus bebés.



1.9.6 Cómo alternarlos en el pecho

No existe una repuesta científica pero se suele recomendar colocar cada vez un bebé en una mama diferente, con la idea de que ambas se estimulen y

funcionen por igual, compensando las posibles diferencias de agarre o de succión de los bebés.

1.9.7 Posturas para la lactancia simultánea

Existen diferentes maneras de colocar a los bebés para dar de mamar de forma simultánea, y deben enseñarse antes de abandonar la maternidad (aunque la madre no las utilice hasta más adelante):

- Postura en “balón de rugby” (Fig. 1) más cómoda si se apoyan los bebés en una almohada o cojín; suele ser la más fácil de aprender para la madre
- Postura cruzada sobre la madre (Fig 2).
- Postura paralela (Fig 3).



Figura 1.



Figura 3.



Figura 2.

1.9.8 Cómo afrontar el inicio de la lactancia

- Prematuros

La incidencia de prematuridad es mayor en caso de gestación múltiple. Si los bebés están ingresados en la unidad neonatal, se aplicarán las técnicas y recursos propios de la lactancia en prematuros. La extracción de la leche materna con saca leches, en estos casos, tiene un papel fundamental.

- Nacimiento a término y de peso adecuado

El inicio de la lactancia no es diferente al de un recién nacido único, pero habrá que prestar especial atención a la forma de agarrarse al pecho de ambos bebés al cansancio de la madre, al momento de la subida y a la evolución del peso. No hay que olvidar que un número importante de madres con partos múltiples, son primíparas (parejas con dificultades previas que han recurrido a técnicas de reproducción asistida) y que la incidencia de cesáreas es alta.

Es probable que con tantos obstáculos, la subida de leche se retrase, además de que la leche aumentará progresivamente y no sea suficiente al inicio. En caso de necesidad, habrá que recurrir al uso de suplementos con los mismos criterios que en un recién nacido único.

- Edad gestacional y peso límite

Es una situación frecuente y difícil de manejar. Se trata de recién nacidos de 36-37 semanas que no ingresan en la unidad neonatal y están con la madre, que tienen uno o los dos un peso bajo o límite y que se darán pronto el alta de maternidad. Por su edad gestacional, uno o los dos pueden tener dificultades para agarrarse al pecho (más dormidos, menos potencia). Por su peso bajo o límite pueden tener más riesgo de presentar hipoglucemias los primeros días. Es preciso intentar ponerlos al pecho lo antes posible, hacer la lactancia totalmente a demanda, ayudar a la madre a colocarlos al pecho de la forma más confortable, utilizar al bebé más vigoroso para que estimule las dos mamas y recomendar precozmente el uso de sacaleches.

Aquellos bebés de peso bajo o límite que no consigan agarrarse al pecho durante las primeras 48 horas, deberán recibir suplemento aunque la pérdida de peso no llegue al 10%.

Aunque se agarren bien al pecho, el control de la pérdida de peso y de la situación clínica de los bebés deberá ser muy estricto y se indicará el suplemento siguiendo los criterios habituales.

- Continuación de la lactancia

Es posible que en el momento del alta, la situación de la lactancia sea todavía inestable (que los bebés necesiten suplemento y que la madre esté utilizando sacaleches). En este caso, el contacto precoz profesional después del alta es esencial para que la lactancia pueda continuar. Las madres que tienen mayor tasa de éxito con la lactancia materna en embarazos múltiples son las que tienen una ayuda adecuada en casa (“se necesita una persona por cada bebé”). (26) (27)

El modelo de Enfermería que hace referencia a este caso es el de Ramona Mercer (Adopción del rol maternal) ya que su teoría está centrada en el cuidado maternal.

El Rol Funcional, va orientado en la búsqueda de nuevos espacios profesionales, rompiendo paradigmas, en lo asistencial, docente y gerencial, donde cada uno de estos elementos se convierte en el pilar del quehacer de enfermería.

El cuidado materno perinatal, es uno de los ámbitos de la profesión de enfermería donde éste ejerce un rol fundamental desde diversos campos de acción y en las diferentes etapas de la vida del proceso procreativo como la gestación, el trabajo de parto, el parto y posparto y su recién nacido. Éstos son eventos de la vida que requieren de un cuidado integral, acorde con las necesidades de la mujer, el recién nacido y su familia, teniendo en cuenta el contexto social y cultural al que pertenecen.

Desde el orden social, económico y político, las mujeres y los niños representan un grupo importante de la población y son especialmente vulnerables a los cambios y transformaciones de un país y a los problemas de todo tipo como la violencia, el desplazamiento, el analfabetismo, el maltrato y la inequidad social y económica.

Se destacan importantes enfermeras en el mundo que trabajan en el desarrollo teórico y práctico del cuidado de enfermería, entre ellas Madeleine Leininger, quien a través de su teoría de la Diversidad Cultural, muestra un área importante de estudio, especialmente en un país en transformación y globalizado como Colombia. Ramona Mercer, quien con su teoría Adopción del Rol Maternal, propone la necesidad de que los profesionales de enfermería tengan en cuenta el entorno familiar, la escuela, el trabajo, la iglesia y otras entidades de la comunidad como elementos importantes en la adopción del rol maternal.

Los profesionales de enfermería en el ámbito nacional, han construido importantes programas y proyectos tendientes al cuidado integral de madres gestantes, de madres en posparto y de sus recién nacidos, a la luz de los resultados de investigaciones que explican la influencia de los aspectos del

contexto en el estado físico y psicológico de las mujeres y su experiencia de vida de salud - enfermedad. Estos programas tendientes al cuidado materno perinatal, poseen un liderazgo importante del profesional de enfermería en la planeación, desarrollo y evaluación, lo que ha hecho posible el desarrollo de la Teoría Adopción del Rol Maternal.

Escrito por Ramona Mercer - impacto positivo en esta población. A continuación se mencionan algunos de estos programas:

1. Preparación para la maternidad y paternidad.
2. Promoción y apoyo a la lactancia materna exclusiva.
3. Cuidado neonatal y materno durante el posparto según características especiales como: adolescentes, niños prematuros, bajo peso al nacer, gestantes y puérperas con y sin situaciones de enfermedad y gestantes multíparas.

El programa de preparación para la maternidad y paternidad, desarrollado durante la etapa gestacional, ofrece la posibilidad de trabajo con la pareja y la familia para el reconocimiento de su vivencia, la visualización del nuevo ser, estimulación sensorial del feto, preparación para el nacimiento, la adopción de los roles materno y paterno, autovaloración y autocuidado. Se puede mencionar el libro "Maternidad Vivida", de la profesora Liliana Villarraga de Ramírez.

El programa de promoción y apoyo a la lactancia materna exclusiva se ha planteado con actividades de promoción desde la etapa escolar en colegios, escuelas y universidades, con promoción y apoyo durante la gestación, parto y posparto. Las enfermeras colombianas han hecho esfuerzos en las últimas décadas para proteger y apoyar la lactancia materna, a través de organismos gubernamentales como el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, el Ministerio de Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

El programa de cuidado neonatal y materno busca atender las necesidades de cuidado de la puérpera, recién nacido y sus familias, contribuyendo al autocuidado materno, a la estimulación del recién nacido, crianza de los hijos,

fortalecimiento del grupo familiar y detección y atención precoz de riesgos que afectan la salud de la familia en esta etapa tan importante de la vida.

De igual manera así se expresa en el artículo “El cuidado Neonatal y Materno con Apoyo del Grupo Familiar” de la profesora Carmen Helena Ruiz de Cárdenas, quién con su experiencia, contribuyó en el desarrollo de la Teoría Adopción del Rol Maternal.

Escrito por Ramona Mercer - el área, presenta un modelo alternativo de asistencia ya que enseña, orienta, ayuda y fomenta el autocuidado de la mujer y el cuidado de la familia y de la comunidad, de gran utilidad para los profesionales de enfermería que se desempeñan en esta área.

En la docencia, las instituciones formadoras de enfermeros, actualmente, modernizan los currículum, a la luz de nuevas tendencias sociales y científicas, de los cambios socio-demográficos y epidemiológicos que demanda la población materno perinatal y se están creando nuevos modelos didácticos que motiven al pensamiento crítico de los estudiantes alrededor del cuidado de las gestantes, sus recién nacidos y familias.

Con esta breve mirada de los programas, se concluye que hay varios campos de acción donde el profesional de enfermería puede ejercer los roles desde el área gerencial, asistencial y docente, según las necesidades de desarrollo del país, de la región o de la institución. (28) (29)

1.10 JUSTIFICACIÓN

La realización de este estudio, tiene como finalidad la exposición y conocimiento de los cuidados post cesárea, el establecimiento del vínculo afectivo padres-hijos y el amamantamiento de gemelos con el objetivo de mejorar los cuidados enfermeros, ayudar a desarrollar el vínculo afectivo de manera precoz y dar la información acerca de la lactancia materna habiendo tenido gemelos .

Cesárea gemelar. La maravilla del ser mamá

He elegido este caso porque he podido seguir a la gestante desde su ingreso, además de que he tenido la oportunidad de entrar a paritorios y ver el parto por cesárea completo.

Antes de realizar un plan de cuidados y poder llevarlo a cabo con las intervenciones enfermeras, debemos tener un conocimiento amplio del servicio donde estamos. Una vez así, podemos comenzar a desarrollar nuestros objetivos previstos y así obtener los resultados esperados.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

- Describir el papel de enfermería ante una cesárea gemelar en una primigesta, así como el vínculo afectivo y lactancia materna.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar los cuidados de enfermería durante el puerperio conociendo los cambios anatómicos, fisiológicos y psicológicos que se producen post cesárea gemelar.
- Conocer el establecimiento del vínculo afectivo padres-hijos.
- Determinar el afrontamiento de la madre en el inicio de la lactancia materna con gemelos.

3. PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS

3.1. Diseño

Para dar respuesta a los objetivos propuestos en nuestro trabajo, se ha utilizado una investigación cualitativa de estudio de casos.

Un estudio de casos es un estudio observacional descriptivo. Constituye el estudio básico de un paciente o un grupo de pacientes con una enfermedad determinada, donde se describen las características observadas en un momento de tiempo, o que presentan de forma inesperada y desconocida un problema de salud.

3.2. Sujeto de estudio

Primigesta de 32 años A+, gestante de 37 semanas + 2 días. Ingresa por gestación gemelar en situación transversa, con pródromo de parto.

3.3. Ámbito y período de estudio

Este estudio se realizó durante el período de prácticas del 31 de enero al 25 de marzo de 2012 en la unidad materno-infantil del Hospital USP San Carlos de Murcia (España).

3.4. Procedimiento de recogida de información

Este estudio fue autorizado por el propio paciente mediante consentimiento verbal. Se ha respetado en todo momento los acuerdos de la declaración de Helsinki (donde se describen los principios éticos para la investigación clínica en seres humanos y sobre la información identificable). (30)

3.4.1. Fuentes de información

Para la recogida de datos, he utilizado como fuente principal la historia clínica del paciente, además de la observación directa, examen físico y valoración enfermera basada en el modelo de los once patrones funcionales de Marjory Gordon aplicando los diagnósticos de enfermería NANDA, las intervenciones enfermeras NIC y los resultados de enfermería NOC.

3.4.2. Proceso de búsqueda

Primeramente, la búsqueda y recogida de información la he realizado utilizando las palabras clave: cesárea gemelar, lactancia materna, vínculo materno, entre otros utilizando las bases de datos: Scielo, Dialnet, Pubmed y Medline. Viendo que la información recogida era escasa, realicé una búsqueda exhaustiva en la biblioteca del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca y en la biblioteca de la Universidad Católica San Antonio de Murcia encontrando así manuales, libros y artículos válidos para mi estudio.

A medida que se analizó la información contenida en dichos artículos, se produjo una ampliación del campo de estudio apareciendo nuevos intereses tras lo cual, se realizó otra búsqueda de artículos científicos más detallada.

Por último, se realizaron búsquedas complementarias con el fin del perfeccionar el desarrollo del estudio.

4. RESULTADOS

4.1 Descripción del caso

Datos generales

Primigesta de 32 años A+, gestante de 37 semanas + 2 días. Ingresa por gestación gemelar en situación transversa, con pródromo de parto.

Antecedentes personales

Alergia a Augmentine® pero tolera Amoxicilina, endometriosis y apendicectomía realizada hace 1 año.

Parto con HG 10,7gr/dl. Cesárea electiva por generalidad biocigóticos. Reacción alérgica a la Fosfomicina. Suspensión láctea con Dostinex® (cabergolina).

Antecedentes ginecológicos

Menarquía a los 14 años.

Fecha Última Regla: (FUR): 11-06-2011

Edad Gestacional (EG): 36 semanas + 3 días

Grupo y Rh madre: A+

Serología y SGB (estreptococo del grupo B) negativo.

Antecedentes obstétricos

(G) Gestaciones: 1 (P) Parto vaginal: 0 (C) Cesáreas: 0 (A) Abortos: 0
(E) Ectópicos: 0 (V) Vivos: 0 (M) Muertos: 0

Fórmula obstétrica: G₁

Exploración física

Tensión Arterial (TA) sistólica: 100mmHg y TA diastólica: 60mmHg.
Temperatura corporal: 36.5°. Frecuencia cardiaca: 86 latidos por minuto.

Cesárea gemelar. La maravilla del ser mamá

Fármacos

Tratamiento crónico: No presenta.

Tratamiento hospitalario (post cesárea inmediata):

- Tomar constantes por horas
- Sueroterapia: Suero Glucosalino 1500 ml + Fisiológico 1500 ml alternos en 24 horas.
- Analgesia: 3 ampollas de Nolotil® + 2 ampollas de cloruro mórfico + 2 ampollas de Primperan®.
- Antibioterapia: Augmentine® 1g/12 IV.
- 1 ampolla de Ranitidina® (5mg)/ 12h IV.
- Dieta absoluta.
- Sondaje vesical permanente.
- Dostinex® 2 comprimidos a las 16.00h.

Partograma

Maduración pulmonar con corticoide.

Fecha de parto: 15-02-2012

Hora de parto: 1^{er} gemelar: 13:35h. 2^o gemelar: 13.41h

Tipo de parto: cesárea gemelar.

Tipo de gestación: múltiple.

Estática fetal: 1^{er} gemelar: cefálico con vuelta de cordón. 2^o gemelar podálico.

Inicio del parto: inducción con oxitocina 10 UI en 500 ml SSF.

Rotura de membrana espontánea a las 11h.

Cantidad y características del líquido amniótico: normal y claro.

Alumbramiento: manual en quirófano.

Anestesia: epidural con punción el L₃-L₄.

Sexo del recién nacido: 1^{er} gemelar: varón. 2^o gemelar: varón.

Peso al nacimiento: 1^{er} gemelar: 2.300g. 2^o gemelar: 2.650g.

Índice de apgar: 1^{er} gemelar: 9/10. 2^o gemelar: 9/10.

Reanimación: no

Estado post parto: normal.

4.2 Valoración del caso

Se ha realizado la valoración según los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon.

1. Patrón percepción manejo de la salud

Alergias medicamentosas conocidas a Augmentine® y Fosfomicina.

La paciente conoce el motivo de ingreso y está acompañada en todo momento por su marido y sus padres, cogemos el número de teléfono de su marido por si fuera necesario en algún momento de la estancia hospitalaria de la paciente.

Considera su salud como buena, portadora de cateterización venosa en el miembro superior izquierdo (MSI) del número 20, fumadora habitual, no sigue pautas terapéuticas de ningún tipo.

2. Patrón nutricional metabólico

No hay alteración del peso, sin dificultad para deglutir, presenta buena hidratación, si hay alteración de la piel de los miembros inferiores (MI), no presenta intolerancia alimentaria, no lleva sonda nasogástrica, no tiene náuseas ni vómitos. Riesgo bajo de lesión de úlcera por presión.

3. Patrón de eliminación

Por el momento no presenta cambios en el hábito intestinal. Lleva sonda vesical, no presenta drenajes.

4. Patrón de actividad-ejercicio

La paciente presenta el nivel de dependencia disminuido. No precisa dispositivos de ayuda ni de inmovilización.

5. Patrón de reposo-sueño

En cuanto al patrón de reposo-sueño, refiere dormir 8 horas al día, sueño reparador, no precisa medicación para dormir.

6. Patrón cognitivo-perceptual

Consciente y orientada, con dolor agudo en el abdomen con una intensidad del dolor en una escala del 0 al 10 de 10. No tiene problemas de visión, ni audición, ni de sensibilidad táctil, ni de memoria, ni lenguaje, ni de aprendizaje. Con capacidad para hablar de forma clara.

7. Patrón de autopercepción-autoconcepto

No verbaliza sentimientos negativos, autovaloración de la imagen positiva con aspecto general cuidado, expresa sentimiento de ansiedad.

8. Patrón de rol-relaciones

Vive con su marido, situación laboral activo, verbaliza relaciones sociales y familiares satisfactorias.

9. Patrón de sexualidad-reproducción

Al valorar el patrón de sexualidad – reproducción, la paciente verbaliza que no habrá cambios en sus relaciones sexuales, sin preocupación, con alteración del ciclo menstrual, no climaterio, no uso de anticonceptivos, sin problemas de fertilidad, no verbaliza conductas de riesgo.

10. Patrón de afrontamiento-tolerancia al estrés

No presenta expresión de pérdida de control, la actitud de la paciente y familia ante el personal sanitario y hospitalización es de aceptación.

11. Patrón de valores y creencias

No solicita asistencia religiosa, no desea que tengamos en cuenta creencia o práctica religiosa, la autovaloración de su calidad de vida en una escala del 0 al 10 es de 9, no verbaliza implicaciones morales ó éticas sobre su régimen terapéutico.

PATRONES ALTERADOS

Patrón de percepción – manejo de la salud

00099 Mantenimiento ineficaz de la salud relacionado con falta de logro de las tareas del desarrollo manifestado por incapacidad para asumir la responsabilidad de llevar a cabo las prácticas básicas de salud.

Definición: Incapacidad para identificar, manejar o buscar ayuda para mantener la salud.

Dominio 1: Promoción de la salud

Clase 2: Gestión de la salud

Patrón nutricional metabólico

00026 Exceso de volumen de líquidos relacionado con compromiso de los mecanismos reguladores manifestado por edema.

Definición: Aumento de la retención de líquidos isotónicos

Dominio 2: Nutrición

Clase 5: Hidratación

Patrón de eliminación

00016 Deterioro de la eliminación urinaria relacionado con deterioro sensitivo motor.

Definición: Disfunción en la eliminación urinaria.

Dominio 3: Eliminación e intercambio

Clase 1: Función urinaria

En este caso no habría características definitorias ya que no hay manifestaciones de nada. La sonda se coloca en paritorios para evitar o prevenir la incontinencia debido a la inmovilidad de los miembros inferiores, es decir la colocación de la sonda aquí, no es una consecuencia de la incontinencia, sino que es la prevención de la misma.

Patrón de actividad – ejercicio

00088 Deterioro de la ambulación relacionado con dolor manifestado por deterioro de la habilidad para caminar las distancias requeridas.

Definición: Limitación del movimiento independiente a pie en el entorno.

Dominio 4: Actividad/reposo

Clase 2: Actividad/ejercicio

00085 Deterioro de la movilidad física relacionado con dolor manifestado por limitación de la amplitud de movimientos.

Definición: Limitación del movimiento físico independiente, intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.

Dominio 4: Actividad/reposo

Clase 2: Actividad/ejercicio

Patrón cognitivo – perceptual**00132 Dolor agudo relacionado con agentes lesivos manifestado por conducta expresiva (llanto).**

Definición: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración inferior a 6 meses.

Dominio 12: Confort

Clase 1: Confort físico

Patrón de autopercepción – autoconcepto**00146 Ansiedad relacionado con cambio en el estado de salud manifestado por dolor abdominal. (31)**

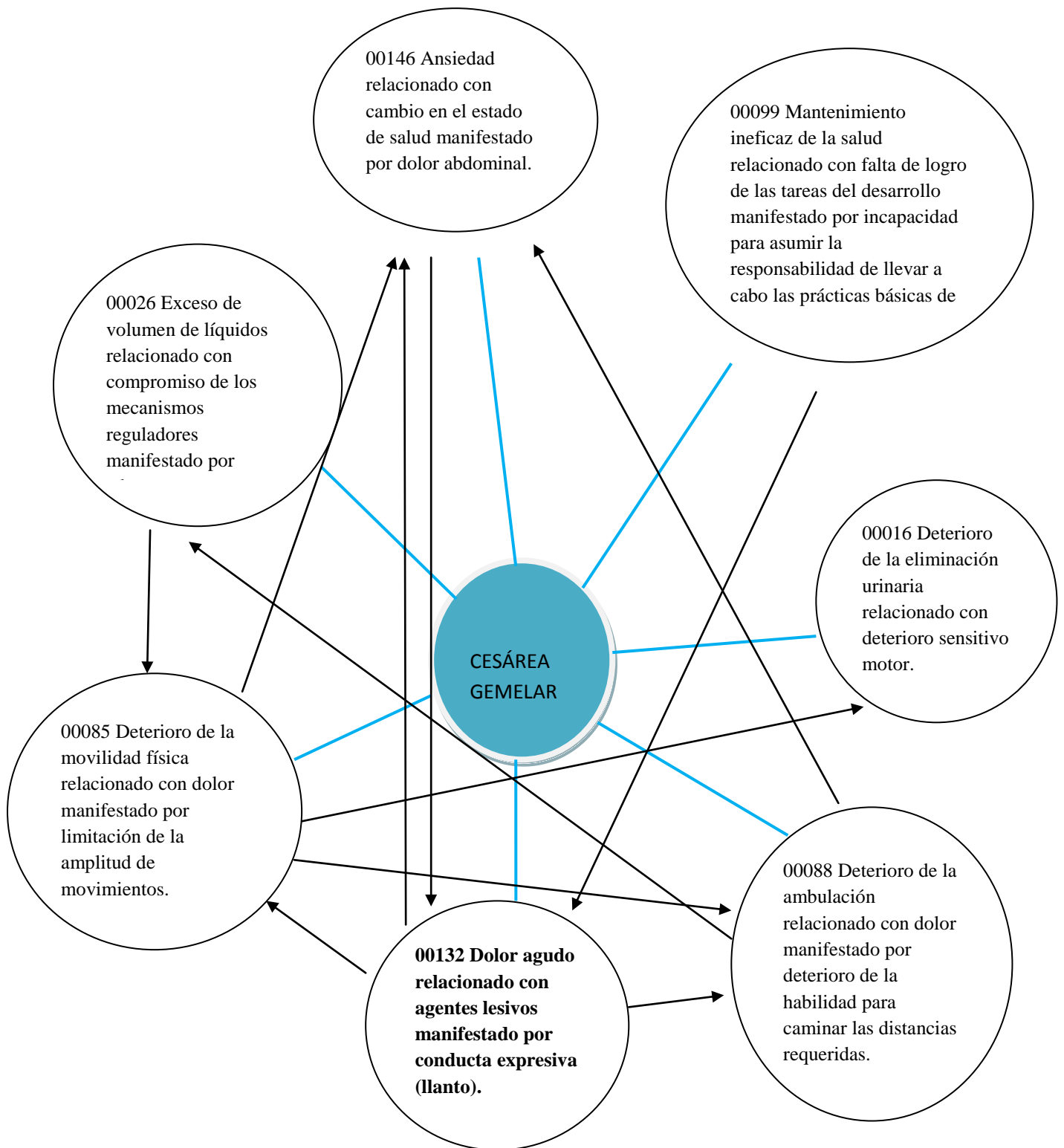
Definición: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (el origen del cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontar la amenaza.

Dominio 9: afrontamiento/ tolerancia al estrés

Clase 2: Respuestas de afrontamiento

RED DE RAZONAMIENTO (DxE)

Figura 4.1



DxE principal:

00132 Dolor agudo relacionado con agentes lesivos manifestado por conducta expresiva (llanto).

Justificación del diagnóstico enfermero principal (DxE)

Según la red de razonamiento, obtenemos dos DxE principales. Según mi criterio, el diagnóstico principal es: dolor agudo relacionado con agentes lesivos manifestado por conducta expresiva (llanto), ya que nuestra paciente 3 horas después de la cesárea presenta fuerte dolor abdominal.

Es aquí donde debemos intervenir principalmente, ya que eliminando el dolor desaparece el deterioro de la ambulación, deterioro de la movilidad física y la ansiedad.

Al solucionar éstas, resolvemos a su vez el exceso de volumen de líquidos y deterioro de la eliminación urinaria.

Nos queda por resolver el mantenimiento ineficaz de la salud relacionado con falta de logro de las tareas del desarrollo manifestado por incapacidad para asumir la responsabilidad de llevar a cabo las prácticas básicas de salud.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

00132 Dolor agudo relacionado con agentes lesivos manifestado por conducta expresiva (llanto).

Definición: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración inferior a 6 meses.

Dominio 12: Confort

Clase 1: Confort físico

4.3 Problemas de colaboración (PC): Cesárea gemelar.

Complicaciones potenciales (CP): (32) (33)

- Infección de la vejiga o el útero
- Lesión de las vías urinarias
- Lesión del bebé
- Placenta que crece dentro del músculo del útero y tiene problema para separarse después de que el bebé nace (placenta adherida)

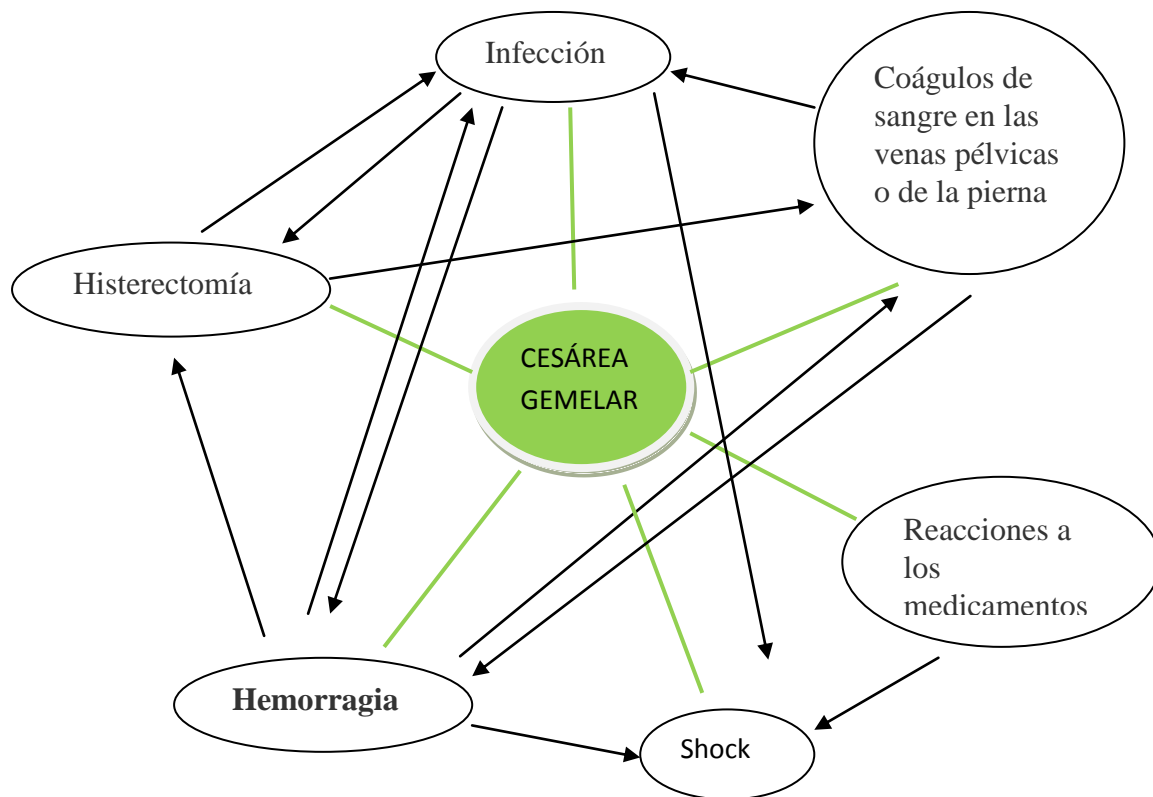
- Ruptura uterina
- Reacciones a los medicamentos
- Hemorragia
- Histerectomía

- Problemas respiratorios
- Trombosis

- Infección
- Shock

RED DE RAZONAMIENTO (CP)

Figura 4.2 Modelo bifocal.

**Justificación de la complicación potencial principal (CP)**

Según la red de razonamiento clínico, la hemorragia es la complicación potencial principal, ya que si prevenimos una hemorragia, estamos evitando una posible histerectomía, una posible infección, posibles coágulos en las venas de las piernas y pelvis y en definitiva un shock y muerte de la paciente³.

No dejando nunca de prevenir la infección de la incisión realizada en el abdomen y por supuesto vigilancia en cuanto a reacciones alérgicas a algún medicamento.

4.4 Planificación de DxE principal (34) (35)

Resultados (NOC)

Control del dolor (1605)

Dominio: conocimiento y conducta de salud (IV)

Clase Conducta de salud (Q)

Definición: Acciones personales para controlar el dolor

Código	Indicadores	Puntuación inicial	Puntuación diana	Tiempo previsto
160511	Refiere dolor controlado	1	5	2días

Escala: 1.Nunca demostrado 2.Raramente demostrado 3.A veces demostrado 4.Frecuentemente demostrado 5.Siempre demostrado

Tabla V. Fuente: elaboración propia

Dolor: respuesta psicológica adversa (1306)

Dominio: Salud percibida (V)

Clase: Sintomatología (V)

Definición: Gravedad de las respuestas cognitivas y emocionales adversas observadas o referidas al dolor físico.

Código	Indicadores	Puntuación inicial	Puntuación diana	Tiempo previsto
130610	Ansiedad	3	5	1 día
130613	Desesperanza	3	5	1 día

Escala: 1.Grave 2.Sustancial 3.Moderado 4.Liegro 5.Ninguno

Tabla VI. Fuente: elaboración propia

Nivel del dolor (2102)

Dominio: Salud percibida (V)

Clase: Sintomatología (V)

Definición: Intensidad del dolor referido o manifestado.

Código	Indicadores	Puntuación inicial	Puntuación diana	Tiempo previsto
210210	Dolor referido	1	5	2 días
210206	Expresiones faciales del dolor	1	5	2 días
210208	Inquietud	1	5	2 días
210209	Tensión muscular	1	5	2 días
210217	Gemidos y gritos	1	5	2 días

Escala: 1.Grave 2.Sustancial 3.Moderado 4.Leve 5.Ninguno

Tabla VII. Fuente: elaboración propia

Estado materno: Puerperio (2511)

Dominio: Salud familiar (VI)

Clase: Estado de salud de los miembros de la familia (Z)

Definición: Grado en el que el bienestar materno está dentro de los límites normales desde el alumbramiento de la placenta hasta completar la involución uterina.

Código	Indicadores	Puntuación inicial	Puntuación diana	Tiempo previsto
251101	Equilibrio emocional	3	5	3días
251102	Comodidad	1	5	1 día
251106	Altura del fondo uterino	2	4	3días
251114	Eliminación urinaria	1	5	1 día
251116	Ingesta de sólidos y líquidos	1	5	12 horas
251117	Actividad física	1	5	2días

Escala: 1.Desviación grave del rango normal 2.Desviación sustancial del rango normal 3.Desviación moderada del rango normal 4.Desviación leve del rango normal 5.Sin desviación del rango normal.

Tabla VIII. Fuente: elaboración propia

Código	Indicadores	Puntuación inicial	Puntuación diana	Tiempo previsto
251125	Dolor incisional	1	4	2días

Escala: 1.Grave 2.Sustancial 3.Moderado 4.Leve 5.Ninguno

Tabla IX. Fuente: elaboración propia

Mantenimiento de la lactancia materna (1002)

Dominio: Salud fisiológica (II)

Clase: Nutrición (K)

Definición: Continuación de la lactancia materna desde el establecimiento hasta el destete para la alimentación de un lactante.

Código	Indicadores	Puntuación inicial	Puntuación diana	Tiempo previsto
100201	Crecimiento del lactante dentro del rango normal	1	5	4 días
100204	Conocimiento familiar de los beneficios de la lactancia materna continuada	2	5	4 días
100215	Expresión familiar de satisfacción con el proceso de lactancia materna	2	5	

Escala: 1.Inadecuado 2.Ligeramente adecuado 3.Moderadamente adecuado 4.Sustancialmente adecuado 5.Completamente adecuado

Tabla X. Fuente: elaboración propia

Control del riesgo: Consumo de tabaco (1906)

Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV)

Clase: Control de riesgo y seguridad (T)

Definición: Acciones personales para prevenir el consumo de tabaco.

Código	Indicadores	Puntuación inicial	Puntuación diana	Tiempo previsto
190610	Utiliza los servicios sanitarios de forma congruente cuando los necesita	1	5	4 días
190624	Participa en una actividad física	1	5	4 días
190625	Evita situaciones sociales que fomentan el consumo de tabaco	1	5	4 días

Escala: 1.Nunca demostrado 2.Raramente demostrado 3.A veces demostrado 4.Frecuentemente demostrado 5.Siempre demostrado

Tabla XI. Fuente: elaboración propia

Intervenciones (NIC)

Manejo del dolor (1400)

Definición: Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.

Actividades:

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, característica, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.

- Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.
- Proporcionar información acerca del dolor, tal como causas del dolor, el tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos.
- Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor (miedo, fatiga, monotonía y falta de conocimiento).
- Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.
- Utilizar medidas de control del dolor, antes de que el dolor sea severo.
- Notificar al médico si las medidas no tienen éxito o si la queja actual constituye un cambio significativo en las experiencias pasadas del dolor del paciente.

Administración de analgésicos (2210)

Definición: Utilización de agentes farmacológicos para disminuir o eliminar el dolor.

Actividades:

- Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.
- Comprobar el historial de alergias a medicamentos.
- Elegir vía I.V, en vez de I.M, para inyecciones frecuentes de medicación contra el dolor, cuando sea posible.
- Atender a las necesidades de comodidad y otras actividades que ayuden en la relajación para facilitar la respuesta a la analgesia.
- Establecer expectativas positivas respecto de la eficacia de los analgésicos para optimizar la respuesta del paciente.
- Administrar analgésicos y/o fármacos complementarios cuando sea necesario para potenciar la analgesia.
- Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares después de de cada administración, pero especialmente después de las dosis iniciales, y se debe observar también si hay señales y síntomas de efectos

adversos (depresión respiratoria, náuseas y vómitos, sequedad de boca y estreñimiento).

Vigilancia (6650)

Definición: Recopilación, interpretación y síntesis objetiva y continuada de los datos del paciente para la toma de decisiones clínicas.

Actividades:

- Determinar los riesgos de salud del paciente, si procede.
- Facilitar la reunión de pruebas de diagnóstico, si procede.
- Interpretar los resultados de las pruebas de diagnóstico, si procede.
- Retirar e interpretar los datos de laboratorio; ponerse en contacto con el médico, si procede.
- Vigilar signos vitales, si procede.
- Observar si hay signos y síntomas de desequilibrio de líquido y electrolitos.
- Comprobar la perfusión tisular, si es el caso.
- Observar si hay infección, si procede.
- Observar si hay tendencias hemorrágicas.
- Consultar con el médico cuando los datos del paciente indiquen una necesidad de cambio de terapia médica.
- Analizar las órdenes médicas junto con el estado del paciente para garantizar la seguridad del mismo.

Disminución de la ansiedad (5820)

Definición: Minimizar la aprensión, temor o presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado.

Actividades:

- Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.
- Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.
- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.

- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.

Cuidados posparto (6930)

Definición: Control y seguimiento de la paciente que ha dado a luz recientemente.

Actividades:

- Controlar signos vitales.
- Observar si hay signos de infección.
- Conseguir que la paciente vacíe la vejiga antes de la exploración posparto.
- Comprobar y registrar la altura uterina y firmeza del fundus cada 15 min/1h; luego cada 30min/1h; después cada 1h/4h y finalmente cada 4h/24h.
- Intentar exprimir los coágulos hasta que el fundus esté firme.
- Fomentar el consumo de líquidos y fibra para evitar estreñimiento.
- Animar a la paciente a reanudar sus actividades normales según tolerancia.
- Complementar la enseñanza sobre el alta con folletos y hojas informativas.

Ayuda a dejar de fumar (4490)

Definición: Ayudar a un paciente para que deje de fumar.

Actividades:

- Determinar la facilidad del paciente para aprender sobre dejar de fumar.
- Controlar la facilidad del paciente para intentar abandonar el tabaco.
- Aconsejar al fumador de forma clara y consistente dejar de fumar.
- Ayudar al paciente a identificar razones para dejar de fumar y las barreras.

- Ayudar a elegir el método para dejar de fumar, cuando el paciente esté decidido a dejarlo.
- Favorecer las políticas que establecen y refuerzan un entorno sin humo.
- Servir como modelo de no fumador.

Supresión de la lactancia (6870)

Nota: La paciente se niega completamente a dar lactancia materna a sus 2 hijas, por eso expongo a continuación las actividades realizadas para suprimirla, después de haber aconsejado e informado de las ventajas y beneficios de la misma.

Definición: Facilitar el cese de producción de leche y minimizar la congestión de los pechos después de dar a luz.

Actividades:

- Administrar por prescripción médica el fármaco para el cese de la lactación, si corresponde.
- Vigilar la congestión y las molestias de los pechos.
- Aplicar paquetes de hielo a la zona axilar de los pechos durante 20 minutos cuatro veces al día y en casa, si es necesario.
- Informar a la paciente de la posible ingurgitación después del alta.
- Aplicar vendajes compresivos en los pechos, si procede.
- Informar a la paciente acerca del retorno precoz de la ovulación.

PLANIFICACIÓN de CP principal

CP principal: Hemorragia.

Resultados NOC

Severidad de la pérdida de sangre (0413)

Dominio: Salud fisiológica (II)

Clase: Cardiopulmonar (E)

Definición: Gravedad del sangrado/hemorragia interna o externa

Código	Indicadores	Puntuación inicial	Puntuación diana	Tiempo previsto
041306	Distensión abdominal	3	4	2 días
041307	Sangrado vaginal	3	4	2 días
041309	Disminución de la presión arterial sistólica	4	5	1 días
041310	Disminución de la presión arterial diastólica	4	5	1 día
041311	Aumento de la frecuencia cardíaca apical	4	5	1 día
041316	Disminución de la hemoglobina (Hgb)	4	5	1 día
041317	Disminución del hematocrito (Hct)	4	5	1 día

Escala: 1.Grave 2.Sustancial 3.Moderado 4.Leve 5.Ninguno

Tabla XII. Fuente: elaboración propia

Severidad de la infección (0703)

Dominio: Salud fisiológica (II)

Clase: Respuesta inmune (H)

Definición: Gravedad de infección y síntomas asociados

Código	Indicadores	Puntuación inicial	Puntuación diana	Tiempo previsto
070301	Erupción	4	5	2 días
070307	Fiebre	4	5	2 días
070329	Hipotermia	4	5	2 días
070333	Dolor	4	5	2 días
070334	Sensibilidad	4	5	2 días
070320	Colonización en el hemocultivo	4	5	2 días

Escala: 1.Grave 2.Sustancial 3.Moderado 4.Leve 5.Ninguno

Tabla XIII. Fuente: elaboración propia

Respuesta a la medicación (2301)

Dominio: Salud fisiológica (II)

Clase: Respuesta terapéutica (a)

Código	Indicadores	Puntuación inicial	Puntuación diana	Tiempo previsto
230105	Reacción alérgica	2	5	5 minutos
230108	Intolerancia farmacológica	2	5	5 minutos

Escala: 1.Grave 2.Sustancial 3.Moderado 4.Leve 5.Ninguno

Tabla XIV. Fuente: elaboración propia

Intervenciones (NIC) de PC

Prevención de la hemorragia (4010)

Definición: Disminución de los estímulos que pueden inducir hemorragias en pacientes con riesgo de sufrirlas.

Actividades:

- Vigilar de cerca al paciente por si se produce hemorragia.
- Anotar los niveles de hemoglobina/hematocrito antes y después de la pérdida de sangre, si está indicado.
- Observar si hay signos y síntomas de hemorragia persistente (comprobar todas las secreciones para ver si hay presencia de sangre franca u oculta).
- Controlar los signos vitales ortostáticos, incluyendo la presión sanguínea.
- Administrar productos sanguíneos (plaquetas y plasma fresco congelado), si procede.
- Evitar levantar objetos pesados.
- Ordenar al paciente que aumente la ingesta de alimentos ricos en vitamina K.
- Evitar estreñimientos (fomentar la ingesta de líquidos y laxantes), si procede.

Control de infecciones (6540)

Definición: Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos.

Actividades:

- Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes.
- Poner en práctica precauciones universales.
- Usar guantes según lo exigen las normas de precaución universal.
- Usar guantes estériles, si procede.

- Garantizar una manipulación aséptica de todas las líneas i.v.
- Asegurar una técnica de heridas adecuada.
- Fomentar la ingesta de líquidos, si procede.
- Administrar terapia de antibióticos, si procede.
- Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones.

Manejo de la anafilaxia (6412)

Definición: Fomento de la ventilación y de la perfusión de los tejidos adecuados para un individuo con una reacción alérgica (antígeno-anticuerpo) grave.

Actividades:

- Identificar y eliminar la fuente de la alergia, si es posible.
- Establecer y mantener la vía aérea despejada.
- Monitorizar los signos vitales.
- Iniciar una infusión I.V de solución salina normal, de Ringer lactato o de un dilatador del volumen plasmático según corresponda.
- Tranquilizar al individuo y a los miembros de su familia.
- Observar si hay señales de shock (p. ej. Dificultad respiratoria, arritmias cardíacas, convulsiones e hipotensión).
- Mantener actualizada la hoja de actividades, incluyendo los signos vitales y la administración de la medicación.
- Administrar espasmolíticos, antihistamínicos o corticosteroides, según esté indicado, y documentar si existe urticaria, angioedema o broncoespasmo.
- Consultar con otros proveedores de cuidados sanitarios y remitir, según sea necesario.
- Observar la recurrencia de la anafilaxia durante las 24 horas siguientes.

EJECUCIÓN

Día 19-02-12 (15.00h turno de tarde)

Lo primero que debemos de hacer al ingreso de la paciente en planta, es comprobar la permeabilidad de la vía y correcta administración de la sueroterapia y analgesia.

Procedemos a la realización de la exploración física; Comprobamos la altura uterina, que esté a nivel 0 o por debajo (el útero debe contraerse después del parto y cuanto más bajo esté, más contraído, evolución favorable).

Vigilamos el sangrado vaginal, si hay coágulos o no.

Comprobamos si lleva sonda y la permeabilidad de la misma.

Administramos el tratamiento prescrito:

- Dieta absoluta
- Clindamicina 600mg I.V c/6 horas (ATB).
- Suero glucosado 5% de 500ml con 4 ampollas de enantyum, a un ritmo de 30ml/h con bomba de perfusión.
- Suero glucosalino de 500ml c/4 horas.
- Primperan I.V c/8 horas (Antiemético).
- Zofran 1 ampolla I.V de 20mg (Antiemético).
- Omeprazol 1 ampolla I.V c/12 horas (Protector de estómago).

A las 19.00h le realizamos una analítica de control, controlamos diuresis y constantes vitales. Todo bien.

Cuando vamos a hacerle la analítica, la paciente refiere tener mucho dolor, llamamos al ginecólogo y le hace una ecografía, sin incidencias, el médico le prescribe 1 ampolla de dolantina I.V a ritmo de 40ml/h para disminuir el dolor. Administramos dolantina.

(Noche)

Administramos medicación.

Control de constantes.

Pasa bien la noche con ligera molestia.

Sin incidencias.

Día 20-02-12 (Mañana)

Administramos la medicación prescrita, igual que el día anterior con algunas modificaciones que expongo a continuación:

- 1 ampolla de dolantina en el suero glucosado de 500ml. a 40ml/h.
- Zofran 8mg I.V

Inicia tolerancia a las 13.00h, tolera bien, dieta progresiva rápida.

Retiramos sonda vesical y le decimos que cuando miccione nos avise para comprobar el buen funcionamiento de la vejiga.

Retiramos sueroterapia y analgesia I.V por orden médica.

Curamos la herida de la cesárea con clorexidina.

Aconsejamos que beba agua abundante, que se levante poco a poco, se de paseos por la habitación y se siente en el sillón.

Si todo bien, decimos que comience a deambular por el pasillo dando paseos más largos.

Nota: le explicamos a la paciente que no cure a los neonatos con povidona yodada (betadine). Le indicamos que utilice clorhexidina para las heridas y alcohol de 70% para secar el cordón umbilical. (La madre no va a dar lactancia materna a sus hijas, por eso la herida de la cesárea se la puede curar con lo que desee).

El uso tópico de la povidona yodada (Betadine, Topionic, etc.) provoca una sobrecarga incontrolada de yodo que hace que el bebé reciba mucho más yodo

del que precisa y que su tiroides se bloquee provocando un hipotiroidismo transitorio que puede afectar al desarrollo cerebral del bebé, provoca falsos positivos en la prueba del talón y que hace por lo tanto que se diagnostiquen y mediquen estas alteraciones que bien podrían haberse evitado. (36)

La paciente nos comunica que ha miccionado.

(Tarde)

Administramos la medicación prescrita:

- Lactulosa (para facilitar defecación).
- Ibuprofeno 600mg v.o c/8 horas.
- Paracetamol 1gr v.o c/8 horas (alternado con el ibuprofeno).

Control de constantes.

Sin incidencias.

(Noche)

Administramos medicación prescrita.

Control de constantes.

Sin incidencias.

21-02-12

Curamos la herida por la mañana, controlamos las constantes en cada turno y administramos medicación. El ginecólogo nos indica que prepara el alta para el día 22. Sin incidencias.

22-02-12

Realizamos cura de herida, controlamos constantes y le damos el alta, explicándole que se debe curar la herida, le damos apósitos para ello, y que tiene que pedir cita para extracción de puntos de la cesárea.

EVALUACIÓN

Si comparamos el estado en el que venía la paciente a cómo se ha ido, podemos concluir el buen funcionamiento del plan de cuidados realizado.

Nos encontramos con una evolución favorable en cuanto al dolor manifestado y una buena prevención de las complicaciones, ya que no las ha habido.

En cuanto a la lactancia materna, no hemos conseguido nuestro objetivo, que era que amamantara a sus 2 hijas.

Tampoco hemos conseguido que la paciente deje de fumar ya que su actitud es firme en no dejarlo.

A continuación expongo los objetivos alcanzados según los diagnósticos enfermeros desarrollados.

Control del dolor (1605) Media alcanzada: 5. Siempre demostrado

Código	Indicadores	Puntuación inicial	Puntuación diana	Tiempo previsto	Puntuación alcanzada en 2 días
160511	Refiere dolor controlado	1	5	2 días	5

Escala: 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado

Tabla XV. Fuente: elaboración propia

Dolor: respuesta psicológica adversa (1306)**Media alcanzada:****5.Ninguno**

Código	Indicadores	Puntuación inicial	Puntuación diana	Tiempo previsto	Puntuación alcanzada en 1 día
130610	Ansiedad	3	5	1 día	5
130613	Desesperanza	3	5	1 día	5

Escala: 1.Grave 2.Sustancial 3.Moderado 4.Liegro 5.Ninguno

Tabla XVI. Fuente: elaboración propia

Nivel del dolor (2102) Media alcanzada: 5. Ninguno

Código	Indicadores	Puntuación inicial	Puntuación diana	Tiempo previsto	Puntuacion alcanzada en 2 días
210210	Dolor referido	1	5	2 días	4
210206	Expresiones faciales del dolor	1	5	2días	5
210208	Inquietud	1	5	2 días	5
210209	Tensión muscular	1	5	2días	5
210217	Gemidos y gritos	1	5	2 días	5

Escala: 1.Grave 2.Sustancial 3.Moderado 4.Leve 5.Ninguno

Tabla XVII. Fuente: elaboración propia

Estado materno: Puerperio (2511) Media alcanzada: 5. Sin desviación del rango normal.

Código	Indicadores	Puntuación inicial	Puntuación diana	Tiempo previsto	Puntuación alcanzada
251101	Equilibrio emocional	3	5	3días	5
251102	Comodidad	1	5	1 día	5
251106	Altura del fondo uterino	2	4	3días	5
251114	Eliminación urinaria	1	5	1 día	5
251116	Ingesta de sólidos y líquidos	1	5	12 horas	5
251117	Actividad física	1	5	2días	4

Escala: 1.Desviación grave del rango normal 2.Desviación sustancial del rango normal 3.Desviación moderada del rango normal 4.Desviación leve del rango normal 5.Sin desviación del rango normal.

Tabla XVIII. Fuente: elaboración propia

Código	Indicadores	Puntuación inicial	Puntuación diana	Tiempo previsto	Puntuación alcanzada en 2 días
251125	Dolor incisional	1	4	2días	4

Escala: 1.Grave 2.Sustancial 3.Moderado 4.Leve 5.Ninguno

Tabla XIX. Fuente: elaboración propia

Mantenimiento de la lactancia materna (1002) Media alcanzada: 2
Ligeramente adecuado

Código	Indicadores	Puntuación inicial	Puntuación diana	Tiempo previsto	Puntuación alcanzada en 4 días
100201	Crecimiento del lactante dentro del rango normal	1	5	4 días	3
100204	Conocimiento familiar de los beneficios de la lactancia materna continuada	2	5	4 días	3
100215	Expresión familiar de satisfacción con el proceso de lactancia materna	2	5	4 días	2

Escala: 1.Inadecuado 2.Ligeramente adecuado 3.Moderadamente adecuado
 4.Sustancialmente adecuado 5.Completamente adecuado

Tabla XX. Fuente: elaboración propia

Control del riesgo: Consumo de tabaco (1906) Media alcanzada: 1.Nunca

Código	Indicadores	Puntuación inicial	Puntuación diana	Tiempo previsto	Puntuación alcanzada en 4 días
190610	Utiliza los servicios sanitarios de forma congruente cuando los necesita	1	5	4 días	1
190624	Participa en una actividad física	1	5	4 días	2
190625	Evita situaciones sociales que fomentan el consumo de tabaco	1	5	4 días	1

Escala: 1.Nunca demostrado 2.Raramente demostrado 3.A veces demostrado
4.Frecuentemente demostrado 5.Siempre demostrado

Tabla XXI. Fuente: elaboración propia

Evaluación CP principal

Objetivos alcanzados (CP)

Severidad de la pérdida de sangre (0413) Media alcanzada: 5.Ninguno

Código	Indicadores	Puntuación inicial	Puntuación diana	Tiempo previsto	Puntuación alcanzada
041306	Distensión abdominal	3	4	2 días	4
041307	Sangrado vaginal	3	4	2 días	4
041309	Disminución de la presión arterial sistólica	4	5	1 días	5
041310	Disminución de la presión arterial diastólica	4	5	1 día	5
041311	Aumento de la frecuencia cardíaca apical	4	5	1 día	5
041316	Disminución de la hemoglobina (Hgb)	4	5	1 día	5
041317	Disminución del hematocrito (Hct)	4	5	1 día	5

Escala: 1.Grave 2.Sustancial 3.Moderado 4.Leve 5.Ninguno

Tabla XXII. Fuente: elaboración propia

Severidad de la infección (0703) Media alcanzada: 5.Ninguno

Código	Indicadores	Puntuación inicial	Puntuación diana	Tiempo previsto	Puntuación alcanzada en 2 días
070301	Erupción	4	5	2 días	5
070307	Fiebre	4	5	2 días	5
070329	Hipotermia	4	5	2 días	5
070333	Dolor	4	5	2 días	4
070334	Sensibilidad	4	5	2 días	5
070320	Colonización en el hemocultivo	4	5	2 días	5

Escala: 1.Grave 2.Sustancial 3.Moderado 4.Leve 5.Ninguno

Tabla XXIII. Fuente: elaboración propia

Respuesta a la medicación (2301) Media alcanzada: 5.Ninguno

Código	Indicadores	Puntuación inicial	Puntuación diana	Tiempo previsto	Puntuación alcanzada en 5 minutos
230105	Reacción alérgica	2	5	5 minutos	5
230108	Intolerancia farmacológica	2	5	5 minutos	5

Escala: 1.Grave 2.Sustancial 3.Moderado 4.Leve 5.Ninguno

Tabla XXIV. Fuente: elaboración propia

4.5 Informe de cuidados y recomendaciones al alta

Una vez firmada el alta por el ginecólogo y el pediatra, procedo a entregar la documentación a la paciente de los recién nacidos, recomendaciones y el informe de continuidad de cuidados para la matrona y enfermera de su centro de salud.

Tratamiento a seguir:

- Ibuprofeno 600 mg c/8h. Alternar c/4h con paracetamol si dolor.
- Menaderm gel[®] (beclometasona), para la inflamación de los miembros inferiores (debido a la retención de líquidos).

Recomendaciones generales: Dieta normal, actividad física moderada, cura diaria de la herida con clorhexidina y oclusión con apósito hasta retirada de puntos (11 días post cesárea). Pedir cita en mostrador.

5. DISCUSIÓN

Los autores coinciden en que los cuidados de enfermería en el postparto son imprescindibles para evitar complicaciones físicas y psicológicas y tienen como principal objetivo mejorar la calidad de vida de la puérpera y el recién nacido.

Aún así, según Bick, Bastos y Grilo Diniz (2009) (37), todavía existen lugares en el mundo como el Reino Unido, que actualmente la oferta de cuidado en el puerperio continúa teniendo poca prioridad a pesar de tener la evidencia de que la tocología comunitaria y las medidas adoptadas pueden mejorar la salud de la madre a corto y largo plazo.

En cuanto a los estudios realizados en el Reino Unido, Australia y Europa (37), identifican una amplia y persistente morbilidad materna tanto física como psicológica en el puerperio. Según mi criterio, este problema existe fuera de nuestra nacionalidad, debido a la diversidad cultural y falta de información y de recursos económicos. Está evidenciado que en España, se realizan cuidados estandarizados a la puérpera con resultados óptimos aunque siempre mejorables.

Según Bick y col. (2009) (37) todas las mujeres independientemente del lugar en el mundo donde el parto sea atendido, merecen recibir un cuidado que garantice que ellas y sus bebés tengan el mejor comienzo de vida, para ello, se requiere una planificación de los sistemas de salud que sean apropiados a las necesidades locales, así como del personal de salud con competencia apropiada y con infraestructura necesaria para ofrecer el cuidado que necesitan.

En este punto, propondría la realización de un plan de cuidados específico para la paciente (teniendo en cuenta el protocolo del centro) pero sabiendo que cada caso es diferente con sus particularidades propias. Es muy importante una realización eficaz de las intervenciones enfermeras propuestas para la obtención de unos óptimos resultados. Propondría el contrato de una enfermera que se encargara solo de realizar los planes de cuidados de cada una de las pacientes de la planta, porque como todos sabemos, el problema de la buena realización del plan de cuidados, se ve afectado por la falta de tiempo.

En cuanto al vínculo afectivo madre-hijo, según David Chamberlain y la Asociación Española de Pediatría (21) (27), se debe dejar al recién nacido en decúbito prono en contacto piel con piel con su madre para estimular el vínculo afectivo y así, favorecer el amamantamiento con lactancia materna, entre otros factores importantes expuestos en la introducción de este estudio de investigación.

Klaus y Kennell (1976) (7), (nexos madre-hijo) ponen de manifiesto la importancia de proporcionar oportunidades inmediatamente después del parto para el desarrollo de nexos entre los padres y el bebé, el contacto prolongado y precoz tiene un efecto positivo para la formación de nexos. La presencia del padre durante el parto y el estado de alerta de la madre hacia el niño, aumenta la actitud de unión.

Según el protocolo del hospital dónde he iniciado la recogida de datos para el desarrollo de este estudio (USP San Carlos, Murcia), el recién nacido es directamente revisado por el pediatra y llevado a la incubadora (para ponerle la profilaxis y calentarlos porque están fríos).

Yo, al igual que los que defienden el contacto precoz con la madre, pienso que es errónea dicha separación ya que la profilaxis se le puede administrar junto a la madre y la hipotermia del recién nacido se corrige incluso antes con el contacto piel con piel madre-recién nacido.

David Chamberlain (21) en este fragmento de su artículo “La maravilla del vínculo afectivo” expone claramente su postura:

“Las normas de los hospitales mandaban a los recién nacidos al nido inmediatamente después del parto, a menudo antes de que las madres o padres pudieran verlos o tocarlos. El tipo de privacidad que la nueva familia necesita para relacionarse unos con otros -un rasgo esencial del parto desde los comienzos del tiempo- fue erradicado mientras la separación y el aislamiento llegaban a ser la prioridad principal. Históricamente, cuando los argumentos sobre el vínculo afectivo aparecieron en los años 70, el descarado control médico sobre los nacimientos estaba en su apogeo, después de haberles quitado todo el poder a los padres y haber hecho el parto natural

prácticamente imposible. En el parto visto como un proceso «científico» habían desaparecido casi todos los significados humanos y personales que habían alentado los hombres y las mujeres durante miles de años. Se habían violado las necesidades psicológicas esenciales de los padres y los bebés por igual.”

Respecto a la lactancia materna con gemelos, la Asociación Española de pediatría (27) y numerosos autores, coinciden en que es un reto difícil para la madre, pero a su vez, hace al amamantamiento aún más importante.

En nuestro caso, la puérpera se niega a amamantar a sus gemelos haciendo referencia al esfuerzo que le supone.

En mi opinión, en estos casos, el personal de enfermería debe dar toda la información acerca de la lactancia materna y después dejar que nuestra paciente tenga capacidad de elección y siempre respetar su decisión.

Es cierto, y numerosos estudios lo demuestran, que la lactancia materna tienen beneficios (a corto y largo plazo, tanto para la madre como para los recién nacidos) que la leche artificial no tiene. Pero bajo mi punto de vista, la asistencia sanitaria, no debe suponer control y poder ante la decisión de la madre.

5.1 Limitaciones

Para el desarrollo de este estudio de investigación, he tenido dificultad a la hora de la recogida de datos para encontrar información a partir de libros, artículos y estudios de fuente fiable.

No he tenido limitaciones en cuanto al tiempo de hospitalización de la paciente (4 días), ya que me ha sido suficiente para realizar un buen plan de cuidados y un seguimiento continuo de su situación.

Cesárea gemelar. La maravilla del ser mamá

6. CONCLUSIONES

Con los resultados obtenidos, hemos llegado a las siguientes conclusiones:

1. Los cuidados de enfermería post parto (ya sea vaginal o abdominal), son imprescindibles para evitar complicaciones, facilitar la recuperación y ayudar psicológicamente a la puérpera.

En la actualidad, generalmente en los centros, se realizan buenas intervenciones enfermeras, pero demasiado protocolizado y sin llegar a plasmarlo en papel.

2. El vínculo afectivo madre-hijo, se ve claramente favorecido con el contacto precoz. Siempre y cuando el recién nacido no presente problemas ni patologías, se debe dejar en contacto piel con piel con la madre nada más nacer. Esto se debería protocolizar en todos los hospitales de nuestra nacionalidad.

3. Fomentando el contacto precoz, favorecemos el amamantamiento. En los últimos años se ha observado un aumento en la frecuencia del inicio de la lactancia materna con gemelos.

Debemos proporcionar a la madre la información y educación prenatal necesaria y una vez hecho esto, dejar a la paciente decidir si quiere o no amamantar a sus bebés.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Guillermo Vergara S. E.S.E clínica de maternidad Rafael Calvo. Cesárea. Octubre; 2009.
2. Diccionario enciclopédico de Enfermería profesional (enfermería maternal). Procedimientos obstétricos: la función enfermera. 4ª Ed. Madrid: McGraw-Hill, Interamericana; 2000. p. 794-802.
3. De la Cueva Barrao P. Parto distócico y cesárea. En Aguayo Maldonado J, coordinadora. Manual de lactancia materna. 1ª Ed. Madrid: Roca Viva. 2008. p. 161.
4. Biblioteca Nacional de Medicina, MedlinePlus.com [Sede Web]. Cesárea. USA: DrTango, Inc; [actualizada el 9 de diciembre de 2011; acceso 28 de Febrero de 2012]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002911.htm>
5. Casella CA, Guillermo Gómez V, Maidana Roa DJ. Puerperio normal: Revista de Posgrado de la Cátedra Vía Medicina. [revista en Internet]*2000. [acceso 12 de mayo de 2012]; 100(4). Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista100/puerperio_normal.htm
6. Airline F, Beverly R. Anatomía y fisiología del puerperio. En Palacios Elvir MA, editor. Enfermería materno infantil. 5ª Ed. México: El manual moderno; 2004. p. 217-220.
7. Airline F, Beverly R. Cuidados de enfermería durante el puerperio. En Palacios Elvir MA, editor. Enfermería materno infantil. 5ª Ed. México: El manual moderno; 2004. p. 227-239.

8. Airline F, Beverly R. Fisiología del puerperio. En Palacios Elvir MA, editor. Enfermería materno infantil. 5ª Ed. México: El manual moderno; 2004. P. 221-225.
9. Lucas R. "Puerperal psychosis: vulnerability and aftermath". "Psychoanalytic Psychotherapy" 1994; 8 (3): 257-272.
10. Lomas P. "Dread of envy as an aetiological factor in puerperal breakdown" "British journal of Medical Psychology" 1960; 9 (33): 105-112.
11. Lomas, P. 1960 "Defensive organisation and puerperal breakdown". "British Journal of Medical Psychology", 1960; 9 (33): 61-66
12. Zachary A. "A new look at the vulnerability of puerperal mothers". "Psychoanalytic Psychotherapy", 1985; 1(3): 7-189.
13. Moltenil R, Correal S, Avondet S y col. Evaluación del apego madre-hijo en las primeras setenta horas de postparto. Tomo III, Madrid. Montevideo: Ed. Roca Viva; 1996.
14. Defey D., "Los profesionales frente a la maternidad adolescente" en Serie Mujer y Maternidad. Tomo IV, Madrid. Montevideo: Ed. Roca Viva; 1996.
15. Scielo.iscii.es. [sede Web]* Galán Rodríguez A. El apego. Más allá de un concepto inspirador. 18 de abril de 2010. [acceso 12 de mayo de 2012] Extremadura. Disponible en: <http://scielo.iscii.es/pdf/neuropsiq/v30n4/03.pdf>
16. Díaz Rosello J.L., y otros. "la madre y su bebé: primeras interacciones". Tomo III, Madrid. Montevideo: Ed. Roca Viva; 1993.

17. Porter RH. The biological significance of skin-to-skin contact and maternal odours. *Acta Paediatr.* 2004; 93:1560-2.
18. Mizuno K, Mizuno N, Shinohara T, Noda M. Mother- infant skin-to-skin contact after delivery results in early recognition of own mother's milk. *Acta Paediatr.* 2004; 93: 1640-5.
19. Gomez Papí A, Baiges Nogués MT, Nieto Jurado A, et al. Duración mínima del contacto piel con piel inmediato en el RN a término. Comunicación personal, II congreso Español de lactancia materna. Sevilla 2002.
20. Aguayo Maldonado J, Arena Ansotegui J, Blázquez García MJ, et al. Manual de la lactancia materna. De la teoría a la práctica. 1ª ed. Madrid: Panamericana, S.A; 2008. p.153-156.
21. Chamberlain D. La maravilla del vínculo afectivo. La mente del bebé recién nacido. 1º ed. Barcelona: Ob Stare; 2002.
22. Flidel-Rimon O, Swinwell ES. Breast feeding twins and high multiples. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2006; 91: 377-80.
23. Rozas MR, Costa J, Crambreo MV, et al. Lactancia materna y parto gemelar. *Atención primaria.* 2000; 26: 224-30.
24. Czeszynska MB, Kowalik K. Multiple pregnancy: factors contributing to early infant's breast feeding: own experience. *Acta Genet Med Gemellol.* 1998; 47; 191-6.4

25. Flidel-Rimon O, Shinwell ES. Breast-feeding multiples. *Semin Neonatol.* 2002; 7; 231-9.
26. Wilton JM. Breast feeding multiples. In: Keith LG, Papiernik E, Keith DM, Luke B. *Multiple pregnancy: Epidemiology, gestation and perinatal outcome.* New York, London: The Parthenon Publishing Group; 1995. P. 553-61.
27. Aguayo Maldonado J, Arena Ansotegui J, Blázquez García MJ, et al. *Manual de la lactancia materna. De la teoría a la práctica.* 1ª ed. Madrid: Panamericana, S.A; 2008. p.329-332.
28. Mercer R. Teoría Adopción del Rol Maternal. [revisado el 10 de enero de 2011] [acceso 13 de mayo de 2012] Disponible en: <http://www.quedarembrazada.com.ar/index.php/el-embarazo/21-salud-en-el-embarazo/497-teoria-adopcion-del-rol-maternal.pdf>
29. Marriner Tomey A, Raile Alligood M. *Modelos y teorías en enfermería.* 4ª ed. Madrid: Mosby; 1999.
30. WMA. Asociación médica mundial [sede Web]*. Seúl, Corea: 59ª Asamblea General; Octubre 2008 [15 febrero de 2012; acceso el 16 de mayo de 2012]. Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [5]. Disponible en: http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_es.pdf
31. T.Heather Herdman, PhD, RN. *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación (NANDA International).* 8ª ed. Barcelona. España. Elsevier. 2009-2011.

32. Biblioteca Nacional de Medicina, MedlinePlus.com [Sede Web]. USA: DrTango, Inc; [actualizada el 9 de diciembre de 2011; acceso 28 de Febrero de 2012]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002911.htm>
33. Biblioteca Nacional de Medicina, MedlinePlus.com [Sede Web]. USA: DrTango, Inc; [actualizada el 2 de noviembre de 2011; acceso 28 de febrero de 2012]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000045.htm>
34. Sue Moorhead, Marion Jhonson, Meridean L. Maas, Elizabeth Swanson. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Elsevier Mosby. 2009.
35. Gloria M. Bulechek, Howard K. Butcher, Joanne McCloskey Dochterman. Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC). 5ª ed. Barcelona (España). Elsevier Mosby. 2009.
36. Armando. La povidona yodada, antiseptico prohibido. Bebés y más [revista en internet]* 2 de julio de 2008. [acceso 29 febrero de 2012]; 5(1). Disponible en: <http://www.bebesymas.com/salud-infantil/la-povidona-yodada-antiseptico-prohibido>
37. Bick D, Helena Bastos M, Grilo Diniz S. Revelando el potencial de un cuidado eficaz en la salud materna e infantil por toda una vida: la necesidad de enfocar el servicio 'invisible' durante el post-natal; 2009; [acceso 18 de mayo de 2012]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n3/es_Editorial.pdf

8. ANEXOS

8.1 GLOSARIO DE TÉRMINOS

APENDICECTOMÍA

Es una técnica quirúrgica por medio de la cual se extrae el apéndice cecal.

ATELECTASIA

Incompleta expansión de los pulmones.

BIVITELINOS

Son los que se originan por fecundación separada, y más o menos simultánea, de dos óvulos por dos espermatozoides. Los individuos resultantes son diversamente llamados gemelos dicigóticos, gemelos bivitelinos o gemelos no idénticos.

CABERGOLINA

Inhibe la producción de prolactina y por tanto de la secreción de la leche materna (nombres comerciales Dostinex® y Cabaser®).

DOLANTINA

Pertenece a un grupo de medicamentos llamados analgésicos opioides que se utilizan para aliviar el dolor intenso.

ECLAMPSIA

Es la aparición de convulsiones o coma durante el embarazo en una mujer después de la vigésima semana de gestación, el parto o en las primeras horas del puerperio sin tener relación con afecciones neurológicas. Es el estado más grave de la enfermedad hipertensiva del embarazo. Eclampsia significa relámpago. Antiguamente se quería indicar con ello la aparición brusca de una tempestad en un cielo tranquilo. Hoy sabemos que las convulsiones se presentan generalmente en una gestante que ha pasado por las etapas anteriores de la enfermedad.

EDAD GESTACIONAL

Se refiere a la edad de un embrión o un feto desde el primer día de la última regla.

FENTANILO

Es un agonista opioide utilizado en analgesia y anestesia, con una potencia aproximada 81 veces mayor que la morfina. Por vía intravenosa tiene un comienzo de acción menor de 30 segundos y un efecto máximo de 5 a 15 minutos, con una duración de acción de 30 a 60 minutos. Por vía epi o intradural el comienzo de acción es de 4 a 10 minutos, el efecto máximo de unos 30 minutos y la duración de 1 a 2 horas. Se elimina fundamentalmente por metabolismo hepático.

Presenta los efectos secundarios propios de todos los opiáceos: depresión respiratoria, rigidez torácica, bradicardia, hipotensión, náuseas, entre otros.

Se revierte con naloxona, pero la duración de la reversión puede ser inferior al efecto del fentanilo, por lo que, a veces, se necesitan dosis complementarias.

HIDREMIA

Exceso de volumen de agua en la sangre en comparación con las células de la misma.

HISTEROTOMÍA

Es una incisión quirúrgica del útero por lo general asociada a una laparotomía abdominal, si bien la intervención también puede ser a través de la vagina.

El procedimiento se realiza con frecuencia durante un parto por cesárea, aunque también es una técnica que se puede usar para inducir un aborto se emplea en los tres últimos meses o antes de las 28 semanas de gestación provocándose la muerte del feto.

INGURGITACIÓN MAMARIA

Es el aumento de volumen y de consistencia de un órgano provocado por una acumulación de sangre, de serosidad o del líquido que secreta (glándula

mamaria). Estas molestias son debidas en parte al enorme aumento de flujo sanguíneo que se precisa para iniciar la producción de la leche.

Durante la primera semana después del parto, cuando el calostro cambia para ser leche, las mamas llegan a llenarse. Esto suele disminuir entre el tercer y quinto día, pero si el bebé no saca la leche a medida que se va formando y se acumula en los alvéolos mamarios, provoca que los senos se pongan más duros, calientes y causen dolor. También se usa el término congestión mamaria.

MENARQUÍA

Es el primer episodio de sangrado vaginal de origen menstrual, o primera hemorragia menstrual de la mujer.

NORADRENALINA

La noradrenalina o norepinefrina es un neurotransmisor. Un incremento en los niveles de norepinefrina del sistema nervioso simpático incrementa el ritmo de las contracciones.

Una catecolamina con múltiples funciones fisiológicas y homeostáticas que puede actuar como hormona y como neurotransmisor. Las áreas del cuerpo que producen o se ven afectadas por la norepinefrina son descritas como noradrenérgicas.

RECIÉN NACIDO MACROSÓMICO

Peso por encima de lo normal (<4.000 g). Relacionado con diabetes gestacional y aumento excesivo del peso de la madre. El riesgo de este tipo de bebés de nacer por cesárea es alto.

Otra posible causa de esta condición es un embarazo prolongado, más allá de la fecha esperada del parto.

OXITOCINA

Es una hormona relacionada con los patrones sexuales y con la conducta maternal y paternal que actúa también como neurotransmisor en el cerebro. En las mujeres, la oxitocina se libera en grandes cantidades tras la distensión del cérvix uterino y la vagina durante el parto, así como en respuesta a la

estimulación del pezón por la succión del bebé, facilitando por tanto el parto y la lactancia.

PRECLAMPSIA

Es una complicación médica del embarazo también llamada toxemia del embarazo y se asocia a hipertensión inducida durante el embarazo; puede desembocar en una eclampsia, con daño al endotelio materno, riñones e hígado. La única cura es la inducción del parto o una cesárea y puede aparecer hasta seis semanas posparto. Es la complicación del embarazo más común y peligrosa, por lo que debe diagnosticarse y tratarse rápidamente ya que en casos severos ponen en peligro la vida del feto y de la madre. Se caracteriza por el aumento de la tensión arterial (hipertensión) junto al de proteínas en la orina (proteinuria), así como edemas en las extremidades.

PROLACTINA

Es una hormona que estimula la producción de leche en las glándulas mamarias y la síntesis de progesterona en el cuerpo lúteo.

SÍNDROME VASO VAGAL

Es la forma más común de desmayo. Diversas situaciones estimulan el nervio vago, lo que ocasiona una reducción de la frecuencia cardíaca y una dilatación de los vasos sanguíneos del cuerpo por mediación del sistema parasimpático. La frecuencia cardíaca lenta y los vasos sanguíneos dilatados hacen que llegue menos cantidad de sangre al cerebro, provocando así el desmayo.

