

TRABAJO FIN DE GRADO



FACULTAD DE ENFERMERIA

Departamento de Enfermería

“Cuidados de Enfermería en la mujer puérpera con
trastornos de ansiedad”

Autora: Rufina M^a Carrascosa Hernández

Directora: Dña. Rosario Gómez Sánchez

Murcia, a 20 de Febrero de 2014

TRABAJO FIN DE GRADO



FACULTAD DE ENFERMERIA

Departamento de Enfermería

“Cuidados de Enfermería en la mujer puérpera con
trastornos de ansiedad”

Autora: Rufina M^a Carrascosa Hernández

Director: Dña. Rosario Gómez Sánchez

Murcia, a 20 de Febrero de 2014



**AUTORIZACIÓN DEL DIRECTOR/TUTOR DEL TRABAJO FIN DE GRADO
PARA PRESENTACIÓN Y DEFENSA**

ALUMNO		CURSO ACADÉMICO:	
Apellidos: Carrascosa Hernández		Nombre: Rufina M ^a	
DNI: 74736557 N	Titulación: Grado en Enfermería		
Título del trabajo: Cuidados de enfermería en la mujer puerpera con trastornos de ansiedad			

El Prof/a. Dña. Rosario Gómez Sánchez como Director(s)/Tutor(s)⁽¹⁾ 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.

En Murcia a 20 de Febrero de 2014

Fdo.: _____

Fdo.: _____

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



Facultad de Enfermería

Campus de Los Jerónimos. 30107 Guadalupe (Murcia)

Tel. (+34) 968 27 8 808 • Fax (+34) 968 27 8 649

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, debo agradecer la aportación hecha por mi directora del trabajo, Charo, por su apoyo, dedicación, paciencia y empeño. Gracias a ella, el trabajo se ha hecho más ameno y menos complicado, estando pendiente en cada momento que la hemos necesitado tanto en tutorías de grupo, individuales o por correo electrónico.

También mencionar a la profesora que nos ha impartido las clases teóricas del trabajo, Adriana, que gracias a ella hemos tenido las directrices y pautas necesarias para llevar a cabo el trabajo y la futura exposición oral.

Por otro lado e imprescindibles para mí, han sido mis compañeras de clase y de piso, mis amigas, mi pareja y mi familia. Ellos han aguantado mis ratos de agobios, estrés y mayor trabajo y han sido mi apoyo fundamental para que no decayera, dándome fuerzas y ánimos en todo momento.

ÍNDICE

RESUMEN	XVII
ABSTRACT	XVIII
1. INTRODUCCIÓN	21
2. OBJETIVOS	23
2.1. Objetivo general	23
2.2. Objetivos específicos	23
3. MARCO TEÓRICO	25
3.1 Embarazo	25
3.1.1. Información sobre los controles y actividades que se van a realizar a lo largo del embarazo	27
3.1.2. Asesoramiento sobre cambios funcionales durante el embarazo	27
3.1.3 Asesoramiento sobre promoción de hábitos de vida saludables.	28
3.2 Factores psicosociales relacionados con embarazo	28
3.2.1. <i>Ámbito individual</i>	29
3.2.2. <i>Ámbito familiar</i>	29
3.2.3. <i>Ámbito social</i>	29
3.3 Consulta prenatal colectiva	30
3.4 Cesárea	30
3.5 Puerperio	31
3.5.1 <i>Cambios fisiológicos en el puerperio y cuidados que realiza enfermería</i>	32
3.5.2 <i>Cambios psicológicos en el puerperio</i>	35
3.6 Ansiedad, depresión posparto y blues materno	36
3.6.1 <i>Ansiedad en el puerperio</i>	37
3.6.2 <i>Depresión posparto</i>	39
3.6.2.1 Tratamiento de la depresión posparto	41

3.6.3 <i>El blues materno (BM)</i>	41
3.7 Papel de enfermería para disminuir los cambios psicológicos en el puerperio	42
3.8 Estado del recién nacido	44
3.9 Contacto madre e hijo en los primeros días de vida	45
3.9.1 <i>Lactancia materna</i>	48
3.10 Justificación	49
3.11 Aportación del modelo de Dorothea Orem	49
4. PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS	51
4.1 Diseño	51
4.2 Sujeto del estudio	51
4.3 Ámbito y período del estudio	51
4.4 Procedimiento de recogida de información	51
4.4.1 <i>Fuentes de información</i>	51
4.4.2 <i>Procedimiento de información</i>	52
4.4.3 <i>Procesamiento de los datos</i>	52
5. RESULTADOS	53
5.1 Descripción del caso.	53
5.1.1. Valoración del caso (al ingreso)	54
5.1.2 Valoración del caso (después de la cesárea)	57
5.2. Diagnósticos enfermeros	58
5.3. Red de razonamiento de los diagnósticos enfermeros	62
5.4 Justificación del diagnóstico elegido	63
5.5. Complicaciones potenciales	65
5.6. Red de razonamiento de las complicaciones potenciales	66
5.7 Justificación de la complicación potencial elegida	67
5.8. Planificación	69

5.8.1	Objetivos (NOC)	69
5.8.2	Intervenciones y actividades (NIC)	71
5.9.	Ejecución	74
5.10.	Evaluación	85
5.11.	Reflexión	86
6.	DISCUSIÓN	87
6.1.	Limitaciones	90
7.	CONCLUSIONES	91
8.	BIBLIOGRAFÍA	93
9.	ANEXOS	99
9.1.	Anexo 1	99

TABLAS

Tabla 1	31
Tabla 2	32
Tabla 3	67
Tabla 4	68
Tabla 5	69
Tabla 6	71

FIGURAS

Figura 1	60
Figura 2	64

RESUMEN

Introducción y Objetivos: El objetivo principal que abordamos en nuestro trabajo consiste en analizar la evaluación del proceso enfermero en una paciente puerpera con ansiedad, basándonos en la taxonomía NANDA, NIC, NOC.

El embarazo, con sus cambios fisiológicos y emocionales constituye un factor estresante, y su desenlace, el parto, es un proceso que produce ansiedad. Algunas mujeres viven el parto como un proceso traumático, y esto impactará en su adaptación psicosocial en el postparto, la lactancia y el vínculo con el hijo. Por lo que es labor de enfermería, junto con el resto de profesionales sanitarios, abordar este problema apoyando y colaborando con la nueva madre para que sea capaz de superar la ansiedad.

Metodología: Estudio cualitativo, tipo estudio de caso.

Resultados: En la evaluación final obtuvimos que las actividades planteadas se habían desarrollado eficazmente y, con ellas, la paciente mejoró, apareciendo niveles más bajos de ansiedad.

Discusión y limitaciones: Creemos que la principal contribución del trabajo está enfocada hacia la labor que realiza enfermería para disminuir los signos de ansiedad en la madre, dando apoyo emocional, información y buenos cuidados. Las limitaciones del estudio han sido principalmente: poco tiempo para realizar el estudio y dificultades para la recogida de información.

Conclusiones: En síntesis, la ansiedad materna va a influir negativamente en el recién nacido y es trabajo de enfermería disminuir estos trastornos en el puerperio. La elaboración de un plan de cuidados nos ayudó a realizar las intervenciones enfermeras de forma lógica y ordenada.

Descriptor: Embarazo; ansiedad; cesárea; puerperio.

ABSTRACT

Introduction and aims: This paper aims to provide an analysis concerning the assessment of the nursing process in a mother suffering from anxiety in the postpartum phase, basing the analysis on the taxonomy NANA, NIC, NOC.

Pregnancy, with its physiological and emotional changes, is a stressing factor and its outcome, childbirth, is a process that may provoke anxiety. Childbirth is experienced by some women as a traumatic process and this may have an impact on its psychosocial adaptation in the postpartum period, the breastfeeding period and the bond with the child. Thus, it is the task of nursing, together with the rest of healthcare professionals, to tackle this problem supporting and collaborating with the new mother in order to help her overcome anxiety.

Methodology: qualitative study, type case study.

Research results: in the final assessment, the suggested activities were found to be efficiently undertaken and with them, there was an improvement in the patient's condition, appearing lower levels of anxiety.

Discussion and constraints: the main contribution of this study is believed to be focused on the task accomplished by nursing aimed at reducing anxiety signs in the mother, by providing emotional support, information and good health care. The main constraints of this study have been: the lack of time to undertake the study and the difficulties in data collection.

Conclusions: in sum, maternal anxiety is bound to affect negatively in the newborn, that is why it is the task of nursing to reduce these upsets in the postpartum period. The development of a health care plan has made it possible to perform logically the nursing interventions and in an orderly way.

Keywords: pregnancy; anxiety; cesarean; postpartum period.

1. INTRODUCCIÓN

“El embarazo, con sus cambios fisiológicos y emocionales constituye un factor estresante, y su desenlace, el parto, es un proceso que produce ansiedad.”¹

El nacimiento de un hijo suele ser un acontecimiento feliz y gratificante, pero algunas mujeres viven el parto como un proceso traumático, y esto impactará en su adaptación psicosocial en el postparto, la lactancia y el vínculo con el hijo.

Es labor de enfermería, junto con el resto de profesionales sanitarios, abordar este problema apoyando y colaborando con la nueva madre para que sea capaz de superar la ansiedad.

“La ansiedad es una reacción emocional ante la percepción de peligro o amenaza caracterizada por ser anticipatoria, activadora y facilitadora de la respuesta del individuo, pudiendo llegar a interferir en su capacidad para superar las dificultades, situación o entorno causantes si esta ansiedad es elevada y persistente.”²

Por la gran incidencia y prevalencia de los trastornos psicológicos ocurridos durante el proceso de embarazo, parto y posparto, hacemos hincapié en este tema, valorando el papel que tiene enfermería a la hora de abordarlo y poner soluciones. Diferenciaremos los trastornos psicológicos más comunes en esta etapa tan significativa para las mujeres.

La respuesta de estrés desencadenada en algunas mujeres por ver el proceso del parto como altamente amenazante, producirá tanto consecuencias fisiológicas como psicológicas. Según este estudio consultado,³ hasta un 34% de las mujeres refieren su experiencia de parto como traumática. Existe un 20% de incidencia de depresión posparto durante el primer año tras el nacimiento y padecen ansiedad (separada de depresión posparto) hasta un 10% de las púerperas. Esta ansiedad se asocia normalmente a experiencias de parto negativas, complicaciones durante el embarazo, acontecimientos vitales negativos, ansiedad perinatal, excesivo dolor y dificultad para afrontar el parto.

Por otro lado, también se han relacionado las intervenciones urgentes y las complicaciones de los recién nacidos con síntomas de estrés postraumático.³

Uno de los objetivos marcados para la realización de este trabajo es la demostración de cómo se ve afectada la relación y el vínculo madre e hijo, debido al estado de ansiedad sufrido por la madre, y la importancia de este contacto en los primeros días de vida. Por lo que será de vital consideración analizar determinados aspectos como: la relación de apego, el método canguro, la importancia de cubrir las necesidades alimenticias del bebé ya sea con leche materna o artificial, así como, la estancia del recién nacido en incubadora y el motivo de llegar a ella.

Para desarrollar este estudio el embarazo será el punto de partida, seguidamente desarrollamos el apartado cesárea, motivo por el que la sujeto a estudiar se encuentra ingresada. A partir de aquí, analizaremos los acontecimientos que suceden después en el puerperio, y los cuidados que tendremos que realizar en esta etapa, comprendida desde el final del parto hasta la aparición de la menstruación (unos cuarenta días).

“La cesárea es un procedimiento quirúrgico que ha ido en aumento en los últimos años, suponiendo aproximadamente un 20% de todos los nacimientos en todo el mundo.”

Según la evidencia científica⁴, hay autores que enuncian que las mujeres que dan a luz mediante cesárea poseen una vivencia menos satisfactoria del nacimiento de su hijo que aquellas que lo hacen por parto vaginal, y además tienen más posibilidades de padecer depresión posparto, teniendo más dificultades para establecer la lactancia materna y retraso en la interacción madre-hijo, puesto que no suelen realizar el contacto piel con piel. En otros estudios revisados por este autor, sin embargo, no se establece relación entre la vía del parto y la depresión posparto, ni con la lactancia materna eficaz.⁴

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

Analizar la evaluación del proceso enfermero en una paciente puérpera con ansiedad, basándonos en la taxonomía NANDA, NIC, NOC.

2.2. Objetivos específicos

- 1) Determinar si la ansiedad materna y la depresión posparto empeora el estado físico del recién nacido.
- 2) Valorar el papel de enfermería en los cambios psicológicos que se dan en el puerperio.
- 3) Describir la importancia del contacto madre e hijo en los primeros días de vida.
- 4) Elaborar un plan de cuidados para la paciente del caso.

3. MARCO TEÓRICO

Para llegar al tema en cuestión que nos planteamos con los objetivos de este trabajo, primero debemos abordar y analizar otros temas relacionados que nos llevarán a concretar nuestro estudio.

Puesto que el caso a estudiar trata de una paciente que acaba de dar a luz mediante cesárea y presenta ansiedad y posible depresión posparto relacionada con el proceso del parto, cambios fisiológicos y estado de salud del recién nacido, es importante hacer un repaso del período gestacional de ésta.

Donde indagaremos para descubrir si existían indicios de afección psicológica de la madre durante el embarazo.

3.1. Embarazo

Según muestra la evidencia científica disponible ⁵, existe una indudable relación entre la calidad asistencial de la atención prenatal que se presta a las mujeres embarazadas y la salud materna y perinatal, que puede ser valorada por los índices de mortalidad materna y del recién nacido, el bajo peso al nacer y la prematuridad.

“La salud materno infantil hace referencia al vínculo entre la madre y el hijo”. Se establece una relación simbiótica puesto que la salud de la madre durante el embarazo, parto y puerperio van a influir en las condiciones de las fases prenatal, natal y posnatal del bebé.

La Organización Mundial de la Salud apoya que la salud materno-infantil es una prioridad para los servicios de salud, previniendo complicaciones maternas en el embarazo, el diagnóstico oportuno y su atención adecuada. ⁶

El embarazo se considera una etapa natural vivida por la mujer, no obstante, existe la posibilidad de presentarse complicaciones que supongan un riesgo de lesión, daño o muerte, de la madre o del bebé. Este tipo de embarazos son los denominados embarazos de riesgo, que dan lugar al 75-80% de la mortalidad perinatal. Por eso, la vigilancia de las gestantes desde las primeras semanas es fundamental para descubrir cuanto antes los embarazos de riesgo. ⁵

En todas las embarazadas, según lo descrito, es muy importante realizar seguimientos de calidad. En el caso de las embarazadas de bajo riesgo obstétrico, como es el caso de nuestra paciente, es fundamental llevar a cabo cuidados de prevención y promoción de la salud.

A la hora de realizar este seguimiento en las gestantes, se ha de tener en cuenta algunas características primordiales: por un lado, se trata de una etapa de especiales y constantes cambios para la salud de la madre y el feto y, por otro lado, la mujer se vuelca y está más participativa en las actividades de educación para la salud, por ejemplo, abandono del tabaco, mejora en los hábitos alimentarios, etc.

El seguimiento de los embarazos es realizado habitualmente por el médico de familia y la matrona de atención primaria en el programa de Atención a la Mujer, teniendo un buen lazo de unión con atención especializada.⁷ Desde enfermería también tenemos la oportunidad de influir, brindando apoyo y aportando nuestra ayuda para que la futura madre cuide de sí y de su hijo que va a nacer.⁶

Con respecto a cómo realizar este seguimiento y el número de visitas que debe incluir, existen estudios que marcan la atención adecuada como aquella que se inicia en el primer trimestre de embarazo y tiene como mínimo nueve consultas durante el mismo.⁸

Sin embargo desde la OMS plantean otra forma de realizar la atención prenatal dirigida sólo al manejo de las mujeres embarazadas que no presenten evidentes complicaciones relacionadas con el embarazo, patologías o factores de riesgo. Este modelo de atención está compuesto de cuatro visitas y es denominado Control Prenatal (CPN).⁹

En el seguimiento realizado a la mujer embarazada, es muy importante explicarle el motivo de las visitas, qué se va a hacer en cada una de ellas y qué medidas y cuidados deben tomar durante el período de gestación. Con normalidad las visitas van a ser nueve. Se debe acudir a una décima visita en la primera o segunda semana después de haber dado a luz.⁵

Dar una explicación de cuáles son los síntomas que irán apareciendo, informar sobre alertas que se pueden encontrar y a donde tendrá que acudir, son indicaciones clave para que la mujer embarazada se sienta segura, respaldada y con niveles de ansiedad más bajos.

Entre todas las actividades que se llevan a cabo durante las visitas, como dijimos anteriormente, la promoción de la salud y la educación sanitaria son esenciales para mujeres de bajo riesgo obstétrico que le ayudará a poner en práctica medidas saludables. A la vez, ellas se sentirán más cómodas y con niveles bajos de ansiedad si reciben la información necesaria del proceso en el que se encuentran.

La educación sanitaria que se le da a la gestante, debemos agruparla en tres áreas de intervención:

3.1.1. Información sobre los controles y actividades que se van a realizar a lo largo del embarazo

- Explicarle la cantidad de las visitas prenatales que se realizan, informarle por qué son más frecuentes al final del embarazo y qué profesionales la van a realizar.
- Comentar las pruebas complementarias que se van a solicitar.

3.1.2. Asesoramiento sobre cambios funcionales durante el embarazo

- Cambios psicoemocionales.
- Mayor labilidad emocional.
- Estados de humor cambiantes.
- Mayor dependencia afectiva de las personas importantes.⁵

Contar con un buen apoyo profesional resulta de gran ayuda.

Una intervención de enfermería debe ser el apoyo educativo, que va a permitir aumentar el autocuidado de la gestante ayudando a disminuir la ansiedad ocasionada por la forma en la cual debe atender correctamente a su nuevo hijo.

- Cambios anatómicos y funcionales.

Es importante explicar a la mujer cuáles son las modificaciones más frecuentes en esta etapa y cómo y por qué se producen, para que no sean causa de ningún tipo de preocupación.

- Situaciones por las que debe consultar fuera de las visitas programadas, indicándole el nivel asistencial al que debería dirigirse en cada caso.

3.1.3. Asesoramiento sobre promoción de hábitos de vida saludables.

Este asesoramiento se adaptará a las necesidades de la mujer dependiendo de las semanas de gestación en las que se encuentre, de los datos obtenidos en la anamnesis y de su situación personal.⁵

3.2. Factores psicosociales relacionados con embarazo

Al explicar la importancia de la educación para la salud en las embarazadas, mencionamos los cambios psicoemocionales, la mayor labilidad emocional y los estados de humor cambiantes que padecería la gestante a lo largo del embarazo. Explicamos qué y cuáles son los factores psicosociales que afectan a la futura madre y que pueden tener efectos negativos a la hora del parto, del puerperio y de los cuidados del bebé.

Estos factores psicosociales son “aquellas situaciones de estrés social que producen o facilitan la aparición en los individuos afectados de enfermedades somáticas, psíquicas o psicosomáticas, dando lugar también a crisis y disfunciones familiares con graves alteraciones de la homeostasis familiar, capaces de generar manifestaciones clínicas en algunos de sus miembros.”⁷

Se ha estudiado⁵ que el estrés de los acontecimientos vitales estresantes van a dar lugar a bajo peso al nacer del recién nacido y que el bajo apoyo social y la ansiedad se relacionarán negativamente con puntuaciones del test del apgar.

Los factores psicosociales van a afectar sobre todo a primíparas, en las que es necesario un apoyo adicional. Estos factores están presentes en todos los ámbitos que rodean a la gestante:

3.2.1. Ámbito individual

Durante el embarazo se generan sensaciones y emociones referidas al nuevo hijo, que dan lugar a cambios del estado de ánimo en la mujer. Va a ser tarea de enfermería facilitar la expresión de sus temores y percepciones.

Es importante conocer si el embarazo es deseado o no, ya que puede suponer un factor estresante.

3.2.2. Ámbito familiar

Los padres no están solos, casi siempre pueden contar con familiares próximos y eso supone una ventaja para muchas parejas, que resolverán algunos problemas del cuidado de los hijos. Las interacciones con las respectivas familias no son siempre positivas, proveedoras de apoyo como acabamos de ver, a veces las familias pueden ejercer un papel estresor al intentar intervenir en las decisiones de la pareja.

3.2.3. Ámbito social

La situación laboral de la mujer o la de su pareja puede suponer una fuente de estrés por encontrarse en paro o con un contrato precario, próximo al nacimiento de su hijo. Se pueden plantear nuevos gastos como la necesidad de nuevo domicilio, adquisición de ropa, contratar cuidadores para poder continuar en el trabajo, guardería, etc.⁷

3.3. Consulta prenatal colectiva

La consulta prenatal colectiva es una novedosa metodología asistencial en la que se usan técnicas de relajación, sensibilización y dinámicas de grupo. Incluye también el examen colectivo de las gestantes que se realizará en una sala acogedora, con clima informativo y socializador de experiencias e informaciones. Pretende romper con el paradigma asistencial-biomédico y favorecer una atención humanizada e integral de la mujer, donde tendrán la posibilidad de reforzar su autoestima, mejorar el apoyo emocional, desarrollar el autocuidado y conocer mejor su cuerpo y sus derechos. ¹⁰

3.4. Cesárea

“En la actualidad se define la cesárea como el nacimiento del feto a través de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y una en el útero (histerotomía).” ¹¹

En los últimos años según nos revela la evidencia científica ¹¹⁻¹², ha habido un notable aumento del número de cesáreas, las cuales antes sólo eran realizadas si la vida de la madre y del niño se veían comprometidas mediante el parto vaginal. También cabe mencionar que la cesárea es uno de los mejores avances en la atención al parto, sin la cual se hubieran perdido muchas vidas tanto de la madre como de los fetos. ¹¹

La cesárea puede clasificarse en: electiva o programada, intraparto y urgente.¹³ En el caso de nuestra paciente la cesárea fue intraparto, puesto que se decidió cuando la mujer estaba dilatando y preparándose para dar a luz, descubriendo que el feto se presentaba de nalgas y decidieron realizar la cesárea.

Según las recomendaciones de la OMS la tasa de cesárea debe ser de un 15%, pero los países desarrollados seguimos superando estas recomendaciones.^{11, 14} En los últimos años, la cesárea se corresponde con un 20% de los nacimientos en todo el mundo. ⁴

Para acabar este apartado, es importante mencionar que este tipo de intervención quirúrgica se asocia con mayores síntomas depresivos, ya sea por el incremento de morbilidad materna y fetal o debido al proceso de recuperación que conlleva para la madre, que va a interferir en la crianza y en los primeros cuidados del recién nacido.¹⁵

3.5. Puerperio

El puerperio es el periodo de tiempo que transcurre desde el final del parto, alumbramiento, hasta la aparición de la menstruación, cuando los órganos reproductivos de la mujer vuelven al mismo estado en el que se encontraban antes del embarazo.^{7,16-18} Se denomina también involución puerperal, ya que salvo las mamas que evolucionan, el resto de órganos sufren involución.¹⁶⁻¹⁷

La duración aproximada es de 40 días, aunque se considerará que la fisiología reproductiva de la mujer estará normalizada con la aparición de la primera menstruación, que aparecerá más pronto o menos dependiendo de si amamantan o no: hacia la novena semana postparto en mujeres que no amamantan y en un tiempo variable pudiendo llegar a los 14 meses en casos de lactancia materna.¹⁶

El puerperio se puede dividir en tres etapas:

- Puerperio inmediato: las primeras 24 horas postparto.
- Puerperio precoz: desde el 2º día hasta el 8º-10º día postparto.
- Puerperio tardío, del 8-10º al 40º día aproximadamente.¹⁶⁻¹⁷

El puerperio es una etapa de gran vulnerabilidad psicosocial con grandes cambios biológicos, psicológicos, familiares, sociales y laborales.⁷

Debido a este período de grandes cambios en los diferentes ámbitos, la atención al puerperio tiene que ser una actividad básica del programa de salud materno-infantil.¹⁷

3.5.1. Cambios fisiológicos en el puerperio y cuidados que realiza enfermería

En el puerperio la mujer experimenta una serie de cambios que, aún siendo fisiológicos, no dejan de ser altamente peligrosos.¹⁶ El puerperio inmediato es el período donde suelen aparecer más complicaciones, como hemorragia o infección. En éste, la madre debe ser observada cuidadosa y regularmente para determinar si su estado fisiológico se mantiene estable o aparecen complicaciones.¹⁷

En resumen, los cambios más comunes a nivel general son los siguientes:

- La temperatura normal después del parto es de entre 36'5 °C y 37 °C.

Se debe considerar posible infección si la temperatura se eleva por encima de 38 °C después de las primeras 24 horas.

- La tensión arterial se mantendrá en cifras normales. Una taquicardia asociada a hipotensión puede indicar hemorragia.

- En el aparato digestivo, el estómago vuelve a su situación normal, aunque el estreñimiento es frecuente.

- La coloración normal de piel y mucosas se produce en el puerperio tardío.

- El peso corporal se reduce entre 5 y 6 Kg tras el parto, que corresponden al feto, la placenta y el líquido amniótico.^{16-17, 19}

Los cambios locales son:

- El útero en el parto pesa aproximadamente 1 Kg., al finalizar el puerperio pesará alrededor de 60 gr. como antes del embarazo. Al finalizar el parto, se sitúa a dos traveses de dedo por debajo del ombligo, duro, centrado y contraído.

- Los entuertos son las contracciones uterinas que se producen durante los primeros días del puerperio que se presentan con intensidad variable.

- La pérdida hemática (loquios) son las secreciones del aparato genital femenino durante el puerperio. Son consecuencia del proceso de cicatrización del útero. Inmediatamente después del parto, el sangrado es algo más

abundante que una regla con aspecto de sangre fresca y a menudo con coágulos.

- El cuello del cérvix tras el parto estará lacerado y edematoso, va a involucionar rápido y a las 12 horas ya tiene su aspecto normal.

- La vagina y la vulva cuando finaliza el parto están edematosas.

- La mama es el único órgano que no involuciona en esta etapa, sino todo lo contrario, su tamaño aumenta por encima de lo normal debido a la secreción láctea.^{16-17,19}

A la llegada, de la puérpera a la planta del hospital, se le debe realizar un reconocimiento y seguimiento valorando los aspectos que vemos en la tabla 1:

Tabla 1: Valoración de los cuidados físicos que realiza enfermería en el puerperio inmediato.

Valoración de los cuidados físicos que realiza enfermería en el puerperio inmediato:

- Estado general
- Coloración de piel y mucosas
- Nivel de conciencia
- Constantes vitales
- Altura y tono uterino
- Pérdida hemática (loquios)
- Periné e Higiene
- Micción y estado de la vejiga
- Mamas y lactancia
- Comodidad y descanso
- Deambulación precoz
- Estado emocional¹⁷⁻¹⁸

Fuente: *Artículo Asistencia a la puérpera en su estancia hospitalaria.*¹⁷

En las siguientes revisiones en el puerperio precoz, tanto si la mujer acude al centro de salud como si la matrona realiza una visita a domicilio, se valora lo que explicamos en la tabla 2:

Tabla 2: Valoración del estado físico de la madre.

VALORACIÓN DEL ESTADO FÍSICO DE LA MADRE

Parámetros	Observación/control
Controles vitales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ TA (si hubo hipertensión durante el embarazo) ▪ Temperatura
Involución uterina	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 4º o 5º día posparto: palpación 2 dedos por debajo del ombligo. ▪ 10º día posparto: por debajo de la sínfisis púbica. ▪ Presencia o ausencia de entuertos.
Loquios	<ul style="list-style-type: none"> ▪ >3er día: inferiores a una menstruación ▪ Olor característico
Perineo, episiotomía	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluar presencia de dolor ▪ Descartar complicaciones de la episiotomía y la presencia de hemorroides que requieran tratamiento
Herida quirúrgica (cesárea)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluar presencia de dolor ▪ Descartar la presencia de hematomas, infección, seromas y dehiscencia de la herida quirúrgica. Aplicar curas en caso de heridas abiertas
Mamas (lactancia)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Descartar la aparición de ingurgitación, tumefacción, dolor y evaluar el estado del pezón
Extremidades inferiores	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Descartar presencia de edemas, dolor u otros signos indicativos de tromboflebitis
Hábito miccionales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Micción regular, sin molestias ni incontinencia
Hábito intestinal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recuperar el patrón de eliminación intestinal previa al embarazo y potenciar actuaciones favorecedoras de la eliminación intestinal

Fuente: *Protocolo de atención al Embarazo y Puerperio.*⁵

3.5.2. Cambios psicológicos en el puerperio

En este apartado pretendemos mostrar, a grandes rasgos, los problemas afectivos y psicológicos que sufre la mujer en las diferentes etapas del puerperio.

Muchas mujeres se enfrentan al parto como un episodio altamente amenazante, que va a dar estrés como repercusión principal, y este estrés tendrá consecuencias fisiológicas (con activación del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal) y psicológicas, poniendo en marcha una serie de procesos cognitivos y conductuales, con la finalidad de afrontar dicha situación.

En el postparto existe un mayor riesgo de trastornos afectivos, debido a la falta de adaptación del SNC ante la caída brusca de las hormonas con respecto al embarazo.³

Ser padres es un evento placentero, pero en ocasiones puede provocar estrés e inseguridad fruto de los múltiples cambios que ocurren y que exigen una reorganización y adaptación en las familias.²⁰

El puerperio se considera de alto riesgo para el desarrollo de trastornos afectivos y psicóticos. Por ello, es importante prestar especial atención a la salud mental de la puérpera, por los servicios médicos y sociales, donde enfermería realiza una labor imprescindible por ser el equipo que más tiempo pasa con estas mujeres durante la estancia hospitalaria.²¹

Dichos trastornos, suelen aparecer una vez disminuida la euforia del primer momento. Muchas mujeres se sienten tristes, llorosas, irritables, poco comunicativas y con dificultad para conciliar el sueño. Los días siguientes al parto, todo sentimiento negativo hacia el recién nacido, la maternidad o ella misma suele ser exagerado.⁷

Durante el puerperio precoz ya tiene más energía y puede atender sus propias necesidades y las del bebé, siempre que no existan complicaciones. Comienza la fase de apoyo, por parte de enfermería y de los familiares, y de adaptación de la mujer a su nueva situación, en la que a veces expresará falta de confianza en su capacidad de cuidar al recién nacido o en la de alimentarlo,

se siente abrumada y empieza con problemas del tipo: estrés, ansiedad, depresión, etc.¹⁷

Los cuadros psiquiátricos puerperales más importantes por su frecuencia y gravedad son la depresión posparto y el blues postpartum, seguidamente la ansiedad²¹ (serán explicados con más detalle en siguientes apartados).

Los profesionales sanitarios, remarcando a enfermería, deben ser empáticos, con actitudes que tranquilicen a la mujer, prestándole apoyo y manteniéndose en vigilancia por la posible aparición de problemas emocionales más graves.⁷

Es importante que las intervenciones de enfermería se dirijan hacia la prevención de complicaciones, pero al mismo tiempo a la adaptación física y psicológica a la nueva condición y a la educación para la salud. Esto hará que la mujer pueda cuidar de sí y de su hijo, pero también que asuma las responsabilidades de ser madre.

Como hemos visto, la atención al posparto es fundamental, ya que en esta etapa se producen los más profundos cambios físicos y psicológicos en la mujer.²⁰

3.6. Ansiedad, depresión posparto y blues materno

La cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) fue la clasificación que dio lugar, en la psiquiatría actual, a la relación de que el posparto está asociado con cambios del ánimo y otros síntomas mentales.²²

No se sabe con exactitud cuáles son los factores que desencadenan los trastornos del ánimo en el puerperio. Se ha descrito que los cambios fisiológicos que alteran la estabilidad mental de las personas que los padecen, junto con los factores psicosociales, sociodemográficos y factores de

morbilidad, tanto materna como fetal, son la condición principal que lleva a que se presenten síntomas mentales durante el posparto. ²²⁻²³

Hay que destacar la importancia de identificar la presencia de síntomas mentales graves durante el embarazo y el posparto debido a su morbi-mortalidad, sus consecuencias y sus posibles complicaciones. En los últimos años se ha intentado optimizar el diagnóstico y proveer tratamientos tempranos y eficientes, pero a pesar de estas estrategias, patologías como la depresión posparto son aún mal diagnosticadas y mal tratadas. ²²

3.6.1. Ansiedad en el puerperio

Como sabemos, el puerperio es un período de constantes cambios, tanto físicos como emocionales y familiares, donde surgen dudas, problemas de lactancia, cuestiones sobre el recién nacido. La mujer se encuentra vulnerable y con necesidad de apoyo externo, ya que si las múltiples dudas no tienen respuestas, pueden generar ansiedad y malestar en la madre. ²⁴

“La ansiedad es una reacción emocional ante la percepción de peligro o amenaza caracterizada por ser anticipatoria, activadora y facilitadora de la respuesta del individuo, pudiendo llegar a interferir en su capacidad para superar las dificultades, situación o entorno causantes si esta ansiedad es elevada y persistente.” ²

Los acontecimientos que causan incertidumbre (como el tener un hijo o que el recién nacido se encuentre en la incubadora) pueden ser la mayor fuente de ansiedad y estrés, provocando reactividad fisiológica y aumentando los sentimientos emocionales de la paciente.

En condiciones normales, la ansiedad mejora la capacidad de adaptación, sin embargo, la ansiedad también puede ser desadaptadora provocando miedos, inhibición y cambios somáticos que afectarán la capacidad de la persona para superar las dificultades. “La ansiedad consiste en una respuesta emocional compleja, adaptativa y fenomenológicamente pluridimensional”. ²

La ansiedad en el puerperio separada de la depresión postparto, podría estar presente en alrededor de un 10% de las mujeres, asociándose su aparición con experiencias de parto negativas, complicaciones durante el embarazo, acontecimientos vitales negativos, ansiedad perinatal, catastrofización del dolor y dificultad para afrontar el parto. Por otro lado, se han relacionado las intervenciones obstétricas urgentes y las complicaciones neonatales con síntomas de estrés postraumático, como es el caso de nuestra paciente.

Niveles elevados de cortisol en el puerperio, se ha asociado a la presencia de ansiedad.³

En el 50% de los casos concurren síntomas de ansiedad y de depresión posparto.²⁵

Cuando la madre se enfrenta ante la situación amenazante de tener un recién nacido de inmadurez peligrosa, bajo peso al nacer o alguna patología que puede tener complicaciones potenciales, se ve ante la obligación de hacer frente no sólo a una nueva y compleja etapa (que es la maternidad en sí misma) sino también a esta situación.

Algunos estudios en el campo de la psiquiatría enfocada a la mujer han demostrado que los trastornos de ansiedad y estrés materno están asociados con una disminución del contacto madre-hijo en el transcurso del primer año de vida y, también, a baja producción de leche.²⁷

La ansiedad asociada con el puerperio es un factor de morbilidad materno-fetal que requiere diagnóstico oportuno. En nuestro medio es necesario el seguimiento y tratamiento de la ansiedad de la mujer embarazada por parte de enfermería, ya que se ha visto que la ansiedad durante el embarazo repercute negativamente a la salud del feto, produciendo, en la mayoría de los casos, taquipnea transitoria en el recién nacido, sepsis y amenaza de parto pretérmino. Según este estudio²⁷ se ha observado que en pacientes con mayor nivel de ansiedad, nivel académico y con trabajo remunerado se observan más complicaciones perinatales.

Para clasificar el grado de ansiedad-estrés que puede padecer la mujer en el puerperio inmediato, es importante tener un instrumento de clasificación.

Basándonos en este estudio ²⁷ podemos nombrar la Escala de Ansiedad de Hamilton, ampliamente utilizada en la actualidad para valorar el grado de ansiedad en forma global, discriminando adecuadamente entre pacientes con ansiedad y sanos.

Puesto que dar información, tanto en la etapa perinatal como posnatal, es de vital importancia para favorecer el estado de la madre y disminuir su ansiedad, se plantea la necesidad de crear los talleres postparto, donde se llevase a cabo la continuación de las sesiones previas al parto, cuya finalidad es cubrir esas carencias, asegurándonos que la información/conocimientos instruidos son precisos y veraces, puesto que serán facilitados por un profesional cualificado en esta materia, como son las enfermeras obstétricas. En este taller se intenta dar respuesta a todas las necesidades materno-filiales en un ambiente relajado y con un profesional con el que ha estado en contacto durante el embarazo. ²⁸

Otro de los métodos que pueden ser utilizados por enfermería, durante la estancia hospitalaria en el puerperio inmediato, para disminuir la ansiedad, es la relajación progresiva de Jacobson. Es un medio eficaz para afrontar la ansiedad, desarrollando unos ejercicios fáciles, favoreciendo el control de la respiración y la calidad de vida, para conseguir que puedan ser “felices” en todos los sentidos personales posibles. ²⁹

3.6.2. Depresión posparto

“Se considera depresión posparto a cualquier enfermedad depresiva no psicótica que ocurre en la madre durante el primer año después del nacimiento.” ³⁰

Aparecen cambios emocionales como por ejemplo: tristeza, llanto fácil, ansiedad, sensación de estar rebasada, pensamientos obsesivos, enojo, irritabilidad, aislamiento, sentimiento de soledad, culpa, desinterés por las cosas y cansancio, entre otros. ³⁰

La depresión posparto (DPP) suele aparecer entre la tercera o cuarta semana postparto con un 10-20 % de incidencia en madres de los países desarrollados, con una duración hasta la cuarta o sexta semana que puede durar incluso hasta un año si no se trata.^{15,22,30-32}

En los casos de episodios depresivos más graves en el puerperio, se deteriora seriamente la actividad social o laboral, se presentan dificultades para alimentarse, vestirse o mantener un mínimo de higiene personal y, sobre todo, puede aparecer maltrato o descuido al neonato. En algunos casos pensamientos suicidas o de daño al menor.³⁰

El riesgo de depresión postnatal se relacionan principalmente con las variables socio-económicas y familiares.³³

Las mujeres con DPP es un grupo que requiere de una atención más específica, debido a su gran vulnerabilidad biológica, los síntomas depresivos activos y enorme riesgo psicosocial. A la madre le beneficiará algún programa con un componente de salud mental, que le ofrezca un tratamiento adecuado a su contexto psicosocial.³⁴

Para detectar adecuadamente la DPP, como profesionales sanitarios, no debemos guiarnos únicamente por la impresión que nos cause la paciente, sino que deberíamos utilizar un instrumento válido como método de despistaje. Un método muy utilizado es la escala de depresión de Edimburgo (EPDS) (Anexo 1)^{15,22-23,30,33,35-36}, es sencilla de realizar y está validada en su versión española. Se usará entre la 6^a-8^a semana postparto para seleccionar a las madres con posible DPP. Toda mujer con una puntuación mayor de 10 indicará probable depresión, pero no define su gravedad ni su diagnóstico definitivo.¹⁵

Otro de los artículos revisados,³⁶ explica cómo en Chile pusieron en marcha la utilización de la Escala Highs, para detectar sintomatología depresiva que pudiese coexistir con sintomatología hipomaníaca y, a su vez, poner en claro cualquier asociación entre la presencia de un “caso de hipomanía postnatal” y el desarrollo posterior de un probable síndrome depresivo.

3.6.2.1. Tratamiento de la depresión posparto

La terapia cognitivo-conductual es el instrumento terapéutico que se utiliza preferentemente para el manejo de la depresión posparto, por su capacidad de lograr modificaciones importantes en un intervalo breve, debido a que puede reintegrar a la madre a una situación de bienestar personal y de cuidado del hijo.³

Durante la etapa puerperal, no llevar a cabo un tratamiento específico de la depresión puede ocasionar grandes consecuencias tanto para la madre, como para el hijo y la familia en general. Para la madre este puede ser el primer episodio de un trastorno depresivo recurrente y, como consecuencia, para el niño puede contribuir a desarrollar problemas cognitivos, del comportamiento, interpersonales y emocionales durante su vida.²²

3.6.3. El blues materno (BM)

Este término es empleado para denominar a la reacción depresiva puerperal, debiendo diferenciarlo de la depresión posparto. También se le denomina depresión del tercer día o baby blues. Este trastorno depresivo es común y afecta aproximadamente del 30 al 80% de las mujeres que acaban de dar a luz.^{21-22, 29}

Son evidenciados en la mujer síntomas transitorios, depresivos y ansiosos. La mujer se encuentra con irritabilidad, ansiedad y tristeza, pero no son signos suficientemente intensos para producir un deterioro significativo en la mujer que los padece, ni es necesario implementar un tratamiento específico más allá de la educación sanitaria y el apoyo familiar.^{29, 32}

El pico de estos síntomas ocurre normalmente entre el tercer y quinto día posparto y su duración generalmente es corta, puede durar varios días o semanas.²²

Aunque el baby blues fue descrito inicialmente como un fenómeno psicológico leve, banal, transitorio y sin importancia que acontece a ciertas

mujeres después del parto, esta connotación de benignidad, según un estudio revisado ³⁷, ha sido rebatida en las dos últimas décadas donde se han realizado una serie de estudios (clínicos, bioquímicos y epidemiológicos) que han mostrado una nueva y preocupante perspectiva, en la cual las madres con BM presentan mayores probabilidades de desarrollar problemas mentales (trastornos de ansiedad y depresión postparto), presentar patrones de contacto e interacción materno-filial débiles y deficientes. ³⁷

3.7. Papel de enfermería para disminuir los cambios psicológicos en el puerperio

En apartados anteriores, explicamos la importancia y lo beneficiosa que es la educación prenatal para las mujeres primíparas, sin embargo, las estrategias utilizadas pueden no ser suficientes para minimizar la ansiedad de los padres y potenciar las competencias maternas/paternales cuando se enfrentan con las necesidades específicas después del nacimiento. Esto refuerza la necesidad de apoyo y orientación también en el posparto. ²⁰

Como vimos anteriormente, dado que la incertidumbre es causa de ansiedad, es importante que las enfermeras desarrollen habilidades para diagnosticar esa ansiedad y poder tratarla, con el fin de disminuir el impacto negativo en el estado psicológico principalmente, pero también fisiológico en el presente y futuro de las pacientes atendidas.

La enfermera puede disminuir este grado de incertidumbre en la medida en que provea toda la información necesaria para el paciente sobre su estado. Dar soporte educativo y estructural a los pacientes para que puedan conocer y comprender el entorno y contexto en el que están evolucionando, ayuda a poner en marcha mecanismos individuales de afrontamiento. ²

Enfermería debe poner en práctica intervenciones coherentes con los hallazgos que suelen aparecer en este período, proporcionando educación y reforzando los conocimientos de las madres y la familia para el autocuidado y cuidado del bebé. Para ello, esta información será dada al alta hospitalaria y, también, se pueden realizar visitas a domicilio. A la madre se le informa sobre:

riesgos en el puerperio, identificación de signos de alarma (fiebre, loquios fétidos, mastitis...), cuidados con los senos y pezones, cuidados de la herida quirúrgica o episiotomía, cuidados con la nutrición y la actividad física y asesoramiento sobre planificación familiar y sexualidad.

Respecto al recién nacido, se le enseña a la madre y a la familia: cuidados al bañarlo, cuidados con el cordón umbilical e identificación de signos de alarma (fiebre, enrojecimiento, coloración amarilla de la piel más de una semana...) ¹⁹

No nos debemos centrar únicamente en dar información, sino que los profesionales sanitarios que van a atender a las mujeres durante el parto y el puerperio pueden influir en una percepción positiva, ayudando a bajar los niveles de ansiedad, a través de los buenos cuidados. Asimismo, haber tenido una buena experiencia previa, unos buenos cuidados por parte de los profesionales implicados en la atención al parto, acompañamiento y apoyo continuo durante el nacimiento y puerperio inmediato, también tiene efectos significativos en una percepción positiva del parto. ³¹

El apoyo educativo como intervención de enfermería, permite aumentar el autocuidado de la gestante, ayudando a disminuir la ansiedad ocasionada por la forma en la cual debe atender correctamente a su nuevo hijo. ⁶

En esta etapa, como ya se ha apuntado, es importante recordar o enseñar a la mujer a que realice su autocuidado y los cuidados básicos del recién nacido, intentando que sea ella quien los realice en presencia de un profesional. Con ello evitaremos los miedos que se plantea y reafirmaremos la capacidad real que tiene para el cuidado del recién nacido, aumentando su autoconfianza. ¹⁷

El paso a la maternidad/paternidad es un periodo de fuertes cambios para los padres, por lo que éstos esperan y se le debe proporcionar una atención personalizada según sus necesidades. Sin embargo, en ocasiones, los cuidados posnatales son prestados en ambientes caóticos, con muchas barreras para una prestación de cuidados efectiva y pocas oportunidades de que las madres descansen y se recuperen después del parto. Es de vital importancia, que enfermería se ocupe de evitar estas situaciones para que no

lleve a la percepción de falta de apoyo y de indiferencia por parte de los miembros del equipo sanitario.²⁰

Para acabar este apartado, podemos afirmar que la educación, el acompañamiento, la resolución de dudas, la asesoría, la consulta de enfermería y utilización de material didáctico, la inducción a la consulta de urgencias o temprana, son herramientas que no implican grandes procesos tecnológicos, pero bien utilizadas pueden prevenir complicaciones. Disminuyendo la morbi-mortalidad materno infantil.¹⁹

3.8. Estado del recién nacido

Según un estudio revisado,¹² el nacimiento por cesárea al término del embarazo en mujeres con bajo riesgo perinatal, se asocia significativamente a mayor morbilidad respiratoria neonatal, ingreso en UCI neonatal y dolor materno puerperal. A la vez, que también disminuye las tasas de lactancia materna al alta.

Por otro lado, la depresión y la ansiedad que sufre la madre durante el período del parto y puerperio, tienen un gran impacto en la madre pero también se van a observar resultados neonatales negativos.³⁸

En esta etapa de la vida, la depresión resulta especialmente preocupante porque, además de afectar negativamente a la madre, puede perjudicar la relación con su bebé, el desarrollo del recién nacido y perjudicar a la familia completa.³⁶ La depresión posparto tiene un efecto significativo en la salud del neonato porque es frecuente que sufra diversas formas de abandono o alejamiento afectivo.²⁹

Teniendo en cuenta la explicación anterior, es importante que podamos ver a la madre y el niño como una unidad, sobre todo en los primeros meses de vida, ya que lo que afecta a una, afecta inevitablemente al otro.³⁹

Existe evidencia de que a largo plazo, la depresión post-parto y los trastornos de ansiedad, tendrán efectos negativos también para el niño y la interacción madre-hijo, porque esos trastornos son un factor de riesgo para el desarrollo cognitivo, neuropsicológico del bebé, y podrá desarrollar problemas de comportamiento emocional y social.²⁵

3.9. Contacto madre e hijo en los primeros días de vida

Durante el embarazo, el feto y la madre constituyen un sistema de unión cerrado e inseparable, por lo tanto, tras el nacimiento este vínculo aumenta y se intensificará en las semanas siguientes. Las primeras horas tras el parto son cruciales para la aparición del vínculo madre-hijo y para la instauración de la lactancia materna.^{17, 40}

De todas las prácticas del parto revisadas en este estudio,¹⁶ se observa que las que muestran mayor relevancia repercutiendo para mejorar el estado emocional de la madre, son la reducción del dolor del parto, el apoyo continuo en el parto y el contacto precoz madre-recién nacido. Todas ellas aumentan la satisfacción de la mujer respecto a su parto, evitando experiencias emocionales negativas y disminuyendo la ansiedad.

La primera toma satisfactoria refuerza la unión psicoafectiva madre-hijo y la continuidad a corto y largo plazo de lactancia.

El contacto precoz piel con piel, realizando el método canguro, tiene efectos beneficiosos para la madre y el recién nacido: mayor satisfacción respecto al parto, proporciona calor y reduce el llanto del bebé, propicia la interacción madre-hijo, favorece la lactancia materna. Todos estos efectos positivos contribuyen a disminuir la percepción negativa del parto.¹⁵

Tabla 4: Ventajas del método de la madre canguro

Ventajas del método de la madre canguro
<p>Durante el ingreso</p> <ul style="list-style-type: none">• Mejor termorregulación• Aceleración de la adaptación metabólica• Reducción de los episodios de apnea• Permite y favorece la lactancia materna• Menor riesgo de infecciones (incluidas las nosocomiales)• Mayor ganancia de peso• Aumento de la confianza de las madres en el cuidado de sus hijos• Padres: protagonistas del cuidado de sus hijos• Reducción de la estancia hospitalaria
<p>Después del alta</p> <ul style="list-style-type: none">• Aumento de la frecuencia y la duración de la lactancia materna.• Disminución de la mortalidad de año en año de edad.• Incremento del índice de crecimiento del perímetro cefálico• Menos infecciones graves durante el primer año de edad.• Mejores coeficientes intelectual, de escala motora y personal-social.• Mejor respuesta de las madres ante situaciones de estrés.

Fuente: *Importancia de la intervención enfermera en la práctica del método madre canguro (MMC), y sus beneficios.*⁴⁰

Este contacto materno-filial no solo favorece los cambios inmediatos que ocurren en el neonato durante el período adaptativo y logra una mejor transición de la vida intrauterina a la extrauterina, sino que también provee

innumerables beneficios adaptativos a la madre, promoviendo un período puerperal inmediato y tardío mucho más beneficioso.⁴¹ El estar piel con piel ayuda a la madre a crear un fuerte vínculo con su bebé inmediatamente, además de hacer que se genere más oxitocina, propiciando el que esté más calmada y ayudando a que la producción de leche comience antes.

A su vez, la posibilidad para los padres de estar con el bebé, y ser protagonistas de lo que le va aconteciendo, disminuye la ansiedad y el sentimiento de impotencia. Cuando llega el momento de llevarlo al hogar, tienen mayor práctica de cómo tocarlo y manipularlo, lo que previene dificultades y colabora en la transición.⁴⁰

El tiempo que se pueda realizar el método piel con piel, dependerá del estado de la madre y del niño, y de la política de los centros asistenciales. La tendencia actual es que no se separen ambos desde el nacimiento para favorecer la vinculación afectiva madre-hijo/a, aunque debe valorarse cada caso individualmente. Las primeras 24 horas después del parto corresponden a la fase de posesión, descrita por Rubin, caracterizada por un comportamiento dependiente, con una necesidad abrumadora de asumir la experiencia del nacimiento. La mejor forma para que aprenda la mujer a cuidar a su hijo es ser cuidada ella misma durante las primeras 24 horas, permitiéndole así descansar y recuperar la energía física y psicológica necesaria para proporcionar cuidados al recién nacido.¹⁷

En el caso del parto por cesárea, hay retraso del primer contacto madre-hijo y cuando se produce la madre está somnolienta y cansada. Es un obstáculo para el inicio de la lactancia.^{11, 42}

En conclusión, el contacto precoz del recién nacido con la madre, la permanencia del niño con los padres durante el periodo de posparto y la intervención de las enfermeras en un ambiente tranquilo facilitan la superación de las dificultades.²⁰

3.9.1. Lactancia materna

El niño que acaba de nacer, durante las primeras horas de vida, tiene una capacidad innata para buscar el pecho materno y empezar a mamar. Los recién nacidos sanos que realizan el contacto piel con piel colocados sobre el abdomen o pecho materno inmediatamente después del nacimiento, demuestran capacidades notables: están alerta, son estimulados por la caricia de sus madres aumentando las sensaciones de afecto, pueden reptar a través del abdomen de su madre y alcanzar el pecho para alimentarse, huelen y tocan el pezón de su madre estimulando la producción de leche materna al iniciar la succión y alimentación.

La mayoría de los recién nacidos, según este estudio realizado,⁴⁰ hacen la primera toma en la primera hora de vida. Esta conducta puede desaparecer si se produce una separación de la madre (en el caso de nuestra paciente que se hizo una cesárea) o si no se pone al niño cerca del pecho. Este primer contacto piel a piel también produce un potente estímulo vagal que, entre otros efectos, libera oxitocina materna produciendo un incremento de la temperatura de la piel de las mamas de la madre, lo que proporciona calor al recién nacido que es especialmente importante para los niños/as pequeños y de bajo peso, mejorando la regulación de la temperatura.

La liberación de oxitocina materna también favorece las contracciones uterinas, ayuda a la expulsión de la placenta y reduce el sangrado materno después posparto. La oxitocina también estimula a otras hormonas favoreciendo la relajación en la madre. El contacto piel a piel inmediato favorece entonces la adaptación del neonato, quien está más tranquilo y protegido.⁴⁰

Por otro lado, en este estudio¹⁵ se relaciona el abandono precoz de lactancia materna con depresión posparto.

Es muy importante que enfermería aporte una buena información para que las madres obtengan conocimientos suficientes para amamantar correctamente al nuevo hijo. Los déficits de conocimiento sobre la lactancia materna potencia dificultades, que si no tienen el debido apoyo por parte del

personal de enfermería en el servicio del puerperio y carecen de auxilio en casa, pueden complicar el proceso de transición a una maternidad autónoma.

20

Por otro lado, cabe destacar la lactancia materna ya que puede ser un elemento atenuador en la reacción ante situaciones amenazantes. Se han visto efectos positivos de la lactancia sobre la respuesta de estrés de la madre, asociándose a una disminución de la activación neuroendocrina ante eventos amenazantes. En las mujeres no lactantes, parece existir una mayor actividad simpática ante situaciones de estrés en laboratorio.³

3.10. Justificación

Debido a la alta incidencia de trastornos psicológicos en el puerperio, consideramos que llevar a cabo este estudio es interesante, para dar a conocer los tipos de trastornos ocurridos en esta etapa tan señalada para la mujer, conocer las tasas tan elevadas que existen, dar a conocer la labor de enfermería durante el embarazo, parto y posparto e incidir en la repercusión que tiene esta patología materna en la vida del neonato.

3.11. Aportación del modelo de Dorothea Orem

Para la realización de este trabajo nos hemos basado en la Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem, que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia. “El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia unos objetivos,” para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento, en beneficio de su salud o bienestar. El rol de la enfermera es ayudar al paciente a avanzar en el camino para conseguir responsabilizarse de sus autocuidados utilizando cinco modos de asistencia: actuar, guiar, apoyar, procurar un entorno que favorezca el desarrollo de la persona y enseñar.

4. PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS

4.1. Diseño

Se trata de un estudio cualitativo, tipo estudio de caso.

4.2. Sujeto del estudio

Mujer de 32 años embarazada de 38 semanas de gestación que ingresa en la planta materno-infantil, procedente de urgencias, para dar a luz.

4.3. Ámbito y período del estudio

El estudio se realizó en el Servicio de Maternidad de un hospital de la ciudad de Murcia en el período comprendido entre el 16 de Septiembre y el 3 de Noviembre de 2013.

4.4. Procedimiento de recogida de información

4.4.1. Fuentes de información

Como fuentes de información hemos utilizado los siguientes instrumentos:

- Valoración de enfermería
- Historia clínica.
- Examen físico de la paciente.
- Observación directa.
- Relato de otros profesionales sanitarios.
- Búsqueda bibliográfica en las siguientes Bases de datos: CUIDEN, PubMed, Scielo, Elsevier, Index y ScienceDirect.

Los términos de búsqueda fueron: embarazo, cesárea, ansiedad, posparto, puerperio, depresión, enfermería, método canguro, lactancia. Todos ellos fueron combinados entre sí, según la intención de la búsqueda, relacionando dichos descriptores con los operadores lógicos: AND y OR.

4.4.2. Procedimiento de información

El estudio fue autorizado por la paciente dando su voluntad, guardando la confidencialidad de los datos y su privacidad.

Se realiza una revisión de la literatura científica seleccionando en función de los objetivos del estudio.

Se requiere información de su historia clínica con entrevista a la paciente.

La recogida de datos comenzó accediendo a la historia clínica de la paciente, realizándole una entrevista personal, una valoración de enfermería mediante los 11 patrones de Margory Gordon y una observación directa de la paciente, que la realizamos mientras llevamos a cabo la entrevista y cada vez que visitábamos a la paciente a la habitación.

4.4.3. Procesamiento de los datos

Los datos han sido analizados y organizados en base a la metodología enfermera.

En primer lugar hemos realizado un análisis crítico por el modelo área para obtener el diagnóstico de enfermería principal, según la taxonomía NANDA. Seguidamente buscamos las intervenciones más adecuadas a realizar utilizando el modelo de Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) y los resultados basados en el lenguaje Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Así como, el problema de colaboración y complicaciones potenciales mediante el Manual de Diagnósticos de Enfermería de Lynda Carpenito.

5. RESULTADOS

5.1. Descripción del caso.

Mujer de 32 años, casada, embarazada de 38 SG ingresa en la planta materno-infantil de un hospital de la ciudad de Murcia, procedente de urgencias, para dar a luz.

Presenta contracciones uterinas regulares en casa por lo que decide acudir al hospital. Desde urgencias la derivan a la planta de maternal para su exploración y monitorización fetal. La matrona al realizar la exploración obstétrica obtiene lo siguiente:

- Gestación: única.
- Situación del feto: longitudinal.
- Presentación: nalgas.
- Bolsa: íntegra.
- Dilatación: 2 cm.
- Dinámica: regular.

Al ver la presentación fetal, se decide realizar una cesárea. Ésta se llevó a cabo sin incidentes.

No AMC, no DM, no diabetes gestacional, no HTA, no fumadora.

Tratamiento durante el embarazo:

Ácido fólico, hierro y vitaminas.

Exploración al ingreso:

TA = 120/65 mmHg FR = 20 resp. /min FC=75 lat. /min. T^a = 36,2° C

La paciente no es portadora de ningún tipo de sonda ni vía periférica.

Antecedentes:

Ninguna enfermedad relevante ni operación quirúrgica.

Tratamiento médico (después de la intervención quirúrgica)

- Diclofenaco, intramuscular, c/ 12h, durante 3 días.
- Hierro, vía oral, c/24h, durante un mes.
- Ibuprofeno 600 mg, vía oral, c/8h.
- Heparina de bajo peso molecular (Clexane 40mg/ jer), subcutáneo, c/24h, durante 15 días.
- Retirar puntos a los 7 días.

Estado del recién nacido:

Al realizar la cesárea, el bebé nace y obtiene una puntuación en el test de Apgar = 9/10. Al subirlo a planta el padre realiza el método canguro hasta que llega la madre de reanimación. En este momento, el recién nacido empieza con quejido pulmonar y distrés respiratorio, por lo que avisan al pediatra y se decide que el bebé debía permanecer unos días en la incubadora para su observación y mejora. Le canalizan una vía periférica y colocan sonda nasogástrica para realizar las tomas que no sean efectivas por vía oral. Se encuentra conectado al pulsioxímetro y bajo vigilancia enfermera.

5.1.1. Valoración del caso (al ingreso)

Patrón 1. Percepción - manejo de la salud:

- Conoce el motivo de su ingreso.
- Nos informa sobre sus enfermedades previas.
- No presenta hábitos tóxicos.
- Su salud la considera: buena.

Patrón 2. Nutricional - metabólico

- Temperatura = 36,2° (afebril)

- No es portadora de cateterización venosa, ni de ningún tipo de sonda.
- Peso = 75kg. Talla = 168cm.
- No presenta ninguna dificultad para alimentarse (masticación, deglución, etc.), ni lleva prótesis dentales.
- No tiene alteración de piel ni mucosas.
- No presenta vómitos ni nauseas.
- Buena hidratación.

Patrón 3. Eliminación

- No presenta problemas para la defecación, heces normales, hábito intestinal diario.
- Micciones más frecuentes por la presión uterina.
- No portador de sonda vesical.

Patrón 4. Actividad – ejercicio

- Autónoma-independiente.
- No presenta alteración de la función motora. (En los dos últimos meses ha tenido más dificultad debido al aumento de peso corporal)
- Es totalmente autónomo para realizar las AVD.
- No tiene indicación terapéutica de reposo.
- No tiene alteración de la frecuencia cardíaca.
- FR = 20 resp/min. FC = 75 lat./min.
- TA = 120-6 mm Hg (normotensa)

Patrón 5. Sueño - descanso

- Duerme entre 8-10 horas diarias (desde que está embarazada).

- Sueño no reparador, refiere que se tiene que levantar varias veces a orinar.
(Nicturia)

- A pesar de descansar por la noche, sigue con sueño durante el día.

- No precisa medicación para dormir.

Patrón 6. Cognitivo -perceptual

- Está consciente y orientada.

- No presenta alteraciones visuales.

- Habla clara.

- No presenta alteraciones de la audición, del lenguaje, ni de la memoria.

Patrón 7. Autopercepción- autoconcepto

- Presenta un aspecto cuidado y tiene una autovaloración de la imagen positiva.

- Refiere estar Ilusionada y con ganas de conocer a su hijo.

- Expresa sentimientos apropiados a la situación (refiere temor por la cesárea)

- Refiere tener dolor debido a las contracciones uterinas para preparación del parto.

Patrón 8. Rol - relaciones

- Vive con su esposo e hijo.

- Ha estado activa hasta el quinto mes de embarazo, actualmente de baja.

- No presenta barrera idiomática ni pertenece a una cultura distinta.

- Verbaliza relaciones familiares y sociales satisfactorias.

Patrón 9. Sexualidad - Reproducción

- Ha tenido dos embarazos y un aborto.

- No utiliza métodos anticonceptivos.

- Menstruaciones regulares, de cantidad moderada y dolor leve-moderado.
- Amenorrea fisiológica de 9 meses (por embarazo).

Patrón 10. Patrón adaptación - tolerancia al estrés

- Es colaborador ante el personal sanitario.
- Refiere que se sintió nerviosa al comunicarle que sería cesárea y refiere estar preocupada por que todo salga bien.

Patrón 11. Patrón valores - creencias

- No solicita asistencia religiosa ni que se le tenga en cuenta ninguna actividad religiosa.
- No aporta más datos sobre este patrón.

5.1.2. Valoración del caso (después de la cesárea)

En este apartado voy a exponer los patrones que cambian, después de la intervención quirúrgica, con respecto a la primera valoración:

Patrón 2. Nutricional - metabólico

- Temperatura = 36,7° (afebril)
- Es portador de una vía periférica (calibre 20 CH) en MSI.
- Portador de sonda vesical de silicona de tres luces (calibre 16 Fr.)
- Dieta absoluta, empezará a tolerar líquidos pasadas 6 horas.
- No presenta vómitos ni náuseas.
- Buena hidratación. (Sueroterapia)
- Herida quirúrgica (14 grapas).

Patrón 3. Eliminación

- Portador de sonda vesical de silicona de tres luces (calibre 16 Fr.)

Patrón 4. Actividad – ejercicio

- Tiene indicación terapéutica de reposo, hasta pasadas 24h tras la operación.
- FR = 19 resp/min. FC = 72 lat./min.
- TA = 100-60 mm Hg (normotensa)

Patrón 7. Autopercepción- autoconcepto

- Presenta dolor en la herida quirúrgica y de nuevo por las contracciones del útero.

Patrón 10. Patrón adaptación - tolerancia al estrés

- Refiere estar muy preocupada por lo sucedido al recién nacido.
- Presenta estrés y nerviosismo.

5.2. Diagnósticos enfermeros ⁴³

Patrón 2. Nutricional - metabólico

(00004) Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos

Definición: aumento del riesgo de ser invadido por organismos patógenos.

Dominio 11: Seguridad/protección

Clase 1: Infección

(00046) Deterioro de la integridad cutánea r/c factores mecánicos m/p destrucción de las capas de la piel

Definición: alteración de la epidermis y/o la dermis.

Dominio 11: Seguridad/protección

Clase 2: Lesión física

Patrón 4. Actividad – ejercicio

(00108) Déficit del autocuidado: baño r/c dolor m/p incapacidad para acceder al cuarto de baño.

Definición: Deterioro de la capacidad para realizar o completar por uno mismo las actividades de baño/higiene.

Dominio 4: actividad/reposo

Clase 5: autocuidado

Patrón 6. Cognitivo -perceptual

(00126) Conocimientos deficientes r/c mala interpretación de la información m/p informa del problema.

Definición: Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.

Dominio 5: percepción/cognición.

Clase 4: cognición.

(00132) Dolor agudo r/c agentes lesivos m/p expresa dolor.

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

(00214) Disconfort r/c falta de control de la situación m/p ansiedad, inquietud y temor.

Definición: Percepción de falta de tranquilidad, alivio y transcendencia en las dimensiones físicas, psicoespiritual, ambiental, cultural y social.

Dominio 12: confort

Clase 1: confort físico

Patrón 8. Rol – relaciones

(00104) Lactancia materna ineficaz r/c interrupción de la lactancia materna m/p insuficiente oportunidad para succionar los pechos.

Definición: La madre, el lactante o el niño experimentan insatisfacción o dificultad con el proceso de lactancia materna.

Dominio7: Rol/relaciones

Clase 1: Roles del cuidador

Patrón 10. Patrón adaptación - tolerancia al estrés

(00146) Ansiedad r/c cambio en el estado de salud m/p preocupación, trastornos del sueño, temor y nerviosismo.

Definición: Definición: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la 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

(00125) Impotencia r/c interacciones interpersonales no satisfactorias m/p expresa dudas sobre el desempeño del rol.

Definición: Experiencia de falta de control sobre una situación, incluyendo la percepción de que las propias acciones no afectan significativamente al resultado.

Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés

Clase 2: Respuestas de afrontamiento

(00148) Temor r/c separación del sistema de apoyo en una situación potencialmente estresante (por ejemplo: hospitalización, procedimientos hospitalarios) m/p expresa sentirse asustado, aumento de la alerta.

Definición: Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.

Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés

Clase 2: Respuestas de afrontamiento

5.3. Red de razonamiento de los diagnósticos enfermeros

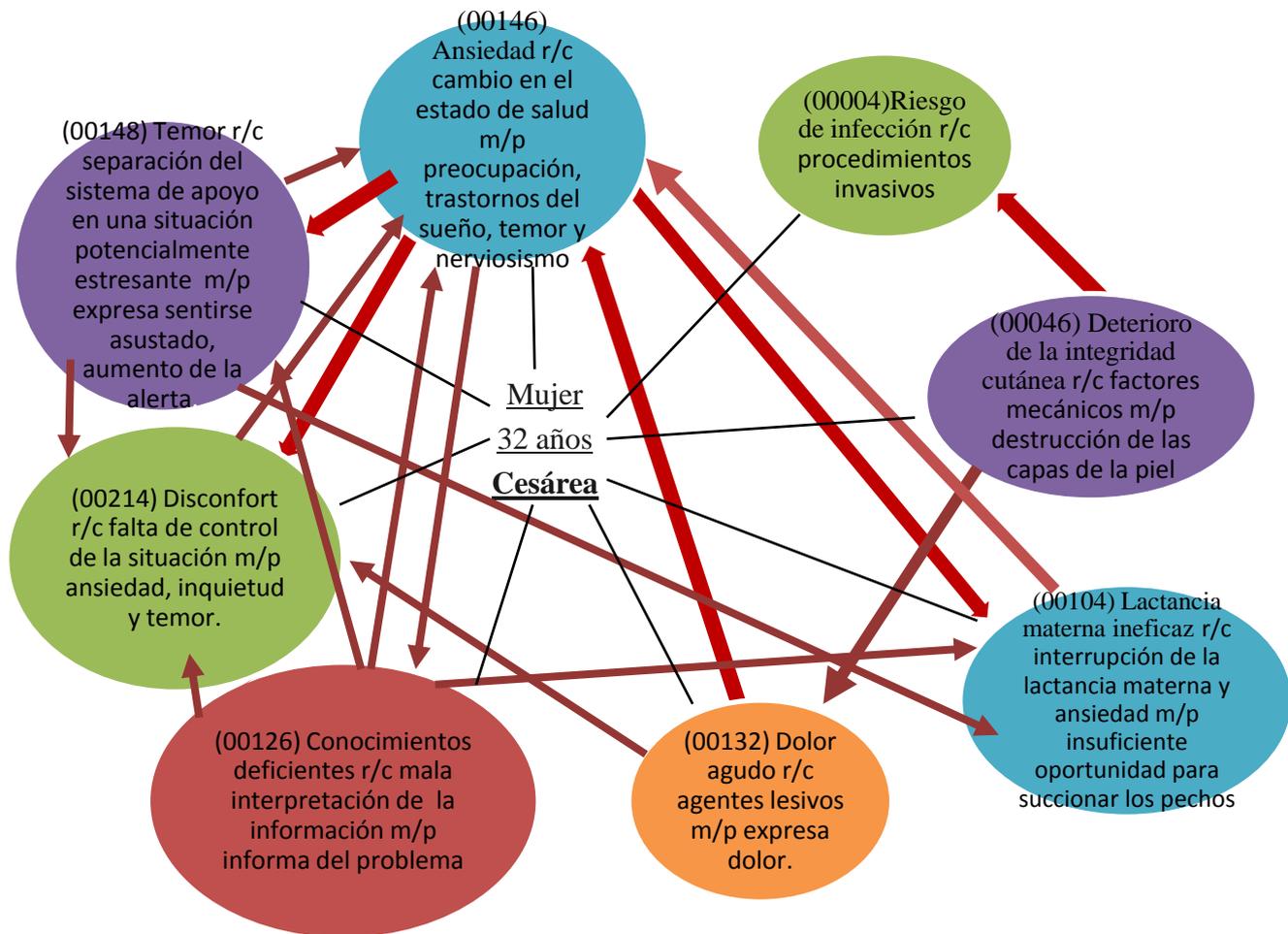


Figura 1: Red de razonamiento clínico para los diagnósticos enfermeros según el MODELO ÁREA.

Fuente: *Elaboración propia basada en Pesut y Herman.* ⁴⁴

El diagnóstico principal es: (00146) Ansiedad r/c cambio en el estado de salud m/p preocupación, trastornos del sueño, temor y nerviosismo.

5.4. Justificación del diagnóstico elegido

El diagnóstico principal que he obtenido realizando la red de razonamiento del modelo área es: (00146) Ansiedad r/c cambio en el estado de salud m/p preocupación, trastornos del sueño, temor y nerviosismo.

Como hemos visto anteriormente, según mis deducciones, al resolver y mejorar la ansiedad, mejoraría varios diagnósticos más:

- Relación de ansiedad con temor:

En muchas ocasiones, como es el caso de nuestra paciente, la ansiedad dificulta la capacidad para recapacitar y ver la realidad tal cual es. Es en este momento cuando empiezan a sentir miedos y preocupaciones casi por cualquier motivo.

La ansiedad es un sentimiento de miedo, desasosiego y preocupación. La fuente de estos síntomas no siempre se conoce.

El temor y la ansiedad es parte de la vida, suelen estar relacionados. Puede sentirse ansioso antes de presentar una prueba o al caminar por una calle oscura. Este tipo de ansiedad es útil - puede permitirle estar más alerta o ser más cuidadoso. Suele terminar poco tiempo después de que salga de la situación que la provocó. Pero, para millones de personas, la ansiedad no desaparece y empeora con el tiempo. Pueden sentir dolores en el pecho y tener pesadillas. Pueden aparecer trastornos de ansiedad. Los tipos incluyen:

- *Trastorno de pánico*
- *Trastorno obsesivo-compulsivo*
- *Trastorno de estrés postraumático*
- *Fobias*
- *Trastorno de ansiedad generalizada* ⁴⁵

Por lo que mejorando la ansiedad, podríamos resolver o reducir el diagnóstico: (00148) Temor r/c separación del sistema de apoyo en una

situación potencialmente estresante m/p expresa sentirse asustado, aumento de la alerta.

- Relación de ansiedad con disconfort:

El cuadro de ansiedad que presentó nuestra paciente durante su estancia en el hospital, generó una falta de control de la situación. Lo que hizo que no estuviese cómoda, ni su estancia fuera confortable.

Los trastornos de ansiedad son la forma más prevalente de dis-confort psicológico. Los estudios en distintos países son notablemente consistentes, mostrando tasas de prevalencia de vida cercanas al 25%, lo que significa que un cuarto de la humanidad presentará algún trastorno ansioso en algún momento de su vida.⁴⁵

- Relación de ansiedad con lactancia materna ineficaz:

Es muy beneficioso para el bebé y para la madre, que acaba de dar a luz, iniciar la lactancia materna antes de que finalice la primera hora postparto. En este caso, debido a que el recién nacido se encuentra en la incubadora (por lo que tiene menor contacto directo con la madre) y a que la madre presenta ansiedad, la lactancia materna no es llevada a cabo satisfactoriamente.

En la primera hora del nacimiento, el niño fue trasladado a la incubadora por lo que no dio tiempo a que la madre lo amamantara. Días posteriores la madre asistía al nido para darle el pecho al bebé, pero por su proceso de ansiedad a algunas tomas no asistía. Se le daba al niño biberón o leche materna sacada con saca-leches artificial. Aquí podemos observar cómo el diagnóstico ansiedad se relaciona con el diagnóstico lactancia materna ineficaz.

Una madre con ansiedad o deprimida tienen poca energía por lo que se comunican muy poco con su bebé. Muestra menos cariño, paciencia y

sensibilidad hacia las necesidades primarias del pequeño, como por ejemplo darles a tiempo de comer, cambiarles rutinariamente el pañal o atender oportunamente a su llanto. ⁴¹

- Relación de ansiedad con conocimientos deficientes:

Además de todo lo dicho anteriormente, a nuestra paciente la ansiedad también le afectó a la hora de recibir información. Las enfermeras y el pediatra trataban de explicarle el motivo por el cual su hijo se encontraba en la incubadora, pero era tal su nerviosismo e inquietud que no era capaz de captar lo que le estaban diciendo. Quizás también, en un primer momento, todo sucedió tan rápido e inesperado que no se le dio la información suficiente. Por lo que aquí vemos que la ansiedad influyó negativamente en los conocimientos recibidos y viceversa, los conocimientos deficientes desencadenaron más ansiedad.

Desafortunadamente, muchas de las personas que padecen estos trastornos de ansiedad, tanto físicos como mentales, no cuentan con la información necesaria para conocer y manejar sus emociones, ni para entender cómo y por qué los estados emocionales negativos (con una experiencia desagradable y alta activación fisiológica) empeoran su dolencia, o a quién deben dirigirse para recibir un tratamiento eficaz que incluya entrenamiento en manejo de sus emociones, etc.; todo lo cual suele generar altos niveles de ansiedad, frustración, desesperanza e incluso a veces depresión. Con el tiempo, si se carece de dicha información, el estrés y las emociones negativas (ansiedad, miedo, ira y tristeza, especialmente) suelen aumentar la sintomatología e incluso cronificarla. ³¹

5.5. Complicaciones potenciales ⁴⁶

Complicación potencial: plan general de cuidados del paciente operado.

- Hemorragia

- Hipovolemia/shock
- Evisceración/dehiscencia
- Íleo paralítico
- Infección (peritonitis)
- Retención urinaria

5.6. Red de razonamiento de las complicaciones potenciales

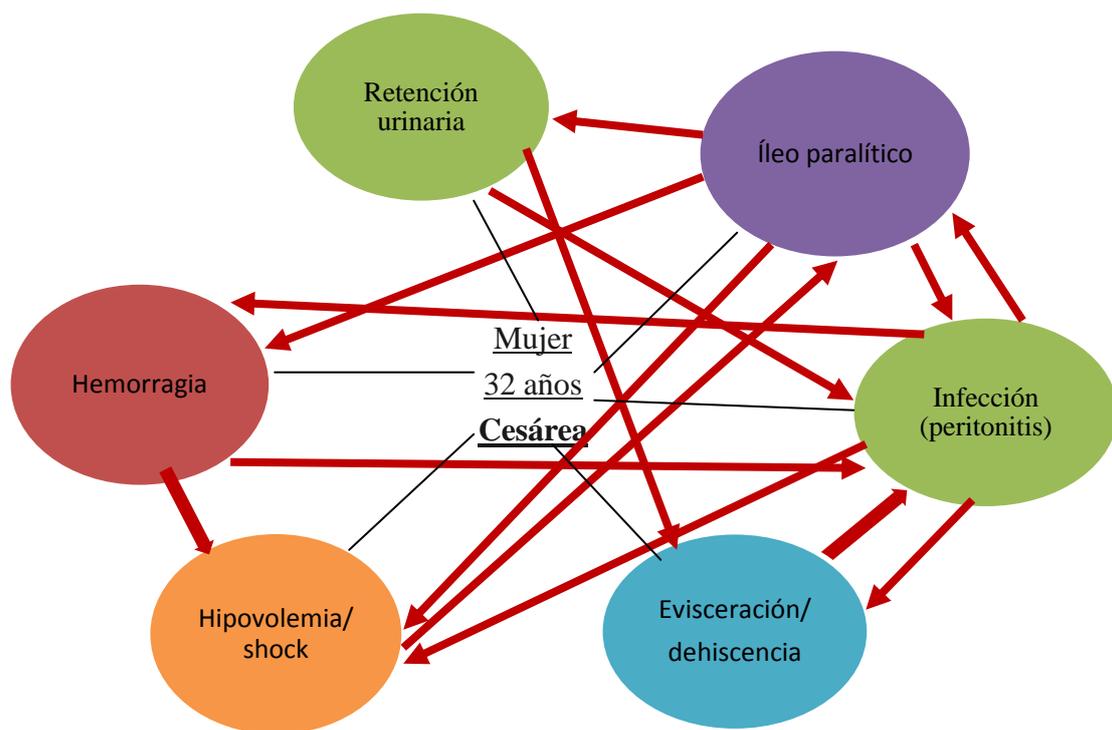


Figura 2: Red de razonamiento clínico para los diagnósticos enfermeros según el MODELO ÁREA.

Fuente: *Elaboración propia basada en Pesut y Herman.* ⁴⁴

La complicación potencial principal es: **Infección (peritonitis)**

5.7. Justificación de la complicación potencial elegida

La complicación potencial principal que he obtenido realizando la red de razonamiento del modelo área es: Infección (peritonitis). He aplicado esta complicación enfocada tanto como peritonitis (infección interna, del peritoneo), como infección de la herida quirúrgica postcesárea.

Esta complicación puede hacer que aparezcan las demás, por tanto, solucionando la infección solucionaríamos algunas complicaciones más que vamos a ver a continuación.

- Relación de infección (peritonitis) con íleo paralítico:

El íleo paralítico es un tipo de obstrucción intestinal. Resulta cuando el peristaltismo se detiene.

El íleo paralítico puede causarse por:

- *Cirugía abdominal*
- *Lesión o trauma*
- *Infecciones abdominales: peritonitis , apendicitis , diverticulitis*
- *Neumonía*
- *Infecciones graves generalizadas (sepsis)*
- *Ataque cardíaco*
- *Desequilibrio de electrolitos, especialmente de potasio*
- *Trastornos metabólicos que afectan la función muscular*
- *Uso de ciertos medicamentos como los narcóticos para el dolor y medicinas para presión alta*
- *Suministro escaso de sangre a las partes del intestino (isquemia mesentérica)*

Con lo anterior, podemos comprobar que la peritonitis puede llegar a causar un íleo paralítico.⁴⁷

- Relación de infección (peritonitis) con evisceración/ dehiscencia:

Dos de las complicaciones más comunes de infecciones de heridas quirúrgicas son la dehiscencia y la evisceración. La dehiscencia de la herida abierta es la ruptura o separación de las capas de una incisión quirúrgica. Puede ser sólo una separación de algunas de las capas, pero en algunos casos, la herida queda abierta. En el peor de los casos, los órganos pueden sobresalir a través del sitio de la incisión, una condición conocida como la evisceración. El paciente se dará cuenta de varios signos y síntomas de la dehiscencia de la herida, como el sangrado, hinchazón, enrojecimiento y dolor en el sitio de la incisión. La fiebre también estará presente debido a la infección cuando está abierta la herida.⁴⁸

- Relación de infección (peritonitis) con hipovolemia/shock:

Una complicación muy grave de las infecciones de una herida quirúrgica es la sepsis. La sepsis es una respuesta inflamatoria de todo el cuerpo debido a una infección grave. En el lugar de la incisión quirúrgica, esto sucede cuando organismos causantes de enfermedades conocidas como patógenos infectan el sitio y entran en el torrente sanguíneo. Una vez que estos agentes patógenos se encuentran en el torrente sanguíneo, desencadenarán una serie de respuestas del sistema inmunológico del cuerpo, tales como la liberación de mediadores antiinflamatorios. La presencia de bacterias y mediadores antiinflamatorios pone al cuerpo en un estado inflamatorio. Los vasos sanguíneos se dilatan y los fluidos se desplazan hacia los tejidos. Debido a este movimiento de líquido, la presión sanguínea puede descender, lo que resulta en una condición conocida como shock séptico.⁴⁸

5.8. Planificación

5.8.1. Objetivos (NOC) ⁴⁹

- ❖ Objetivos del diagnóstico principal:

DxE principal: (00146) Ansiedad r/c cambio en el estado de salud m/p preocupación, trastornos del sueño, temor y nerviosismo.

Definición: Definición: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la 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

- **Nivel de ansiedad (1211)**

Dominio: Salud psicosocial (III)

Clase: Bienestar psicosocial (M)

Definición: Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente no identificable.

Escala (s): Grave hasta ninguno (n)

Tabla 3: Escala de clasificación de los indicadores para el objetivo NOC del diagnóstico principal

ESCALA				
GRAVE	SUSTANCIAL	MODERADO	LEVE	NINGUNO
1	2	3	4	5

Fuente: *Elaboración propia basada en Taxonomía NOC.* ⁴⁹

Puntuación global: PA: 2 PD: 5 Tiempo: 2 días

- Indicadores:

121117 Ansiedad verbalizada PA: 2 PD: 5 T: 2 días

121118 Preocupación exagerada por eventos vitales PA: 2 PD: 5 T: 2 días

❖ Objetivos de la complicación potencial principal: Infección (peritonitis)

• **Control del riesgo: proceso infeccioso (1924)**

Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV)

Clase: Control del riesgo y seguridad (T)

Definición: Acciones personales para prevenir, eliminar o reducir la amenaza de una infección.

Escala (s): Nunca demostrado hasta Siempre demostrado (m)

Tabla 4: Escala de clasificación de los indicadores para el objetivo NOC de la complicación potencial principal.

ESCALA				
NUNCA	RARAMENTE	A VECES	FRECUENTEMENTE	SIEMPRE
1	2	3	4	5

Fuente: *Elaboración propia basada en Taxonomía NOC.* ⁴⁹

Puntuación global: PA: 3 PD: 5 Tiempo: 2 días

- Indicadores:

192409 Controla el entorno para evitar los factores asociados al riesgo de infección PA: 3 PD: 5 T: 2 días

192418 Practica acciones para promover el reposo PA: 2 PD: 5 T: 2 días

3.8.2. Intervenciones y actividades (NIC) ⁵⁰

- ❖ **Intervenciones y actividades del diagnóstico principal:** Ansiedad r/c cambio en el estado de salud m/p preocupación, trastornos del sueño, temor y nerviosismo.

Tabla 5: Intervenciones y actividades planificadas para el diagnóstico principal

Intervenciones	Actividades
<p><u>5270 Apoyo emocional:</u> Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión. Campo 3 → Conductual Clase: R, ayuda para hacer frente a situaciones difíciles</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar afirmaciones enfáticas o de apoyo. - Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. - Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los períodos de más ansiedad. - Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.
<p><u>1054 Ayuda en la lactancia materna:</u> Preparación de la nueva madre para que dé el pecho al bebé. Campo 5 → Familia Clase: W, cuidados de un nuevo bebé</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Observar al bebé al pecho para determinar si la posición es correcta, si se oye la deglución y el patrón de mamar/deglutir. - Enseñar a la madre la posición correcta que debe adoptar - Comentar la utilización de bombas de succión si el bebé no es capaz de mamar al principio.
<p><u>5620 Disminución de la ansiedad :</u> Minimizar la aprensión, temor o presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. - Animar a los pacientes a permanecer

<p>adelantado. Campo 3 → Conductual Clase: T, fomento de la comodidad psicológica</p>	<p>con el niño, si es el caso. - Crear un ambiente que facilite la confianza.</p>
<p><u>5880 Técnica de relajación:</u> Disminución de la ansiedad del paciente que experimenta angustia aguda. Campo 3 → Conductual Clase: T, fomento de la comodidad psicológica</p>	<p>- Sentarse y hablar con el paciente. - Favorecer una respiración lenta, profunda, intencionalmente. - Reducir o eliminar los estímulos que crean miedo o ansiedad. - Identificar a los seres queridos cuya presencia pueda aliviar al paciente. - Administrar medicamentos ansiolíticos, si fuera necesario.</p>

Fuente: *Elaboración propia basada en Taxonomía NIC.* ⁵⁰

❖ **Intervenciones y actividades de la complicación potencial principal:**
Infección (peritonitis)

Tabla 6: Intervenciones y actividades planificadas para la complicación potencial principal.

Intervenciones	Actividades
<p><u>6930 Cuidados posparto:</u> Control y seguimiento de la paciente que ha dado a luz recientemente. Campo 5 → Familia Clase: W, cuidados de un nuevo bebé</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Vigilar los loquios para determinar el carácter, cantidad, olor y presencia de coágulos. - Observar si hay signos de infección. - Reforzar las técnicas de higiene perineal adecuadas para evitar infecciones.
<p><u>6750 Cuidados de la zona de cesárea:</u> Preparación y apoyo a la paciente durante el parto por cesárea. Campo 5 → Familia Clase: W, cuidados de un nuevo bebé</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar información sobre el bebé. - Ayudar en la realización de ejercicios de piernas hasta que se desvanezcan los efectos de la anestesia. - Administrar analgésicos para facilitar el descanso, la relajación, la lactancia y los cuidados del bebé, según el caso.
<p><u>6550 Protección contra infecciones:</u> Prevención y detección precoz de la infección en un paciente de riesgo. Campo 4 → Seguridad Clase: V, Control de riesgos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Observar signos y síntomas de infección sistémica y localizada. - Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo. - Inspeccionar el estado de cualquier incisión /herida quirúrgica.

Fuente: *Elaboración propia basada en Taxonomía NIC.* ⁵⁰

5.9. Ejecución

En esta etapa de ejecución, pondremos en práctica las actividades propuestas en la fase de planificación, tanto las actividades del diagnóstico principal como las de la complicación potencial principal. Constará de 48 horas (tiempo que considero suficiente para alcanzar el objetivo propuesto), dividiendo éstas en seis turnos (tres turnos por día):

En este primer turno realizaremos diversas actividades que a lo largo del día iremos revisando y volviendo a hacer en caso necesario. Antes de realizar cualquier actividad, tendremos todo el material preparado con antelación, incluido la historia clínica de la paciente. Lo siguiente, antes de ponernos con la ejecución, será explicar en todo momento a la paciente la técnica que vamos a realizar y pedir su consentimiento.

Administraremos el tratamiento prescrito por el facultativo después de la intervención quirúrgica, a sus horas correspondientes. El tratamiento incluye: estimulantes uterinos (Methergin), analgésicos (perfusión continua de SG al 5% con 3 ampollas de Nolotil. También Ibuprofeno) antieméticos (Primperan), anticoagulantes (Heparina de bajo peso molecular) y laxantes osmóticos orales (Duphalac).

A continuación ya empezaremos a realizar las actividades anteriormente propuestas, propias de enfermería.

- Primer día turno 1 (de 8h a 15h)

El primer día en el turno de mañana, la paciente ingresó en planta sobre las 10h con contracciones uterinas y sin cesárea programada. La acompañamos a su habitación, le hicimos la valoración al ingreso (expuesta al principio del trabajo) y enseguida llegó la matrona para su exploración y monitorización fetal. Al realizar esto comprobó que el feto se presentaba de nalgas. Dejaron transcurrir un tiempo, la paciente dilataba muy lentamente y el feto seguía en la misma posición. Fue aquí cuando ginecóloga y matrona decidieron realizar una cesárea. Se lo comunicaron a la paciente, ésta se puso un poco nerviosa pero aceptó, firmó los consentimientos informados, estaba en

ayunas, la preparamos para la intervención, se quitó todo tipo de metales y joyas y la bajaron a quirófano.

Sobre las 12:30h el celador subió al bebé a planta junto al padre, mientras la madre se recuperaba en la sala de reanimación. Allí en planta, administramos la profilaxis ocular e intramuscular al recién nacido y lo llevaron a la habitación donde su padre realizaría el método canguro (piel con piel). Le explicamos cómo tenía que coger al bebé y cómo realizar este método. El bebé estaba tranquilo, con buena coloración y de momento todo marchaba bien.

Sobre las 14:30h de la tarde subió nuestra paciente de reanimación. Fuimos a verla a la habitación, presenta buen aspecto, está orientada y consciente. Trae puesta una sonda vesical de 16CH, vía periférica de calibre 20G en la mano izquierda. En esa vía trae un suero de perfusión continua con analgesia (3 ampollas de Nolotil a 21ml/h). También le han puesto sueroterapia para mantenerla hidratada hasta que empiece la tolerancia oral por la tarde.

Empezamos tomándole la tensión arterial, la temperatura corporal y preguntándole que tal se encuentra y cómo ha ido todo. A continuación, miramos que caigan bien los sueros y a su flujo correspondiente y que esté bien colocada la sonda vesical, con la bolsa colgada por debajo de la barandilla de la cama y sin acodamientos para que fluya la orina con normalidad. Le comunicamos que no puede ingerir nada hasta nueva orden, que será para la cena sobre las 20h y que se mantenga en reposo. Observamos la herida quirúrgica, que no estuviera irritada ni con sangrado. **Vigilamos los loquios para determinar el carácter, cantidad, olor y presencia de coágulos:**

*Los loquios son las **pérdidas vaginales sanguinolentas** -compuestas de sangre residual, mucosidad y tejido del útero- que ocurren de forma habitual tras dar a luz, debido a la herida que deja la placenta en la cavidad uterina. Durante los primeros días, las pérdidas pueden ser tan intensas como durante el periodo menstrual, aunque la cantidad de flujo varía en función de cada mujer. Según la Organización Mundial de la Salud, **pueden tener una duración de entre tres y seis semanas, aproximadamente.***

Las características de los loquios difieren en función del momento del puerperio en que se producen e indican la evolución de la cicatrización del lecho placentario, pueden ser: loquios rojos, sanguinolentos o blancos. ^{17, 19}

Como sabemos, los loquios son uno de los aspectos que debemos vigilar durante el puerperio, ya que distintos signos en ellos pueden advertir de posibles riesgos o problemas en la recuperación de la mujer. Las principales señales de alerta en las que nos tenemos que fijar son las relacionadas con la cantidad, el color y el olor del flujo. Por lo que la enfermera, una vez la paciente está en planta, es la encargada de la exploración uterina y vaginal. La paciente decúbito supino en la cama, con las piernas abiertas, se relaja y la enfermera observa los loquios fijándose en las características antes nombradas. Observó que los loquios eran de cantidad moderada, con apenas coágulos, de color rojizo y sin olor.

Al realizar esas actividades, la enfermera del turno se dispuso a colocar al bebé en el pecho materno para que empezara a succionar. En este momento fue cuando observó en el niño el quejido pulmonar y el distrés respiratorio. Era un quejido muy agudo con crepitaciones. La enfermera alertada se llevó al bebé al nido para avisar al pediatra de lo sucedido. Le puso el pulsioxímetro, saturaba al 95%. Cuando llegó el pediatra auscultó, pidió analítica de sangre, ordenó poner SNG y decidió dejar al recién nacido en la incubadora para su observación y mejora.

El pediatra habló con la madre y explicó la situación. Ésta recién llegada de reanimación le pilló todo de sorpresa y no pudo evitar empezar a ponerse nerviosa, con sudoración y muy inquieta con la situación.

Con estas actividades realizadas, terminamos el turno de la mañana, dando el relevo a las compañeras y especificando todo lo acontecido.

- Primer día turno 2 (de 15h a 22h)

En este turno la enfermera y yo realizamos las actividades propuestas. En primer lugar pasamos por las habitaciones repartiendo medicación y viendo

a los pacientes. Al llegar a la habitación de esta paciente, descubrimos que estaba llorando, muy alterada y con crisis de ansiedad. De inmediato tratamos de ayudarla: la incorporamos en la cama para ayudarla con la respiración, intentamos **favorecer una respiración lenta y profunda, permanecemos con ella y proporcionamos sentimientos de seguridad durante el proceso de más ansiedad.**

Los ejercicios de respiración completa son la mejor herramienta para combatir los estados de ansiedad y disminuir la tensión muscular provocando la relajación.

Favorecer la respiración lenta, profunda y rítmica provoca un estímulo reflejo del sistema nervioso parasimpático. Esto produce una reducción en los latidos del corazón y una relajación de los músculos. Como el estado de la mente y el cuerpo están muy relacionados entre sí, estos dos factores producen a su vez un reflejo de relajación de la mente. Además, una mayor oxigenación del cerebro tiende a normalizar la función cerebral, reduciendo niveles excesivos de ansiedad.⁵¹

Le enseñamos a nuestra paciente a realizar una respiración abdominal, donde la entrada de aire debe ser suave al comienzo de los ejercicios de relajación y, el punto de concentración siempre debe estar en el abdomen.

Los ejercicios de respiración se pueden practicar en diferentes posturas, nuestra paciente los hizo acostada. Le dijimos que apoyara las plantas de los pies y levantara ligeramente las rodillas, esta posición favorece una respiración más profunda. Así estuvimos unos quince minutos hasta que ella se encontraba más calmada. A la vez que le instruíamos la forma de respirar, intentábamos fomentar la tranquilidad con mensajes positivos.

Cuando ya estaba más relajada la **animamos a que expresara los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.** Nos comentó que se encontraba muy mal por no saber que le ocurriría a su hijo, por no poder tenerlo con ella, disfrutarlo... Estaba aturdida por todo lo acontecido a lo largo de la mañana de forma tan rápida.

Conocer y manejar nuestras emociones, es vital para tener una buena calidad de vida. Las emociones nos ayudan a identificar diferentes aspectos de las situaciones que estamos viviendo, que pueden pasar desapercibidos para nuestra consciencia.

Nos permiten conocernos mejor a nosotros mismos y nos ayudan a relacionarnos mejor con las personas que nos rodean.

Sin embargo, cuando no expresamos nuestros sentimientos o lo hacemos de una manera inadecuada, nuestros problemas aumentan y nuestra salud puede verse afectada de manera importante. Por eso es tan importante estar en contacto con lo que sentimos, aprender a manejarlo y a expresarlo en el momento, lugar y de la manera adecuada.⁵²

Parece que explicando su situación se calmaba y se expresaba tranquilamente con nosotras, por eso aprovechamos para **proporcionarle información sobre el bebé.**

Un paciente bien informado es un paciente bien tratado. Las 6 claves para una comunicación eficiente son: preguntar, hacer una escucha activa, conectar con las emociones de los pacientes y empalzar, hacer que el paciente resuma la información que ha recibido, reforzar las conductas positivas del paciente y el feedback entre profesional sanitario y paciente.

La autonomía del paciente y el derecho a ser informado debe proporcionar al paciente la capacidad de tomar una decisión informada. Debemos aprovechar esta mayor implicación del paciente para llevar a cabo acciones que favorezcan la vinculación con el paciente y facilitar la cooperación en su propio tratamiento.

Desde hace tiempo médicos y psicólogos investigan métodos que mitiguen las repercusiones negativas que sobre los pacientes tiene la enfermedad que padecen. Una de las estrategias más utilizadas habitualmente es la preparación psicológica. Dicha preparación busca conseguir el bienestar del enfermo a través de la información. Diversos estudios muestran, además,

que la cantidad y la calidad de la información transmitida a los enfermos y sus familias reduce su ansiedad con lo que, en general, se consigue una mejor y más rápida recuperación así como una mayor colaboración durante el periodo de tratamiento. ⁶

Aquí observamos la importancia de informar a los pacientes, por lo que a la nuestra le informamos de lo siguiente: su hijo se encontraba estable y con los signos vitales dentro de la normalidad, sólo lo teníamos en la incubadora para controlar la saturación de oxígeno, que hiciera bien las tomas sin que aparecieran complicaciones de broncoaspiración y haciendo que mejorara el distrés respiratorio. También le dijimos que cuando se encontrara ella mejor y tuviera oportunidad de levantarse y dirigirse al nido, podría venir cada tres horas a darle el pecho al recién nacido y permanecer más tiempo con él, mientras los familiares podrían verlo a través de la cortina en el horario asignado.

Como la mamá quería darle leche materna, le comentamos la posibilidad de **utilización de bombas de succión si el bebé no es capaz de mamar al principio** (en este caso por encontrarse en la incubadora y ella en reposo).

Para cambiar un poco de tema y que ella también se sintiera valorada y cuidada, le preguntamos cómo fue la cesárea que nos contara un poco su experiencia, le preguntamos si tenía dolor y ya aprovechamos para: **ayudarle en la realización de ejercicios de piernas hasta que se desvanecieran los efectos de la anestesia.**

Éstos ejercicios los realizamos con la paciente tumbada en la cama, le decíamos lo que tenía que hacer para ir asegurándonos que se estaban pasando los efectos de la anestesia.

El resto de la tarde la pasó tranquila, excepto sobre las siete que nos avisó por dolor. Para ello: **administramos analgésicos para facilitar el descanso, la relajación, la lactancia y los cuidados del bebé, según el caso.** Fue en este momento cuando comenzó con la tolerancia líquida. Le llevamos un Paracetamol de 1gr. y le ofrecimos un zumo que lo toleró correctamente.

Éstas fueron las últimas actividades realizadas en el turno de la tarde, el resto siguió sin incidencias.

- Primer día turno 3 (de 22h a 8h)

En este turno de noche todo transcurrió con tranquilidad y sin incidentes significativos.

Cuando la enfermera pasaba por la planta haciendo la ronda de reparto y administración de medicación, **se sentó y habló con la paciente**. Ya expresaba sentimientos más positivos y hablaba más relajada, aunque refería notar a ratos una presión en el pecho y malestar cuando se ponía a pensar en la situación. Había que **crear un ambiente que facilite la confianza**.

En la relación entre el profesional sanitario y el paciente un aspecto clave lo constituyen los aspectos comunicativos. De hecho, en una encuesta a un gran número de pacientes, al preguntarles qué elementos creían ellos que caracterizaban a una "buena" o "mala" atención sanitaria, encontró que el elemento fundamental era precisamente la comunicación entre el profesional de la salud y el paciente, comunicación que, añadían los propios sujetos, debería ser cordial y satisfactoria. En consecuencia, pues, la mejora en la comunicación entre el personal sanitario y el paciente es una condición indispensable para poder mejorar el sistema sanitario. Y ello es así no solamente por razones psicosociales, sino incluso por razones puramente clínicas, dado que muchos errores de diagnóstico se deben precisamente a una pobre y/o inadecuada comunicación entre el personal sanitario, fundamentalmente el médico, y el enfermo.

Por otra parte, la comunicación no verbal cobra aún mucha más relevancia. Y es importante la comunicación en el campo de la salud principalmente a dos niveles: por una parte, la sensibilidad que tiene el propio paciente para captar las señales no verbales emitidas por las personas que le rodean, incluyendo obviamente los profesionales de la salud, y por otra parte,

la expresividad no verbal que manifiestan los pacientes y que tan útil puede y suele ser para el sanitario. ⁵³

Como la paciente aún tenía problemas de ansiedad y puede que eso le restringiera o disminuyera el sueño, **administramos medicamentos ansiolíticos**, ya que después de la crisis de ansiedad ocurrida horas antes, el médico pasó a verla y dejó pautado Lorazepam a las 23h.

Un ansiolítico es un fármaco con acción depresora del sistema nervioso central, destinado a disminuir o eliminar los síntomas de la ansiedad. El fármaco ansiolítico ideal es aquel que alivia o suprime el síntoma de ansiedad, sin producir sedación o sueño. Este ansiolítico en concreto, es administra de forma sublingual y tiene un mecanismo de acción rápido, dejando a la paciente más tranquila.

La paciente estaba avisada de llamarnos si notaba algún síntoma de alarma en su estado clínico. No hizo falta realizar más actividades en este turno.

- Segundo día turno 1 (de 8h a 15h)

En este segundo día en el turno de mañana, la paciente se encuentra más animada y con fuerza. Pasamos por la habitación, retiramos sonda vesical y sueroterapia. Le indicamos que puede ir levantándose de la cama poco a poco, siempre empezará sentándose en la cama unos diez minutos y luego lentamente que se levante con ayuda para ir al baño y asearse, ya que una vez realizada la higiene iríamos a curarle la herida quirúrgica. **Reforzamos las técnicas de higiene perineal adecuados para evitar infecciones.**

La higiene perineal se recomendará tres veces por día, se utilizará guantes y se evitará contacto directo de las manos con los genitales, se utilizará antisépticos diluidos) o agua hervida. La técnica sugerida es derramar el líquido en sentido anteroposterior, se evitará las duchas vaginales y el uso del bidet. Se mantendrá la zona de la episiotomía limpia, seca y cubierta con

compresas

estériles.

No está contraindicada la ducha en las primeras 24 horas del puerperio. ⁵⁴

También informamos a la paciente de la importancia de mantener la herida quirúrgica bien desinfectada y limpia. Podría ducharse aunque se mojase el apósito puesto que lo cambiaríamos y curaríamos seguidamente.

A continuación, nos dispusimos a curar e **inspeccionar el estado de la incisión/herida quirúrgica**. A su vez, **observamos si hay signos de infección**.

La herida de la cesárea no requiere cuidados especiales: lavar la cicatriz con agua y jabón, secarla con una gasa estéril (dando pequeños toques, sin arrastrar) y dejarla unos minutos al aire. En un principio en el hospital es conveniente cubrirla con apósitos, pero más adelante en casa se puede dejar sin cubrir que ayuda a cicatrizar mejor al aire, pero hay que tener cuidado con el roce de la ropa.

En el hospital para la cura utilizamos antiséptico, normalmente clorhexidina. Hay que evitar las soluciones con yodo, ya que pueden pasar a través de la leche materna al bebé.

Los puntos externos suelen retirarse en el centro de salud en unos 10 días, pero el proceso de cicatrización es lento. Explicamos a la mamá que en las primeras semanas es normal sentir tirantez y picor y percibir una parte de la piel como dormida, algo que puede durar meses.

En las heridas agudas (en este caso quirúrgica), los síntomas y signos clásicos de infección localizada son: dolor de nueva aparición o creciente, eritema, calor local, hinchazón, secreción purulenta, fiebre, retraso o detención de la cicatrización, absceso o mal olor. Los signos y síntomas de infección diseminada son: eritema en exceso, linfangitis, crepitación de partes blandas o dehiscencia de la herida, además de las anteriormente nombradas de las infecciones locales. Nuestra paciente no presentaba ninguno de estos síntomas, la herida se encontraba en perfectas condiciones.

Puesto que la madre se encontraba mejor y a las 9h le tocaba la toma al bebé, invitamos a la madre a asistir al nido a darle el pecho, ésta aceptó sin pensarlo.

Al momento, sonó el timbre y era ella, se había mareado al incorporarse de la cama y le había dado un dolor fuerte en la zona de incisión. Fuimos a verla, le pusimos un suero glucosado, le tomamos la tensión, le hicimos aire y estuvimos con ella hasta que se le fue pasando. Hizo mucho esfuerzo en poco tiempo. Se cuestionó la opción de ir o no a darle el pecho al hijo. **Le proporcionamos ayuda en la toma de decisiones**, aconsejándole que no fuera y estuviese descansando y mejorándose, al menos hasta próxima toma a las 12h.

Tratamos de **identificar a los seres queridos cuya presencia podía aliviar a la paciente**. Estos seres queridos eran su madre y su esposo, por lo que animamos a que permanecieran con ella el mayor tiempo posible. Con su presencia parecía más calmada.

El niño hacía bien sus tomas. Le dábamos los calostros que la madre iba sacando con la bomba de succión, por lo que si seguía así se le retiraría la sonda a lo largo de la mañana.

Pasó nuestra paciente el resto de la mañana muy bien. A las 12h fue hasta el nido para ver a su bebé y darle el pecho. **Enseñamos a la madre la posición correcta que debía adoptar:**

1. *Sostén al bebé "**tripa con tripa**", de manera que no tenga que girar la cabeza para alcanzar el pezón.*
2. *Sostén el pecho con el pulgar arriba y los dedos por debajo, muy por detrás de la areola. Espera hasta que **el bebé abra la boca de par en par**. Acerca el bebé al pecho.*
3. *Asegúrate de que el bebé toma el pezón y gran parte de la areola en la boca. Este bebé mama con la boca abierta y su nariz y mentón están pegados al pecho. Su labio inferior está vuelto hacia abajo.*





COLOCACIÓN

INCORRECTA:

Evita esta postura. Este bebé chupa sólo el pezón y mama con la boca poco abierta. Su nariz no roza el pecho.

Una colocación incorrecta contribuye a la aparición de problemas con la lactancia:

<i>Pezones</i>	<i>doloridos</i>	<i>y</i>	<i>agrietados</i>
<i>Pechos</i>	<i>duros</i>	<i>y</i>	<i>doloridos</i>

*Producción de leche insuficiente.*⁵⁶

Observamos al bebé al pecho para determinar si la posición es correcta, si se oye la deglución y el patrón de mamar deglutir. Corregimos la postura de la madre y acomodamos al bebé. El recién nacido tenía buena succión y deglución.

El padre también asistió a la toma de pecho de su hijo. Cuando estaban allí **los animamos a permanecer más tiempo con el niño**, ya que no habían tenido antes oportunidad de tenerlo tanto rato.

Los padres finalizaron la toma con éxito y contentos, el resto de la mañana pasó sin incidentes. A las 15h volvió a amamantar a su hijo.

- Segundo día turno 2 (de 15h a 22h)

En el turno de tarde de este segundo día de ingreso hospitalario en nuestra unidad, la paciente mejoró a pasos agigantados. La ansiedad se iba reduciendo cada vez más, tuvo mucho que ver el contacto con el niño y la buena información y trato tanto de los médicos (ginecóloga y pediatra) como del equipo de enfermería.

La enfermera del turno estuvo hablando con la paciente, **realizando afirmaciones enfáticas y de apoyo**, también **proporcionó información**

objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico, como ya explicamos anteriormente. La madre se desahogaba hablando con nosotras y con los familiares que la apoyaron también en todo momento.

En este turno se realizaron algunas actividades repetidas que ya hemos ido mencionando, entre ellas: **observar signos y síntomas de infección sistémica o localizada y mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo.**

- Segundo día turno 3 (de 22h a 8h)

El turno de noche lo pasamos mi tutora y yo en la planta. Prácticamente no hizo falta realizar ninguna actividad a nuestra paciente que debamos resaltar. Hicimos el reparto y la administración de medicación, dimos apoyo y hablamos con ella y los familiares y estuvimos alerta a cualquier cambio imprevisto.

La noche marchó sin incidentes, con la paciente y el bebé estables y con buen estado.

5.10. Evaluación

Para realizar la evaluación final de nuestro proceso enfermero, tenemos que comprobar si nuestros objetivos y actividades marcadas han sido alcanzados.

- **Nivel de ansiedad (1211)**

Puntuación global: PI: 2 PA: 4 PD: 5 Tiempo: 2 días

Escala (s): Grave hasta ninguno (n)

- Indicadores:

121117 Ansiedad verbalizada PI: 2 PA: 5 PD: 5 T: 2 días

121118 Preocupación exagerada por eventos vitales PI: 2 PA: 4 PD: 5
T: 2 días

- **Control del riesgo: proceso infeccioso (1924)**

Escala (s): Nunca demostrado hasta Siempre demostrado (m)

Puntuación global: PI: 3 PA: 4 PD: 5 T: 2 días

- Indicadores:

192409 Controla el entorno para evitar los factores asociados al riesgo de infección

PI: 3 PA: 5 PD: 5 T: 2 días

192418 Practica acciones para promover el reposo PA: 2 PA: 4 PD: 5
T: 2 días

5.11. Reflexión

Con respecto a la evaluación final de nuestro trabajo, podemos decir que nuestras actividades han ido avanzando y desarrollándose eficazmente, aunque algunos de los indicadores de nuestros objetivos no hayan llegado a alcanzar la puntuación diana que nos propusimos.

Nuestra paciente pasaría un día más ingresada, pero decidí llevar a cabo la ejecución solamente de dos días ya que me propuse alcanzar los objetivos en ese tiempo.

El resto de trabajo pienso que ha ido bien, he realizado todos los apartados según los criterios marcados, con orden y secuencia lógica.

A pesar de haber hecho a lo largo de la carrera varios planes de cuidados, aún me siguen pareciendo costosos, de gran esfuerzo y larga duración.

6. DISCUSIÓN

En cuanto a nuestro primer objetivo, opinamos que la ansiedad y la posible depresión posparto, que padece la mujer de nuestro estudio, va a incidir y perjudicar físicamente al recién nacido. Esta afirmación la podemos encontrar en varios artículos. Nos ha parecido relevante la aportación sobre este tema que se hace en estos artículos,^{36, 38} donde se refleja que la puérpera con estos trastornos va a sufrir un gran impacto, se verá afectada la relación con su bebé y, además, en el recién nacido se van a observar resultados negativos, comprometiéndose su desarrollo.

Nos parece muy interesante lo dicho por Haran en su estudio³⁹, donde alude la visión de la madre y el niño como una unidad, ya que lo que le afecta a uno le afecta a la otra, sobre todo en los primeros meses de vida.

En nuestro estudio, el hijo de la paciente ingresa en la incubadora a las pocas horas de nacer debido a distrés y problemas respiratorios. Este hecho fue el principal desencadenante del inicio de las crisis de ansiedad en la madre, por lo que debido a esto y a que el niño se encontraba en la incubadora, ha quedado demostrado también que se produjo un alejamiento afectivo entre la madre y el hijo. Las crisis de ansiedad, que en ocasiones acababan en síncope, junto con los dolores intensos en el posparto inmediato, hicieron que la madre no pudiera acudir a ver a su hijo en el primer día de vida, encargándose las enfermeras de todos los cuidados de éste. Por lo expuesto sobre esta cuestión, apoyamos lo que se indica en el artículo de Delgado E,²⁸ donde se afirma que la ansiedad y la depresión posparto tiene un efecto significativo en la salud del neonato porque es frecuente que sufra diversas formas de abandono o alejamiento afectivo.

Autores de otro estudio,²⁸ afirman que a largo plazo, la depresión postparto y los trastornos de ansiedad serán un factor de riesgo para el desarrollo cognitivo, neuropsicológico del bebé, y podrá desarrollar problemas de comportamiento emocional y social. Con respecto a esto, es importante hacer notar que en la paciente de nuestro estudio, las crisis y los signos de ansiedad disminuyeron notablemente durante la estancia hospitalaria, por lo que pensamos que tendrá repercusión negativa en el niño, sobre todo a nivel físico, pero no repercutirá hasta tal grado como se menciona en dicho artículo.

En cuanto a nuestro segundo objetivo, opinamos que las enfermeras tenemos que mostrar habilidades para darnos cuenta de la existencia de los trastornos psicológicos y poder tratarlos, ya que somos el personal sanitario que más tiempo pasa junto con las mujeres en el puerperio, sobre todo en el puerperio inmediato y precoz. Entre los estudios revisados, nos parece importante destacar lo tratado por Torrents,² el cual refleja que enfermería debe ser capaz de diagnosticar la ansiedad y poder tratarla para disminuir el impacto negativo en el estado psicológico. También menciona este artículo, que las enfermeras debemos dar información sobre el estado de la paciente, en la medida en que se provea de esa información, para que puedan conocer y comprender el entorno y contexto en el que están evolucionando, eso ayudará a poner en marcha, por parte de la paciente, mecanismos individuales de afrontamiento.

Además de esto, también podemos disminuir la ansiedad prestando unos buenos cuidados, individualizados y con ambiente agradable. Basándonos en esta afirmación, nos ha parecido relevante la aportación de Mosteiro³¹ que explica que haber tenido una buena experiencia previa, unos buenos cuidados por parte de los profesionales implicados en la atención al parto, acompañamiento y apoyo continuo durante el nacimiento y puerperio inmediato, va a tener efectos significativos en una percepción positiva del parto y por tanto ayudará a bajar los niveles de ansiedad, a través de los buenos cuidados.

Además de estos cuidados de calidad, es importante el apoyo educativo como intervención de enfermería, donde las enfermeras instruyan a las mujeres sobre su autocuidado y los cuidados del bebé, tal y como indica en el artículo de Martínez.⁶ No obstante, opinamos que esta enseñanza se debe realizar una vez que los signos más alarmantes de ansiedad hayan disminuido.

Analizando nuestro caso, vemos como la paciente mejora a pasos agigantados cuando recibe apoyo emocional y empatía por parte de enfermería, una buena información y unos cuidados de calidad.

En cuanto a nuestro tercer objetivo y analizando nuestro estudio, opinamos que el contacto madre-hijo en los primeros días de vida es

fundamental, sobre todo, las primeras horas son cruciales para la aparición del vínculo madre-hijo y la instauración de la lactancia materna, como afirma Garza en su artículo.⁸ En nuestro caso, a la paciente le realizaron una cesárea y estuvo en reanimación unas horas, por lo que no se pudo efectuar este contacto. Además, debemos añadir que al niño lo llevaron a la incubadora, la madre empezó con ansiedad y no pudo ir a realizar las primeras tomas del recién nacido y eran las enfermeras las que lo alimentaban con lactancia artificial.

Los resultados del trabajo realizado por Pinto⁴⁰ demuestran que el realizar el piel con piel tiene bastantes ventajas para el recién nacido, entre ellas: mejor termorregulación, reducción del llanto y de los episodios de apnea, permite y favorece la lactancia materna y disminuye el riesgo de infecciones.

Asimismo en nuestro caso, a parte de los beneficios para el neonato, cabe mencionar que a la paciente el tener contacto precoz con su hijo, junto con un apoyo continuo durante el parto y el posparto ayudarían a disminuir la ansiedad que presenta. Por lo que nos parece interesante lo que indica Laviña en su artículo¹⁵ sobre este apartado, donde observaron que los cambios psicológicos y emocionales de la madre, mejorarían significativamente si actuamos reduciendo el dolor del parto, damos apoyo continuo y con el contacto inmediato madre-hijo. Todo esto evita experiencias emocionales negativas y disminuye la ansiedad materna. En el caso de nuestra paciente, el no tener a su hijo cerca y en contacto, fue el desencadenante de la ansiedad, por esta razón cabe mencionar su importancia.

En los artículos de Uzcátegui y Arivabene^{11, 42} que hemos consultado, relatan que en el parto por cesárea, hay retraso del primer contacto madre-hijo y cuando se produce la madre está somnolienta y cansada, y es un obstáculo para el inicio de la lactancia. Con respecto a nuestro estudio, observamos que es cierto que la cesárea dificulta y retrasa el contacto materno-filial pero, por el contrario, la madre presentaba buen aspecto al salir de reanimación y se encontraba capacitada y con ganas de empezar a amamantar a su bebé.

6.1. Limitaciones

Las limitaciones encontradas a lo largo del desarrollo de este estudio han sido:

- Tiempo limitado para hacer el trabajo, teniendo menos oportunidad de buscar información en profundidad y analizar detenidamente los diferentes apartados del estudio.
- Limitaciones de acceso a las informaciones, ya que en las diferentes bases de datos consultadas encontrábamos muchas publicaciones en otros idiomas, no teníamos acceso al texto completo o los artículos encontrados eran demasiado antiguos.

7. CONCLUSIONES

En nuestro primer objetivo concluimos lo siguiente:

- La depresión posparto empeora el estado físico del recién nacido, pero no es el caso de nuestra paciente.
- La ansiedad materna que presenta la paciente del estudio, va a influir negativamente en el recién nacido.
- El estado psicológico alterado que presenta la madre, va a afectar al recién nacido durante un tiempo, pero no a largo plazo.

En nuestro segundo objetivo concluimos lo siguiente:

- Los profesionales sanitarios, pero sobre todo enfermería, trabajan para disminuir los trastornos psicológicos en el puerperio.
- Enfermería realizó un papel fundamental a la hora de disminuir la ansiedad materna.
- Vimos en la paciente un gran cambio y mejoría gracias a la aportación enfermera.
- Las enfermeras realizamos la detección precoz de la ansiedad materna y actuamos dando apoyo, información y unos cuidados de calidad.

En nuestro tercer objetivo concluimos lo siguiente:

- El contacto madre-hijo es crucial sobre todo en las primeras horas de vida, mejorando el estado de ambos.
- Este contacto ayudó a reducir la ansiedad de la madre.
- Gracias al contacto piel con piel se favorece el inicio precoz de la lactancia materna.

En nuestro cuarto objetivo concluimos lo siguiente:

- La elaboración de un plan de cuidados ayuda a realizar intervenciones enfermeras de forma lógica y ordenada.
- En el caso de nuestra paciente, el realizar un plan de cuidados nos guió sobre las intervenciones y actividades enfermeras que había que llevar a cabo para lograr el objetivo principal.

- Basándonos en el plan de cuidados, evaluamos en dos días el resultado de la paciente y obtuvimos casi la puntuación diana propuesta.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Suárez M, Fuertes Y, Selva P, Mora J, Martínez ME. Propuesta del uso del plan de parto, en la mujer gestante como instrumento de bienestar de la madre y el hijo: Visión de la matrona. *Paraninfo digital*. 2012;6(15):1-13
2. Torrents R, Ricart M, Ferreiro M, López A, Renedo L, Lleixà M, et al. Ansiedad en los cuidados, una mirada desde el modelo de Mishel. *Index Enferm*. 2013;22(1-2):60-64.
3. Marín D, Carmona FJ, Toro S, Montejo R, Peñacoba C, Velasco L, et al. Indicadores de estrés en el postparto y su relación con el estado anímico de la mujer en el puerperio. *NURE Inv*. 2012 Feb 15;10(62):1-10.
4. Tessier E, Camaño I, García A, Hernández JM, Vellido R, De la Hera C, et al. Cesárea humanizada. *Prog Obstet Ginecol*. 2013;56(2):73-78.
5. Sánchez M. Protocolo de atención al embarazo y puerperio. 2007.
6. Martínez RE, Ramos BP, Botello Y, Guajardo V. Intervención de enfermería para elevar el conocimiento sobre la gestación. *Paraninfo digital*. 2013;7(17):1-7.
7. Bailón E. Protocolo embarazo y puerperio. 2008.
8. Garza ME, Rodríguez MS, Villarreal E, Salinas AM, Núñez GM. Patrón de uso de los servicios de atención prenatal, parto y puerperio en una institución de seguridad social mexicana. *Rev. Esp. Salud Pública*. 2007;77(2): 11-16.
9. Villar J, Carroli G, Khan-Neelofur D, Piaggio G, Gülmezoglu M. Patrones de control prenatal de rutina para embarazos de bajo riesgo. *Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas* 2007;4.
10. Garcia LH, Labrudi J, Fonseca R. Consulta prenatal colectiva: una nueva propuesta para la atención integral. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2008;16(1):5-8.

11. Uzcátegui Uo. Estado actual de la cesárea. Gac Méd Caracas. 2008;116(4):280-286.
12. Ceriani JM, Mariani G, Pardo A, Aguirre A, Pérez C, Brener P, et al. Nacimiento por cesárea al término en embarazos de bajo riesgo: efectos sobre la morbilidad neonatal. Arch Argent Pediatr. 2008;108(1):17-23.
13. Millán MM, Mendoza A. Factores relacionados con la cesárea primitiva. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2010;36(3): 18-22.
14. Vera PG, Correa B, Neira M, Rioseco R, Poblete L. Utilidad de la evaluación de 10 grupos clínicos obstétricos para la reducción de la tasa de cesárea en un hospital docente. Rev. chil obstet ginecol. 2006;69(3):219-226.
15. Laviña AB. Relación Depresión posparto y Prácticas del parto recomendadas en la Estrategia de atención al parto normal. NURE Inv. 2013;10(63):8-21.
16. Salazar R. Puerperio inmediato y precoz. Rev. Esp. Salud Pública. 2007;76(5): 21-30.
17. Avellaned RB, Lupión SD, Fernández R. Asistencia a la puérpera en su estancia hospitalaria. Matronas Prof. 2013;14(1):14-20.
18. Bezares B, Sanz O, Jiménez I. Patología puerperal. An. Sist. Sanit. Navar. 2009;32 (1): 169-175.
19. Bohórquez OA, Rosas A, Juliana L, Yolanda R. Seguimiento de enfermería a la madre y al recién nacido durante el puerperio: traspasando las barreras hospitalarias. Avances en enf. 2009;27(2):139-149.
20. Frade J, Pinto C, Carneiro M. Ser padre y madre en la actualidad: repensar los cuidados de enfermería en el puerperio. Matronas Prof. 2013;14(2):45-51.
21. Salazar I, Sainz JA, García E, Marrugal V, Garrido R. Influencia de la visita puerperal temprana en la detección y evolución de la depresión posparto. Prog Obstet Ginecol. 2011;54(2):65-70.

22. Orejarena SJ. Trastornos afectivos posparto. *Med UNAB*. 2007;7(20):134-139.
23. Viloutaa M, Álvarez E, Borrajoa E, González A. Depresión en el posparto inmediato: factores de riesgo. *Clin Invest Gin Obst*. 2006;33(6):208-211.
24. Delgado E, Hidalgo MD, Blanco A. Experiencia de la puesta en marcha de un taller posparto. *Hygia Enf*. 2013;82(5):53-58.
25. Zietlow AL, Kim Schluter M, Nonnenmacher N, Muller M, Reck C. Maternal Self-confidence Postpartum and at Pre-school Age: The Role of Depression, Anxiety Disorders, Maternal Attachment Insecurity. *Matern Child Health J*. 2014;14(4):8-16.
26. Contreras H, Mori E, Lam N, Luna M. Evaluación de la salud mental de madres puérperas con recién nacidos de bajo peso al nacer. *Rev. peru. epidemiol*. 2011;15(1):1-7.
27. Romero G, Rocha D, Ruiz AS. Resultados de la aplicación de la escala de Hamilton modificada en el diagnóstico de ansiedad materna durante el puerperio inmediato. *Ginecol Obstet Mex*. 2013;81(4):180-185.
28. Delgado E, Hidalgo MD, Blanco A. Experiencia de la puesta en marcha de un taller posparto. *Hygia Enf*. 2013;82(5):53-58.
29. Montero MG, Gómez A, Montero MM. Manejo de la ansiedad: Del agobio a la tranquilidad por mediación de Jacobson. *Hygia Enf*. 2013;82(5):5-12.
30. Arranz LC, Aguirre W, Ruiz J, Gaviño S, Cervantes JF, Carsi E, et al. Enfoque multidisciplinario en la depresión posparto. *Ginecol Obstet Mex*. 2008;76(6):341-348.
31. Mosteiro MP, Díaz E, Fernández A, Morán D, Pellico A, Villaverde S. Depresión puerperal y percepción del parto. *Toko-Gin Pract*. 2009;60(2):59-64.
32. Jadresic ME. Depresión en el embarazo y el puerperio. *Rev. chil. neuro-psiquiatr*. 2010;48(4):269-278.

33. Sierra JM, Carro T, Ladrón E. Variables associated with the risk of postpartum depression, Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Aten Primaria*. 2002;30(2):103-111.
34. Rojas G, Fritsch R, Guajardo V, Rojas F, Barroilhet S, Jadresic E. Characterization of depressed mothers in the postpartum. *Rev Med Chil*. 2010; 138(5): 536-542.
35. Luna ML, Salinas J, Luna A. Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. *Rev Panam Salud Publica*. 2009;26(4):310-314.
36. Farías RM, Wenk W, Cordero V. Adaptación y validación de la Escala Highs para la detección de sintomatología hipomaniaca en el puerperio. *Trastor. Ánimo*. 2007;3(1):27-36.
37. Contreras H, Mori E, Lam N. El Blues Materno, contextualización, definición y presentación de un instrumento de evaluación. *Rev peru epidemiol*. 2011;15(2):1-3.
38. Shu-Yu Kuo, Su-Ru Chen, Ya-Ling Tzeng. Depression and Anxiety Trajectories among Women Who Undergo an Elective Cesarean Section. *Plos ONE*. 2013;4(1):1-8.
39. Haran C, Driel M, Mitchell B, Brodribb W. Clinical guidelines for postpartum women and infants in primary care—a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2014;14(51):1-9.
40. Pinto M. Importancia de la intervención enfermera en la práctica del Método Madre Canguro (MMC), y sus beneficios. *Documentos enf*. 2013;16(51):17-22.
41. Rivara G, Rivara P, Cabrejos K, Quiñones E, Ruiz K, Miñano K et al. Contacto piel a piel inmediato: efecto sobre el estado de ansiedad y depresión materna posparto y sobre la adaptabilidad neonatal hacia la lactancia materna precoz. *Rev peru pediatr*. 2007;60 (3):140-150.

42. Arivabene JC, Rubio MA. Kangaroo Mother Method: Mothers' Experiences and Contributions to Nursing. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2010;18(2):262-268.
43. NANDA. Diagnósticos enfermeros. Definición y clasificación: 2009-2011. Madrid: Elsevier 2009.
44. Pesut D, Herman J. Clinical reasoning the art and science of critical and creative thinking Delmar Albany; 1999.
45. Milena A, Madalena AC, Estanislau C, Rodríguez JL, Días H. Ansiedad y miedo: su valor adaptativo y maladaptaciones. *Rev Latinoamericana de Psicología*. 2007;39(1):75-81.
46. Lynda Juall Carpenito Moyet Planes de cuidados y documentación clínica en enfermería. Madrid. 4º Ed. Mc Graw Hill-Interamericana. 2005.
47. León I, Rodríguez G, Segura A, Pérez L, Atienza AM. Complicaciones posoperatorias en la operación cesárea sin sutura del plano peritoneal. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2010;36(3):30-34.
48. Vialat V, Marchena JJ, Hernández H, De la Rosa R. Infección de los sitios quirúrgicos: estudio de 1 año. *Rev Cubana Pediatr*. 2008; 80(1):27-31.
49. Moorhead S, Johnson M, Maas M L, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Barcelona, 4º Ed. Elsevier. 2009.
50. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey J. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Barcelona. 5º Ed. Elsevier. 2009.
51. Soriano J. Estudio cuasi-experimental sobre las terapias de relajación en pacientes con ansiedad. *Enferm. glob*. 2012;11(26):39-53.
52. Pinho AP, Pamplona VL, García CM. Sentimientos y percepciones de mujeres en el ciclo embarazo-puerperio que sobrevivieron a una morbilidad materna grave. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2010;18(6):18-26.

53. Sánchez F, Suárez T, Caballero A. Mentiras en el Entorno Laboral: Efectos sobre la Confianza y el Clima Relacional y Afectivo. Rev psicol trab organ. 2011;27(3):191-203.
54. Cassella CB, Gómez VG, Maidana D. Puerperio normal. Revista de Posgrado de la Cátedra Vía Medicina. 2006;100(2):2-6.
55. ManGregor L. La infección de las heridas en la práctica clínica. Medical Education Partnership (MEP). 2008; 332:1-10.
56. Cerda L. Lactancia materna y gestión del cuidado. Rev Cubana Enfermer. 2011;27(4):327-336.

9. ANEXOS

9.1. Anexo 1:

Tabla 3: Escala de depresión de Edimburgo (EPDS)

Escala de depresión de Edimburgo (EPDS)

1. *He podido reír y ver el lado bueno de las cosas:*

- 0 Tanto como siempre
- 1 No tanto ahora
- 2 Mucho menos
- 3 No, no he podido

2. *He mirado al futuro con placer:*

- 0 Tanto como siempre
- 1 No tanto ahora
- 2 Mucho menos
- 3 No, no he podido

3. *Me he culpado sin necesidad cuando las cosas marchaban mal:*

- 0 Sí, casi siempre
- 1 Sí, algunas veces
- 2 No muy a menudo
- 3 No, nunca

4. *He estado ansiosa y preocupada sin motivo:*

- 0 No, nada
- 1 Casi nada
- 2 Sí, a veces
- 3 Sí, a menudo

5. *He sentido miedo o pánico sin motivo alguno:*

- 0 Sí, bastante
- 1 Sí, a veces
- 2 No, no mucho
- 3 No, nada

6. *Las cosas me agobian:*

- 0 Sí, casi siempre
- 1 Sí, a veces
- 2 No, casi nunca
- 3 No, nada

7. *Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultad para dormir*

- 0 Sí, casi siempre
- 1 Sí, a menudo
- 2 No, muy a menudo
- 3 No, nada

8. *Me he sentido triste y desgraciada:*

- 0 Sí, casi siempre
- 1 Sí, bastante a menudo
- 2 No, muy a menudo
- 3 No, nada

9. *He estado tan infeliz que he estado llorando:*

0 Sí, casi siempre

1 Sí, bastante a menudo

2 Sólo ocasionalmente

3 No, nunca

10. *He pensado en hacerme daño a mí misma:*

0 Sí, bastante a menudo

1 Sí, a menudo

2 Casi nunca

3 No, nunca

Fuente: *Artículo Depresión en el posparto inmediato: factores de riesgo* ²⁴