

PROPUESTA DE MEJORA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL PUERPERIO INMEDIATO EN LA UNIDAD DE PARTOS DEL CHN-B

Trabajo Fin de Grado de Enfermería

Autora:

CARLA ELORZ LÓPEZ

Tutora:

SARA SOLA CIA

upna

Universidad Pública de Navarra
Nafarroako Unibertsitate Publikoa

Facultad de Ciencias de la Salud

Curso académico: 2018-2019

Convocatoria de defensa: Mayo de 2019

RESUMEN

Durante las dos primeras horas de puerperio inmediato transcurren numerosos cambios y adaptaciones tanto en la madre como en el recién nacido que requieren de una vigilancia y control. Además, se trata de un periodo decisivo para la instauración de la lactancia materna y el establecimiento del vínculo madre-bebé mediante el contacto piel con piel. La estructura actual de la Unidad de Partos del Complejo Hospitalario de Navarra dificulta una vigilancia continua para la identificación temprana de posibles complicaciones, además de que no proporciona un ambiente adecuado para dicho contacto. Por ello, con el fin de mejorar la calidad de atención y prevenir la morbi-mortalidad materna y del RN, se realiza una búsqueda y revisión bibliográfica y se elabora una propuesta de mejora que protocolice la atención a este periodo adaptada a un plan reforma de la unidad y basada en la evidencia científica más actual.

Palabras clave: atención al puerperio inmediato, contacto piel con piel, lactancia materna.

Número de palabras: 10.345

ABSTRACT

During the first two hours of the immediate puerperium several changes and adaptations occur both to the mother and the new-born baby that require monitoring and control. Moreover, it is a crucial period for the establishment of breastfeeding as well as for the creation of mother-child bond through skin to skin contact. The structure of the Labour Unit of the hospital complex of Navarre complicates permanent monitoring which, in turn, hinders the early detection of potential complications. In addition, it does not provide an adequate atmosphere of such contact. Thus, with the aim of improving the medical care quality and preventing maternal and new-born baby morbi-mortality, a bibliographic search and review is executed and a proposal for improvements that regulate medical care during this period, adapted to a reform plan of the unit and based on current scientific evidence is elaborated.

Keywords: immediate puerperium care, skin to skin contact, breastfeeding.

Number of words: 10.345

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	4
2. OBJETIVOS	7
2.1. OBJETIVO PRINCIPAL.....	7
2.2. OBJETIVOS SECUNDARIOS	7
3. METODOLOGÍA.....	8
3.1. BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA.....	8
3.2. CRONOGRAMA	14
4. RESULTADOS.....	15
4.1. MARCO TEÓRICO	15
4.1.1. Cambios fisiológicos de la madre durante el puerperio inmediato	15
4.1.2. Adaptación del recién nacido a la vida extrauterina	19
4.1.3. Contacto piel con piel y lactancia materna	20
4.2. MARCO CONTEXTUAL	24
4.3. MARCO ÉTICO-LEGAL.....	25
4.4. SITUACIÓN DE LA UNIDAD DE PARTOS DEL CHN-B	27
5. DISCUSIÓN	29
6. CONCLUSIONES	33
7. PROPUESTA TEÓRICA: PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PUERPERIO INMEDIATO ...	34
8. AGRADECIMIENTOS	52
9. BIBLIOGRAFÍA	53
10. ANEXOS	58
10.1. Protocolo: Cuidados post analgesia obstétrica.....	58
10.2. Protocolo: Lactancia materna	62
10.3. Procedimiento contacto piel con piel tras el nacimiento en el CHN	65

1. INTRODUCCIÓN

El puerperio es definido como el periodo que comprende desde el final del parto, incluyendo el alumbramiento, hasta la completa regresión de los cambios locales o genitales y sistémicos que experimenta la mujer durante el embarazo, es decir, hasta la aparición de la primera menstruación, que tiene una duración aproximada de 6-8 semanas.¹

Por un lado, atendiendo al tiempo que transcurre desde el parto, se puede dividir en tres periodos sucesivos:¹

- **Puerperio inmediato:** las primeras 24 horas postparto.
- **Puerperio precoz:** desde el final del puerperio inmediato hasta los primeros 7-10 días postparto.
- **Puerperio tardío:** comienza con el final del puerperio precoz y abarca el tiempo necesario para la involución completa de los órganos genitales y el retorno de la mujer a su condición pregestacional. Su final coincide con la aparición de la primera menstruación.

Por otro lado, atendiendo al tipo de evolución que puede tener el puerperio, se puede clasificar en:¹

- **Puerperio fisiológico:** su evolución es normal y no se encuentran signos de peligro.
- **Puerperio patológico:** la evolución se aleja de los parámetros normales y aparece alguna complicación.

Por último, desde el punto de vista funcional se puede distinguir entre:¹

- **Puerperio hospitalario:** comprende el periodo del puerperio en que la púérpera es atendida en el centro hospitalario, que suele ser de 2-3 días en partos vaginales y 5 días en cesáreas; por lo que incluye el puerperio inmediato y parte del puerperio precoz.
- **Puerperio domiciliario:** incluye todo el periodo del puerperio que continúa tras el alta hospitalaria, es decir, parte del precoz y el tardío.

Se trata de un periodo crítico tanto para la puérpera como para el recién nacido (RN), especialmente el puerperio inmediato, donde existe un riesgo de desarrollar complicaciones potencialmente graves.

Para el bebé, el nacimiento es un momento de transformación total: cambia su medio acuático por el aéreo, cambia su modo de respirar y oxigenarse de la circulación fetal a la respiración autónoma, cambia la temperatura exterior, etc. Además, recibe de una manera mucho más intensa cualquier estímulo óptico, acústico o táctil; se encuentra "desnudo" frente a un nuevo mundo. En las dos horas siguientes al parto, el RN se encuentra en el llamado periodo sensible, donde mantiene un estado de "alerta tranquila", se halla receptivo y activo. Por lo tanto, este momento es de vital importancia para una adaptación lo menos traumática posible del RN a la vida extrauterina. ²

En las puérperas, las primeras horas tras el parto son críticas ya que existe un riesgo de desarrollar complicaciones como hemorragias, atonía uterina, traumatismos o laceraciones, infecciones, inversión uterina, etc. Además, se producen multitud de cambios fisiológicos como la involución uterina, los entuertos, la expulsión de loquios, etc. Así como cambios cardiovasculares, respiratorios y endocrinos. ³

Según datos publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2015 se estimaron unas 303.000 muertes de mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos, siendo las siguientes complicaciones las causantes del 75% de dichas muertes: ⁴

- Las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto)
- Las infecciones (generalmente tras el parto)
- La hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia)
- Complicaciones en el parto
- Los abortos peligrosos

Prácticamente todas estas muertes se producen en países en vías de desarrollo, dado que, según datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE), en

España solamente fueron 13 las mujeres que murieron por causa del embarazo, parto y puerperio en el año 2017. ⁵

Se ha demostrado que la mayoría de estas muertes podrían haberse evitado mediante una atención especializada antes, durante y después del parto, dejando de manifiesto la importancia de un buen control por parte de los profesionales sanitarios en esta etapa de la vida de las mujeres. Además, un buen control en esta etapa y una atención más humanizada no solo previenen las complicaciones nombradas sino que también aumenta la satisfacción con la asistencia sanitaria obtenida por parte de los padres y madres. ⁴

En la Unidad de Partos del Complejo Hospitalario de Navarra (CHN) existe un protocolo de atención al parto que incluye el contacto piel con piel (CPP) en partos vaginales. Sin embargo, todavía no se ha desarrollado un protocolo de actuación para el puerperio inmediato. También existe una necesidad real de potenciar el espacio de la unidad, por lo que se ha planteado un proyecto de reforma para crear una sala de puerperio inmediato donde se podrán llevar a cabo todos los cuidados y controles necesarios a la madre y al RN en este periodo.

Mediante este trabajo se pretende realizar una propuesta de mejora para protocolizar la atención al puerperio inmediato en dicha sala, tanto de partos vaginales como de cesáreas, ofreciendo una atención más humanizada, potenciando el CPP y la LM y garantizando la seguridad tanto de las puérperas como de los RN.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO PRINCIPAL

Realizar una revisión bibliográfica para protocolizar y estandarizar la atención al puerperio inmediato en la unidad de partos del CHN-B, adaptándolo al proyecto de reforma de dicha unidad, con el fin mejorar la calidad de atención y prevenir la morbi-mortalidad materna y del RN.

2.2. OBJETIVOS SECUNDARIOS

- En los pacientes:
 - Aumentar la satisfacción con la asistencia obtenida.
 - Ofrecer un modelo de atención integral y más humanizado, donde se refuerce el vínculo entre la madre y su hijo, tanto en partos vaginales como en cesáreas.
 - Mejorar la adaptación del RN a la vida extrauterina y la recuperación de la puérpera tras el parto.
- En los profesionales:
 - Proporcionar a los profesionales sanitarios un protocolo de actuación estandarizado para la atención al puerperio inmediato y así disminuir la variabilidad de la atención y los cuidados.
 - Concienciar sobre la importancia de un control riguroso tanto de la puérpera como del RN durante las primeras horas tras el parto para evitar posibles complicaciones.
- En el entorno físico:
 - Rentabilizar el espacio y el tiempo de la unidad de partos del CHN.
 - Proponer un modelo de atención que se adapte a la propuesta de reforma de la Unidad de Partos del CHN.

3. METODOLOGÍA

3.1. BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Para obtener la documentación sobre el tema objeto de estudio se han utilizado diferentes fuentes de información dividiendo la búsqueda en 3 fases.

En la primera fase se realizó una búsqueda mediante las bases de datos científicas considerando su veracidad, objetividad, pertinencia y rigor científico y teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- Artículos publicados entre 2009-2019.
- Idioma de la publicación: inglés o español.
- De acceso libre.
- Palabras clave:
 - Puerperio inmediato (immediate puerperium)
 - Complicaciones postparto (postpartum complications)
 - Cuidados postparto (postpartum care)
 - Contacto piel con piel (skin to skin contact)
 - Lactancia materna (breastfeeding)
- Se emplearon el operador “y/and” para combinar las palabras, es decir, seleccionar artículos que trataran conjuntamente sobre las dos palabras clave utilizadas en la búsqueda (ej. puerperio y complicaciones) y el operador “o/or” para agrupar sinónimos, seleccionándose así artículos en los que aparecieran ambas palabras o términos (ej. puerperio o postparto).

La búsqueda realizada con la estrategia expuesta, arrojó un alto número de resultados (789 artículos) que se filtraron según unos criterios de exclusión establecidos:

- En primer lugar, se excluyeron los artículos cuyos títulos no tenían gran relación con el tema a estudio, descartando así un total de 706 artículos (83 seleccionados).

- En segundo lugar, de los artículos restantes, se excluyeron 13 por duplicidad en diferentes bases (70 artículos seleccionados).
- Tras una lectura completa de los 70 artículos, se excluyeron un total de 63 artículos por duplicidad de la información e irrelevancia de la misma respecto al tema a estudio. Por lo que finalmente se seleccionaron un total de 6 artículos.

En la "tabla 1" se muestran las bases de datos utilizadas para esta primera búsqueda y los artículos encontrados en cada una de ellas con los términos de búsqueda utilizados. En la última columna de la misma, se exponen los artículos seleccionados tras aplicar los criterios de exclusión expuestos anteriormente.

Tabla 1: Búsqueda bibliográfica en bases de datos

Base de datos	Términos de búsqueda	Artículos encontrados	Artículos seleccionados
Dialnet	Puerperio inmediato	39	– <i>Cuidados de enfermería durante el puerperio.</i> (Mimón I, Pérez E, Ros R, López VC. Enfermería integral: Revista científica del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia; 2011, vol. 93)
	Contacto piel con piel "Y" lactancia materna	23	– <i>El contacto precoz y su importancia en la lactancia materna frente a la cesárea.</i> (Otal S, Morera L, Bernal MJ, Tabueña J. Revista Matronas Profesión; 2012, vol. 13)
	Complicaciones postparto	52	– <i>Prevención de las hemorragias posparto con el manejo activo del alumbramiento.</i> (Martínez JM. Revista Matronas Profesión; 2009, vol. 10)
Elsevier	Cuidados postparto "Y" recién nacido	87	– <i>Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento.</i> (Sánchez M, Pallás CR, Botet F, Echániz I, Castro JR, Narbona E y Comisión de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología. Revista Anales de Pediatría de la Asociación Española de Pediatría; 2009, vol. 71)
Google Academic	Postpartum care "OR" puerperium care	412	– <i>Overview of postpartum care.</i> (Berens P. Wolters Kluwer; 2017)
Biblioteca Cochrane Plus	Skin-to-skin contact	176	– <i>Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants.</i> (Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Cochrane Database Syst; 2016)

Fuente: elaboración propia

En la segunda fase se utilizó la herramienta "Sirius" para realizar una búsqueda en el catálogo de la biblioteca de la Universidad Pública de Navarra (UPNA), aplicando los siguientes criterios:

- Palabras clave:
 - Obstetricia
 - Ginecología

- Enfermería de la mujer
- Enfermería maternoinfantil
- Se emplearon los operadores “y/and” y “o/or” con el mismo fin que en la primera fase de búsqueda.
- Año de publicación 2009-2019.
- Idioma: inglés o español.
- Tipo de recurso: libros.
- Acceso a texto completo online o en la biblioteca.
- Se excluyeron los libros que aportaban información menos específica respecto al tema y aquellos en los que existía duplicidad de los temas tratados en otros libros.

En la "tabla 2" se presenta un resumen de la búsqueda realizada en la biblioteca de la UPNA.

Tabla 2: búsqueda en la biblioteca de la UPNA

Palabras clave	Libros encontrados	Libros seleccionados
Enfermería de la mujer "o" enfermería maternoinfantil	41	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Enfermería de la mujer</i> (Torrens RM, Martínez C. Difusión Avances de Enfermería, 2ª edición; 2009) - <i>Enfermería maternoinfantil y neonatal. Compendio de técnicas.</i> (Bustos GG. Corpus; 2014)
Obstetricia "y" ginecología	21	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Obstetricia</i> (González J. Elsevier Masson, 7ª edición; 2018) - <i>Tratado de Ginecología y Obstetricia. Tomo 2: Medicina materno-fetal.</i> (SEGO. Editorial Médica Panamericana, 2ª edición; 2012)

Fuente: elaboración propia

En la tercera y última fase, la búsqueda se centró en las páginas web de las principales organizaciones relacionadas con la salud como son la OMS y el Sistema Nacional de Salud (SNS), y en otras más centradas con el área de ginecología y obstetricia, como la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) o la Asociación Española de Matronas (AEM).

En la "tabla 3" se resumen los criterios utilizados para esta búsqueda y los documentos que han sido seleccionados tras la misma.

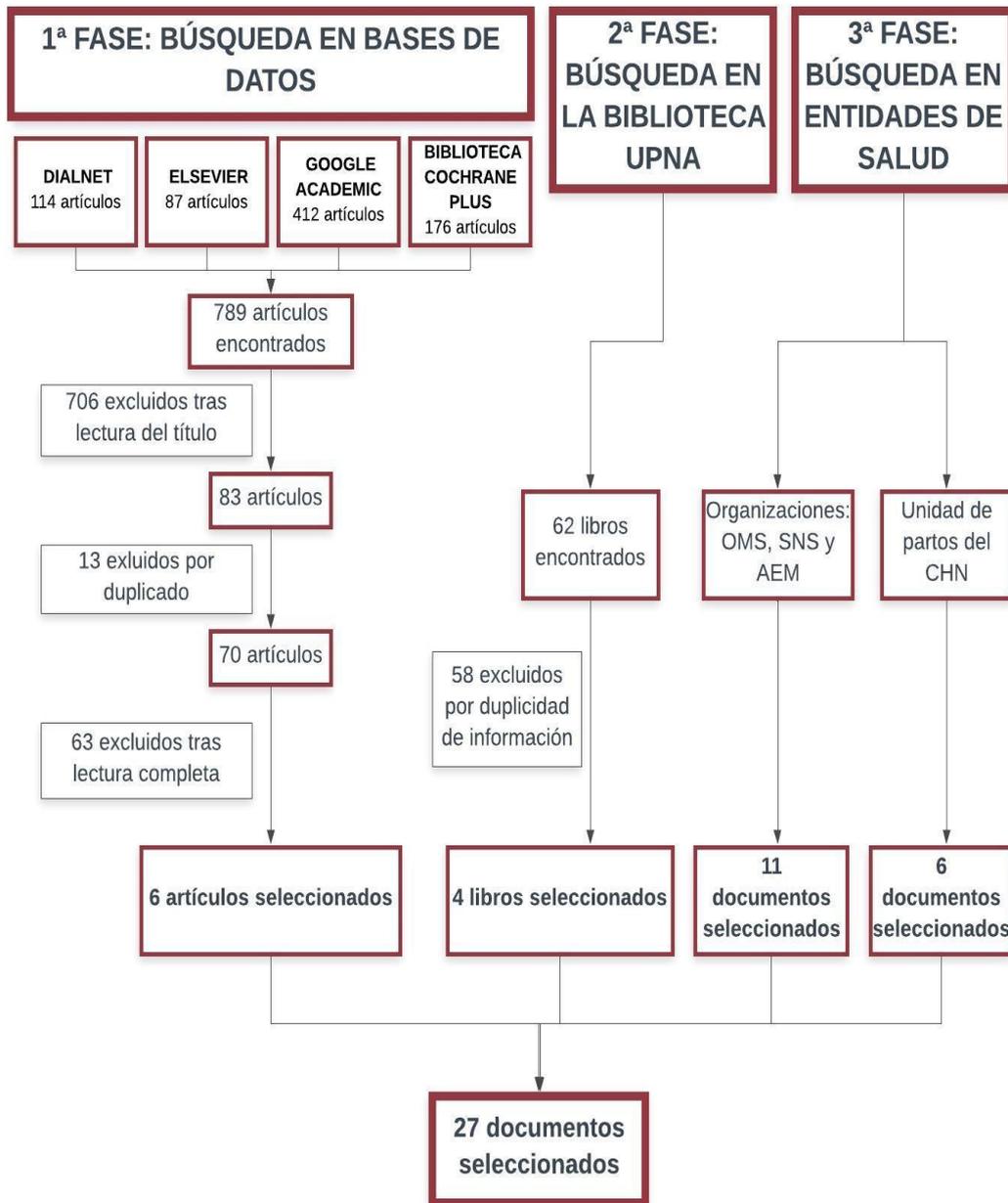
Tabla 3: búsqueda en entidades relacionadas con la salud

Criterios de búsqueda	Entidad	Documentos seleccionados
Palabras clave: – Puerperio inmediato – Atención al parto – Atención al postparto – Lactancia materna – Contacto piel con piel Idioma: español o inglés Acceso libre. Documentos actualizados.	OMS	<ul style="list-style-type: none"> – World Health Organization recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience; 2018. – Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services – the revised Baby-friendly Hospital Initiative; 2018. – Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services; 2017.
	SNS	<ul style="list-style-type: none"> – Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva; 2011. – Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud; 2007. – Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal; 2010. – Guía de Práctica Clínica de Atención en el Embarazo y Puerperio; 2014. – Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna; 2017. – Plan de parto y Nacimiento; 2009 – Estadísticas de Centros Sanitarios de Atención Especializada. Hospitales y Centros sin Internamiento. Año 2016; 2018.
	AEM	<ul style="list-style-type: none"> – Protocolo "Control y Alta Clínica puerperal a cargo de la matrona en la Unidad de Hospitalización Obstétrica"; 2016.
	CHN "intranet"	<ul style="list-style-type: none"> – Plan de cuidados estandarizado: Puerperio; 2015. – Plan de cuidados estandarizado: Cesárea; 2015. – Protocolo cuidados post-analgésia obstétrica; 2012. – Protocolo lactancia materna; 2015. – Guía de atención al parto de bajo riesgo en el CHN; 2016. – Procedimiento contacto piel con piel tras el nacimiento en el CHN; 2017.

Fuente: elaboración propia

Para finalizar, en la "figura 1" se muestra un diagrama de flujo donde se resume el proceso de búsqueda bibliográfica realizado y donde se encuentran todos los documentos utilizados para el trabajo.

Figura 1: resumen de la búsqueda bibliográfica



Fuente: elaboración propia

3.2. CRONOGRAMA

En la "tabla 4" se expone el cronograma temporal donde se resumen las diferentes fases para la elaboración del trabajo cronológicamente ordenadas, con las respectivas tareas a realizar en cada una de ellas.

Tabla 4: cronograma

	ACTIVIDAD	TAREAS Y RECURSOS	MESES
FASE DE PREPARACIÓN	Elección del tema del TFG.	Búsqueda bibliográfica preliminar sobre el tema y análisis de la situación.	Octubre
	Realización de la propuesta inicial.	Lectura de guías sobre diferentes tipos de TFG (planes de cuidados, revisiones bibliográficas, protocolos, propuestas de mejora...) y escoger la opción más adecuada para el tema elegido.	Noviembre Diciembre
	Búsqueda bibliográfica.	Búsqueda en bases de datos científicas (Cuiden, Biblioteca Cochrane Plus, Dialnet, Elsevier, Scielo y Medline (Pubmed)), en las principales organizaciones y fundaciones relacionadas con la salud y con el tema a tratar en concreto, en la unidad de partos del CHN y en libros recomendados.	Diciembre Enero
	Análisis de la bibliografía seleccionada.	Elaboración de un esquema con los puntos a tratar en el trabajo. Lectura en profundidad de los documentos seleccionados para la elaboración de cada uno de los apartados.	Enero Febrero
	Documento de propuesta de TFG	Desarrollo y entrega de un documento con el tema, objetivos, metodología, calendario y fuentes de información consultadas.	Febrero
FASE DE ELABORACIÓN	Redacción de los diferentes apartados del trabajo.	Desarrollo de los apartados elaborados en la fase anterior mediante los documentos seleccionados.	Marzo Abril Mayo
	Conclusiones.	Reflexión y desarrollo de conclusiones sobre el tema tratado.	Mayo
	Elaboración y preparación del póster para la presentación		Mayo
FASE DE ENTREGA	Entrega del TFG.		Mayo
	Presentación del TFG ante el tribunal.		Mayo

Fuente: elaboración propia

4. RESULTADOS

4.1. MARCO TEÓRICO

Durante el puerperio inmediato se produce la involución de los cambios que tienen lugar durante la gestación en todos los órganos y sistemas. Además, el recién nacido (RN) se adapta a la vida extrauterina y se instaura la lactancia materna (LM). Por todo ello, es necesario mantener un control riguroso tanto de la madre como del RN durante estas primeras horas tras el parto.

4.1.1. Cambios fisiológicos de la madre durante el puerperio inmediato

Durante el puerperio inmediato, las mujeres sufren multitud de cambios anatómicos y fisiológicos que necesitan de un control y una vigilancia exhaustiva, ya que aunque se trate de un fenómeno fisiológico, todos estos cambios regresivos y de readaptación pueden desembocar en estados patológicos.¹

Los principales cambios fisiológicos que sufren las púerperas en este periodo se pueden resumir en:^{2, 3, 6, 7, 8}

- Como mecanismo hemostático, durante el puerperio inmediato, el **útero** adquiere una formación y persistencia dura, leñosa y firme, ya que se contrae con el fin de que los vasos vasculares de la zona de inserción de la placenta se cierren mediante las llamadas "ligaduras vivientes de Pinard", formándose así el denominado "globo de seguridad de Pinard" y deteniendo el sangrado. En cuanto a la altura uterina, durante las primeras horas tras el parto el útero deberá ubicarse dos dedos por debajo del ombligo.
- Durante el puerperio existe una expulsión de **loquios**, exudados que provienen del útero formados por sangre, endometrio, restos epiteliales y microorganismos, en proporción variable: suelen ser más sanguinolentos y abundantes al principio y progresivamente van disminuyendo y adquiriendo un aspecto exudativo blanco-amarillento. Se deberán revisar sus características: la cantidad, el olor (un olor desagradable puede avisarnos de una posible infección) y el color (durante las primeras horas será de color rojo y con coágulos).

- Tras el parto, el **cuello uterino** permanecerá blando y dilatado.
- A nivel de la **vagina**, tras el parto, su mucosa continuará edematosa y su tamaño estará aumentado. En ocasiones pueden existir desgarros durante el parto, que habrán sido suturados mediante una episiorrafia o se habrán realizado episiotomías para evitar que estos se produzcan.
- En la **vulva** se podrán observar pequeñas excreciones fibrosas denominadas carúnculas mirtiformes, formadas por restos del himen.
- Durante el parto la **musculatura pélvica y abdominal** es sometida a una sobredistensión, y esto puede provocar desgarros musculares, hematomas perineales y diástasis de rectos. Una reparación correcta de los posibles desgarros anatómicos de la musculatura pélvica es fundamental para evitar futuros prolapsos y problemas de continencia.
- Tras el parto hay una pérdida de **peso** aproximada de 5-6 kg que corresponden al feto, la placenta y el líquido amniótico.
- En cuanto a la **piel**, tras el parto podrán aparecer petequias faciales y/o subconjuntivales por los esfuerzos del mismo que desaparecerán en pocos días, así como unas zonas de hiperpigmentación (areolas, línea alba, cloasma gravídico) que guiaran al recién nacido al pecho durante el contacto piel con piel.
- La **temperatura** no deberá sobrepasar los 38 °C.
- La **tensión arterial** podrá sufrir un ligero aumento, como consecuencia de la pérdida del territorio de baja resistencia que constituía el territorio útero-placentario. Del mismo modo, la **frecuencia cardiaca** aumentará en los casos en los que exista una hemorragia activa.
- En cuanto al **sistema urinario**, durante las primeras horas postparto el tejido vesical se encontrará edematoso e hipotónico como consecuencia de la hiperdistensión de la musculatura de la vejiga durante el parto y los efectos de la anestesia epidural, por lo que existe un riesgo de una menor sensibilidad ante una mayor presión y llenado vesical, mayor capacidad

vesical y una sobredistensión de la vejiga con incontinencia por rebosamiento y vaciamiento incompleto de la misma, pudiendo provocar una retención urinaria y una formación de globo vesical.

También existe una predisposición a la disuria y la cistitis por las lesiones periuretrales y los frecuentes sondajes vesicales durante el parto.

- A nivel **digestivo**, tras la reducción del volumen del útero se produce una rápida distensión abdominal y una hipotonía de la fibra muscular lisa, lo que favorece el estreñimiento y la aparición de espasmos cólicos por excitación del sistema parasimpático.
- Se restablece la **respiración** abdomino-costal y desaparece la tendencia a la alcalosis respiratoria.
- Tras el parto los niveles de **hormonas** ováricas e hipofisarias disminuyen, es decir, los estrógenos y la progesterona, y la hormona estimulante de folículos (FSH) y la hormona luteinizante (LH), respectivamente. En las dos primeras horas tras el parto, al iniciar la lactancia materna durante el contacto piel con piel, aumenta la secreción de oxitocina y de prolactina.

Estas dos primeras horas del puerperio inmediato son críticas para poder supervisar que estos cambios se van desarrollando de manera fisiológica y así diagnosticar rápidamente las variaciones de un puerperio normal y prevenir posibles complicaciones, siendo las siguientes las más frecuentes: ^{3,8}

- **Hemorragias:** la hemorragia puerperal se define como una pérdida sanguínea superior a 500 ml en parto vaginal, y más de 1000 ml en cesáreas. Sus principales causas son: la atonía uterina, traumatismos del canal del parto, retención de fragmentos placentarios y problemas de coagulación.

Se trata de la complicación más frecuente ya que la hemorragia postparto (HPP) primaria (dentro de las primeras 24h tras el parto), con una pérdida mayor de 1.000 mL, se produce en el 1-5% de los partos vaginales en los países desarrollados. ⁹

Las recomendaciones de las diferentes organizaciones y sociedades científicas, como la OMS, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), la Confederación Internacional de Matronas (ICM), la SEGO y la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME), abogan por la utilización de un manejo activo durante el alumbramiento, ya que la evidencia científica demuestra que el alumbramiento dirigido, es decir, la administración de uterotónicos, una tracción controlada del cordón umbilical y masajes uterinos después de la expulsión de la placenta, conlleva a un menor índice de hemorragia posparto, menor pérdida de sangre y una reducción de las transfusiones sanguíneas.⁹

- **Infecciones:** a pesar que durante las 2 primeras horas sea difícil diagnosticar una infección, se deberán vigilar y valorar: la presencia de dolor o de fiebre, el aspecto de las heridas del canal del parto o las de cesáreas, la colocación de sondas vesicales, las características de los loquios... que pueden ser indicativos de una futura infección.
- **Preeclampsia:** se deberá prestar especial atención a las mujeres ya diagnosticadas durante el embarazo, aunque también se puede desarrollar tras el parto, por lo que durante estas dos horas, se deberá vigilar la tensión arterial cada 30 minutos en partos vaginales y cada 15 minutos en caso de cesáreas.
- **Enfermedades tromboembólicas:** tras el parto puede aparecer una tromboflebitis, flebotrombosis o una trombosis venosa profunda como consecuencia de la estasis venosa que viene determinada por la desaparición de los cambios hemodinámicos desarrollados durante el embarazo y por las modificaciones hematológicas que se producen después del alumbramiento como mecanismo de hemostasia. Existen factores predisponentes como la obesidad, la enfermedad cardíaca, una mayor edad de la mujer, etc.

Con el fin de apoyar a la madre en esta etapa y ayudar a los profesionales en la supervisión y el cuidado de la misma, se recomienda el acompañamiento de la mujer durante el parto y el puerperio por el padre o por la persona de su elección.¹⁰

4.1.2. Adaptación del recién nacido a la vida extrauterina

La transición del ambiente intrauterino a la vida extrauterina se realiza en la mayoría de los recién nacidos (RRNN) sin complicaciones y de forma rápida, mediante una serie de cambios en los órganos y sistemas que se producen tras el parto. Aun así, a pesar de que la mayoría de los RRNN sean capaces de realizar una adaptación al medio extrauterino adecuada, en un 20% de los nacimientos puede ser necesario algún tipo de intervención especializada para estabilizar o reanimar a un RN, a pesar de que no existan factores de riesgo perinatales. Por lo tanto, se deberá prestar una especial atención a los primeros minutos de vida del bebé para asegurar esta correcta adaptación.¹¹

Las adaptaciones que el RN afronta inmediatamente después del nacimiento son las siguientes:³

- El cambio de una oxigenación a través de la placenta hacia una respiración pulmonar.
- El paso de la circulación fetal (donde la sangre llega oxigenada al corazón a través de la vena umbilical que procede de la placenta y es devuelta desoxigenada a través de las dos arterias umbilicales) hacia la circulación pulmonar, para ello:
 - Hay un descenso de las resistencias pulmonares.
 - Se cierra el conducto arterioso.
 - Aumentan las resistencias sistémicas al cortar el cordón umbilical.
 - Se cierra el foramen oval.
 - Se cierra el conducto venoso.
- El cese de la función de la placenta como órgano de transporte de nutrientes hacia una alimentación gastro-intestinal.
- El cese de la función de la placenta como órgano de eliminación hacia el funcionamiento de los riñones e hígado que garantizan este proceso.

- El paso de un medio húmedo y con un temperatura de alrededor de 37°C, a un ambiente seco y más frío.

Generalmente, los RRNN con una correcta adaptación durante los primeros minutos de vida no suelen desarrollar complicaciones durante el puerperio inmediato, por lo que los profesionales deberían intervenir solo para corregir desviaciones de la normalidad y para favorecer un clima de confianza, seguridad e intimidad, mediante el respeto de la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres y sus hijos.^{12,13}

Aun así, se deberá verificar que el RN mantiene una termorregulación adecuada, ya que es muy susceptible a la pérdida de calor por su gran superficie corporal en relación con su peso, su piel delgada y su escasa capa de grasa subcutánea, que le proporciona poco aislamiento; esta termorregulación suele mantenerse gracias al calor corporal de las madres que es transferido por el mecanismo de conducción durante el CPP.¹¹

También se vigilará y procurará la liberación de su vía aérea, informando a los padres y colocándolo en una postura que prevenga su obstrucción.¹¹

Por lo tanto, la capacidad del RN de mantener una temperatura normal y una frecuencia respiratoria y cardíaca normales indica que el proceso de adaptación se está realizando en condiciones normales, por lo que el resto de controles y actividades preventivas como la administración de vitamina K para la profilaxis de la enfermedad hemorrágica del RN y la profilaxis oftálmica para la oftalmia neonatal se posponen hasta finalizar el CPP.^{13,14}

4.1.3. Contacto piel con piel y lactancia materna

Se denomina contacto piel con piel (CPP) a la colocación del RN desnudo sobre el pecho materno, cubierto solamente por un gorro y una sábana precalentada.¹⁵

Respecto al tiempo deseable del CPP, su duración mínima debería ser de 50 minutos, aunque lo ideal sería mantener un CPP de 120 minutos dado que en las dos primeras horas tras el nacimiento, el RN está en alerta tranquila (periodo sensitivo) debido a la noradrenalina segregada durante el parto. Esta hormona

facilita el reconocimiento temprano del olor materno, aspecto importante para establecer el vínculo y la adaptación al ambiente postnatal durante el CPP. ¹⁵

Existe numerosa evidencia científica que avala que el CPP del RN con su madre de manera precoz, ininterrumpida y prolongada aporta grandes beneficios tanto para la madre como para el RN: ^{11, 15, 16}

- En los RN:
 - Favorece la termorregulación, reduciendo su consumo energético, disminuyendo el riesgo de hipoglucemia y mejorando su adaptación a nivel metabólico (menor índice de hipoglucemias y mejor equilibrio ácido-base).
 - Provoca un estado de relajación o alerta tranquila que se caracteriza por menos episodios de llanto y una frecuencia cardio-respiratoria más estable.
 - Ayuda a la maduración del sistema nervioso (activación de los sentidos, tacto, olfato, oído).
 - Favorece la estabilidad cardio-respiratoria y disminuye los episodios de apnea.
 - Favorece la colonización de los gérmenes maternos, presentando menor riesgo de infección.

- En las madres:
 - Contribuye a la liberación de oxitocina endógena y en consecuencia favorece la contractibilidad e involución uterina y previene de la hemorragia postparto.
 - Produce un aumento de su seguridad y destreza.
 - Disminuye los niveles de depresión a las 48 h postparto, incrementando su grado de satisfacción sobre la percepción del parto.

- Favorece la lactancia materna (LM), aumentando los niveles de prolactina y oxitocina.

- Estimula la eyección de calostro y el incremento de la temperatura de la piel de las mamas, proporcionando alimento y calor al RN.
- Permite el contacto ocular entre la madre y el RN, favoreciendo el establecimiento del vínculo afectivo.
- Contribuye a una recuperación del estrés del parto más rápida tanto en la madre como en el RN, reduciendo los niveles de cortisol en sangre.

Son numerosos los organismos nacionales e internacionales que avalan este primer CPP por sus múltiples beneficios.

La OMS recomienda el CPP desde 1998, además, señala que este contacto debe realizarse lo más pronto posible después del parto. ¹⁰

Otras instituciones como el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) también lo recomiendan en su Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal y en su Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. ^{17,18}

Dicho contacto también viene recomendado por la FAME en su documento de consenso sobre la iniciativa de parto normal. ¹¹

Por otro lado, en cuanto a la LM, se ha demostrado que tiene muchos beneficios tanto para la salud de la madre como la del niño. La OMS recomienda mantener una LM exclusiva durante los primeros seis meses de vida ya que la leche materna contiene todos los nutrientes que el niño necesita durante estos meses. Además, un inicio temprano de la LM, es decir, durante la primera hora de vida del RN, es importante para asegurar que este recibe el calostro, rico en factores de protección.¹⁰

Desde el año 1991 la OMS y UNICEF lanzaron la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN) para animar a los hospitales, y en concreto a las áreas de maternidad, a adoptar las prácticas que protejan, promuevan y apoyen la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento. ¹⁹

La IHAN proporciona un programa de acreditación para galardonar las maternidades con buenas prácticas en la promoción de la lactancia. Para obtener esta acreditación se deben cumplir los siguientes requisitos: ²⁰

- Cumplir los Diez Pasos para una Feliz Lactancia Natural.
- Cumplir el Código de Comercialización de Sucedáneos de leche materna.
- Tener al menos un 75% de lactancia materna exclusiva (desde el nacimiento hasta el alta).
- Ofrecer información y apoyo a las madres que deciden no amamantar.
- Ofrecer una asistencia al parto acorde con la Estrategia de Atención al Parto Normal del Sistema Nacional de Salud.

La acreditación se obtiene por fases a medida que se van cumpliendo estos requisitos: ²⁰

- Fase 1D: descubrimiento.
- Fase 2D: desarrollo.
- Fase 3D: difusión.
- Fase 4D: designación.

Además, mediante esta misma estrategia, hacen referencia a la necesidad de facilitar un CPP precoz en el cuarto paso de los "Diez pasos para una lactancia exitosa", así como en su declaración para la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna. ¹⁹

La LM y el CPP están directamente relacionados, ya que los estudios actuales indican que el CPP entre la madre y el RN inmediatamente después del nacimiento ayuda a iniciar la LM temprana y aumenta la probabilidad de mantener su exclusividad entre el primer y cuarto mes de vida así como su duración total. ²¹

Si el RN no es separado de su madre y se coloca en posición prono sobre el vientre materno, sin ropa, se observará que él mismo reptará hasta el pecho de su madre haciendo una succión correcta en unos 70 minutos, en el 90% de los casos, lo que propiciará una mayor duración de la LM. ¹⁶

4.2. MARCO CONTEXTUAL

Actualmente el parto es la causa más frecuente de ingreso en los hospitales españoles. En el año 2016 se atendieron un total de 404.542 partos en toda España, de los cuales 304.142 fueron por vía vaginal y 100.400 por cesárea, es decir, un 24,82%. Concretamente en Navarra, en el año 2016 se registraron un total de 5.728 partos, de los cuales un 16,4% fueron cesáreas.²²

Sin embargo, el parto es un proceso natural, fisiológico, que en las últimas décadas, se ha ido convirtiendo en un acto meramente hospitalario en el que se realizan una gran variedad de intervenciones médicas, muchas veces innecesarias. De este modo, se ha ido perdiendo esta naturalidad del proceso de parir, con las prisas, las técnicas invasivas, las luces intensas, los ruidos y la separación temprana del recién nacido de su madre. En muchas ocasiones, todas estas prácticas nos han llevado a despersonalizar y deshumanizar la atención al parto, a la mujer, al RN y a su familia.

10,23

Durante los últimos años se está produciendo un cambio conceptual en la asistencia al proceso de parto y puerperio, teniendo como eje fundamental y centro de la atención a la propia gestante, dejando que sea ella quien decida sobre su salud y considerando que dicha asistencia debe basarse en los principios de humanización además de los de seguridad y salud de la madre y del RN.¹⁴

La tecnología, muchas veces necesaria para mantener la salud materno-infantil, conduce paradójicamente a una pérdida de intimidad e intervencionismo durante el parto y el puerperio, creando una atmósfera y un escenario totalmente mejorables. Por ello, se está intentando humanizar el proceso de parto con el fin de canalizar y dar respuesta, por un lado, a la demanda social actualmente existente y, por el otro, a asegurar la salud de los pacientes.²⁴

Por lo tanto, se promueve una atención con el mínimo intervencionismo necesario para garantizar la salud y bienestar de la madre y del RN, actuando solo para corregir desviaciones de la normalidad, respetando el proceso fisiológico del parto y puerperio, favoreciendo un clima de confianza, seguridad e intimidad, asegurando la privacidad, dignidad y confidencialidad de las mujeres y ofreciendo unos cuidados

personalizados a cada una de ellas, donde puedan tomar sus propias decisiones y se sientan protagonistas. ¹¹

4.3. MARCO ÉTICO-LEGAL

La práctica en el campo de la medicina conlleva para el profesional el deber de actuar en base a unos principios, valores, actitudes, derechos y deberes. Todas las prácticas enfermeras deberán respetar la deontología profesional, así como el Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina (Convenio de Oviedo), del 4 de abril de 1997 y el Código Deontológico de la Enfermería Española. ²⁵

Así mismo, deberán respetarse los principios fundamentales de la bioética planteados por Beauchamp y Childress, que son universalmente conocidos: ²⁶

- **Principio de autonomía:** es la capacidad que tienen los seres humanos para pensar, sentir y emitir juicios sobre lo que consideran bueno, es decir, la toma de decisiones que afecten a su salud de manera libre. La obligación moral del personal sanitario es afianzar una relación humanizada de confianza ofreciendo situaciones lo más confortables posibles. Un ejemplo del principio de autonomía es el consentimiento informado. Para que un paciente pueda otorgarlo es necesario que se cumplan los siguientes factores:
 - Competencia (legalmente sólo la tienen los adultos).
 - Información clara y sencilla, adecuada al nivel sociocultural del paciente.
- **Principio de no maleficencia:** es el principio más básico de la ética, que obliga al personal sanitario a no perjudicar al paciente. En caso de urgencia obstétrica y sin opción de saber la opinión de la mujer, el personal sanitario está obligado a tomar la decisión oportuna y actuar según su juicio profesional.
- **Principio de beneficencia:** establece proporcionar el máximo beneficio posible al paciente.

- **Principio de justicia:** establece la distribución de los recursos sanitarios entre todos los miembros de la sociedad de una manera justa. El personal sanitario es responsable de defender el derecho que toda mujer tiene de acceder a la mejor atención sanitaria posible, ofreciéndole una atención de calidad e igualitaria.

En cuanto al marco legislativo se refiere, la ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica asegura que todo paciente o usuario tenga derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles. ²⁷

En 2007 el Ministerio de Sanidad y Consumo, con una gran participación institucional, de sociedades científicas, de personas expertas y de asociaciones ciudadanas elaboró la “Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud” (EAPN) realizando una revisión de la evidencia disponible y de las recomendaciones e indicadores en relación con algunas prácticas clínicas relacionadas con el parto. ¹⁴

Mediante esta estrategia, se pretende impulsar un cambio en el modelo de atención al parto, basado en la evidencia científica y atento a las necesidades de la mujer y del RN, respetando la fisiología del parto y del nacimiento, con el menor intervencionismo posible y defendiendo la personalización de la atención y el principio de autonomía de las mujeres. ¹⁴

El principio de autonomía se ejerce mediante el "Plan de Parto y Nacimiento", donde las mujeres pueden expresar sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas sobre el proceso de parto y nacimiento. ²⁸

Asimismo, el Ministerio de Sanidad y Política Social (MSPS) encargó la elaboración de instrumentos técnicos para acompañar el desarrollo de la EAPN, de acuerdo con el Plan de Calidad para el SNS:

- Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.
- Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna.

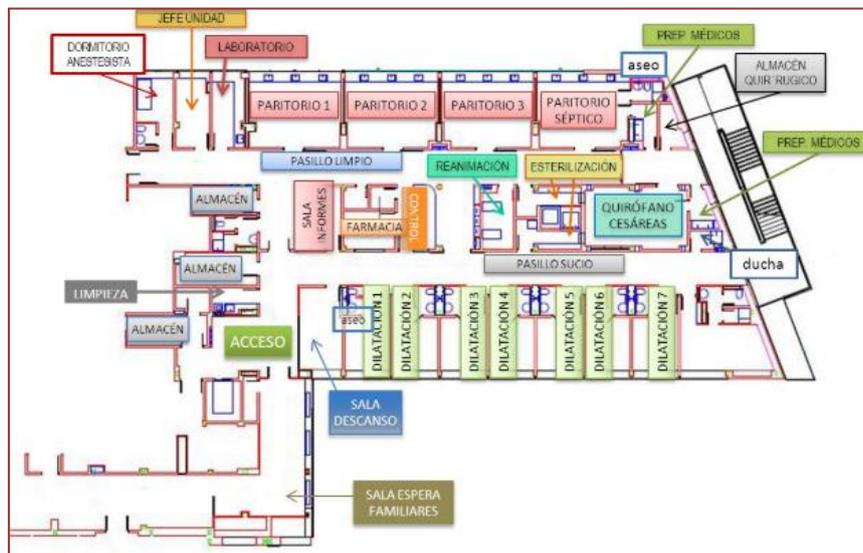
- Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal.
- Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio.

4.4. SITUACIÓN DE LA UNIDAD DE PARTOS DEL CHN-B

En el Servicio de Partos del CHN-B se atendieron durante el año 2018 un total de 3636 partos, de los cuales 522 (14,3%) fueron cesáreas. Por lo tanto, se atienden una media de 10 partos al día.

Como se puede observar en la "imagen 1", el servicio dispone de 7 salas de dilatación que en el año 2017 fueron acondicionadas para la atención de un parto de bajo riesgo. Además, dispone de tres paritorios normales y de dos quirófanos totalmente equipados (uno de ellos el antiguamente llamado "paritorio séptico") para la atención de cesáreas o partos complicados que puedan requerir de alguna intervención quirúrgica, así como de dos cunas de reanimación para los recién nacidos que lo requieran y una sala de pH.

Imagen 1: Plano de la Unidad de Partos



Fuente: Intranet del Servicio Navarro de Salud

En cuanto a los recursos humanos, en cada turno la unidad dispone de 5 matronas, 4 auxiliares en los turnos de mañana y 3 en los turnos de tarde y noche y un celador por cada turno. El número de ginecólogos varía según el turno: durante las mañanas la unidad está cubierta por 2 ginecólogos y un residente de ginecología, mientras

que por las tardes y las noches, la unidad dispone de 3 ginecólogos y 1 residente de ginecología encargados de atender todo el servicio materno-infantil.

En cuanto a los partos vaginales, las mujeres pueden dar a luz en las salas de dilatación o en los paritorios. Una vez que el bebé ha nacido, se inicia el CPP mientras se procede con el alumbramiento. Una vez concluido el parto, la mujer es movilizadada a la cama que utilizará durante toda su estancia en el hospital y con la que subirá a planta al finalizar dicho CPP.

Cuando el parto es atendido en una de las salas de dilatación y la mujer es trasladada a la nueva cama, no queda espacio suficiente para sacar la cama en la que ha dado a luz, por lo que se deja en la sala. Por el contrario, cuando las mujeres dan a luz en los paritorios, no siempre hay opción de respetar las dos horas de CPP ya que en ocasiones se necesita ese paritorio para atender otro parto. Por lo que las circunstancias de la unidad no favorecen un ambiente adecuado para el establecimiento de la vinculación entre la madre y el RN y el inicio de la LM.

En las cesáreas, una vez terminada la intervención quirúrgica en el quirófano, se separa a la madre del RN y se lleva a la Unidad de Recuperación Post-Anestésica (URPA), a pesar de que actualmente las cesáreas se realicen mediante anestesia epidural y las madres estén despiertas y totalmente capacitadas para realizar un CPP.

La estructura actual de la Unidad de Partos del CHN no solo interviene y repercute al CPP y por consiguiente, a la instauración de la LM, sino que también dificulta un buen control tanto de la puérpera como del RN en las dos primeras horas tras el parto, que son críticas para la detección de una posible complicación.

Por todo esto, se ha elaborado una propuesta de reforma con el fin de construir una sala para la atención al puerperio inmediato, donde se pueda proporcionar un ambiente adecuado para la realización del CPP y donde se pueda facilitar el control de todas las puérperas y RRNN al mantener una supervisión continua de los mismos.

5. DISCUSIÓN

En los últimos años ha habido un cambio de paradigma en cuanto a la atención al parto dentro del régimen hospitalizado, dejando atrás un modelo de atención intervencionista, con prácticas rutinarias innecesarias, la separación temprana de la madre y el bebé, la escasa o nula participación del padre y la consideración de la madre como sujeto pasivo del proceso del parto.¹⁷

En la actualidad nos encontramos ante un modelo de atención biopsicosocial, que intenta ofrecer una atención humanizada, generando un espacio familiar donde la madre y el bebé sean los protagonistas y tratando que el nacimiento se desarrolle de la manera más natural posible. Se trata, en definitiva, de lograr una experiencia de parto positiva, definida por la OMS como *"aquella experiencia que cumple o supera las expectativas personales o socioculturales relacionadas con el proceso del parto; esto incluye dar a luz a un bebé sano en un ambiente seguro desde el punto de vista clínico y psicológico y contar con apoyo práctico y emocional continuo, es decir, estar acompañada en el momento del nacimiento y ser asistida por personal amable y con competencias técnicas adecuadas."* Para ello, es necesario que las mujeres participen en la toma de decisiones, alcanzando así un sentido de logro y control personales.¹⁰

Numerosos estudios muestran los beneficios de una atención más humanizada, donde se respete la fisiología del parto, el CPP, la LM y se eviten intervenciones innecesarias.^{11,15}

En el año 1991 la OMS y UNICEF, crearon la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN) para impulsar una atención más humanizada y promover la LM.¹⁹

El sistema de salud español, mediante la Estrategia de Atención al Parto Normal pretende dar solución a los problemas que guardan relación con la calidad de la atención al parto y la participación y protagonismo de las mujeres en el mismo. Además, mediante una guía de práctica clínica se intenta facilitar su implementación por matronas, obstetras, pediatras, enfermería y demás profesionales implicados en la atención a las mujeres en el parto y puerperio.^{14,17}

Además, mediante el Plan de Parto y Nacimiento se permite a las mujeres elegir sobre diferentes cuestiones relacionados con su parto y puerperio: acompañamiento, postura durante el parto, manejo del dolor, CPP, etc.²⁸

El servicio del Complejo Hospitalario de Navarra (CHN) ha ido cambiando poco a poco para adaptarse a este modelo de atención. Hace años que se revisó el protocolo de atención al parto normal incluyendo el CPP; sin embargo, aún quedan aspectos a mejorar.

En lo que al CPP se refiere, a pesar de que en la actualidad los partos por cesárea se realicen con anestesia epidural y que no exista ninguna imposibilidad para que se realice el CPP, en el CHN todavía se sigue separando a la madre del RN, imposibilitando dicho contacto.

En cuanto a la LM, en abril de 2019 el Gobierno de Navarra creó la Comisión de Lactancia, formada por 15 profesionales con responsabilidad en la gestión de las unidades de cuidados materno-infantiles. Aun así, el CHN todavía está a la espera de que se le conceda el certificado de la fase 1D de acreditación IHAN. Esto muestra que todavía es necesario implantar medidas para el apoyo y la promoción de la lactancia.²⁹

Además, la estructura actual de la Unidad de Partos del CHN no proporciona un ambiente adecuado para la atención al puerperio inmediato, donde son necesarios una tranquilidad e intimidad para poder favorecer el establecimiento del vínculo madre-bebé y la instauración de la LM durante el CPP.

Por todo ello, se realiza una propuesta de mejora que ofrezca un modelo de atención integral de las puérperas y recién nacidos, tanto en partos vaginales como en cesáreas, respetando el nuevo paradigma de la atención al parto y puerperio y potenciando el CPP y la LM.

En la "tabla 5" se muestra un análisis de la situación mediante la estrategia DAFO que señala las principales fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas que se han encontrado para el desarrollo del presente trabajo.

Tabla 5: Análisis DAFO

ANÁLISIS INTERNO	ANÁLISIS EXTERNO
<p><u>Fortalezas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Alto interés del personal. - Recursos humanos suficientes - Ausencia de un protocolo de atención al puerperio inmediato. - Necesidad de ofrecer un ambiente adecuado para la realización del CPP 	<p><u>Oportunidades:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Extensa bibliografía sobre el tema con abundante evidencia científica. - Protocolo adaptado a las guías del SNS y recomendaciones de la OMS.
<p><u>Debilidades:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Gran número de personal y rotación del mismo que dificulta la implantación del protocolo. - Creencias erróneas sobre la atención y cuidados a administrar en el puerperio inmediato 	<p><u>Amenazas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Recursos limitados para la realización de la sala de puerperio inmediato y la implantación del protocolo.

Fuente: elaboración propia

Dentro de las fortalezas del trabajo se encuentra el alto interés que muestra el personal de la unidad de partos del CHN respecto al tema en estudio; además, los actuales recursos humanos de la unidad serían suficientes dado que no sería necesario ampliar el número de personal de la unidad para la implantación de la mejora. Otras fortalezas serían la ausencia de un protocolo en dicha unidad para la atención al puerperio inmediato y la necesidad de ofrecer un ambiente adecuado para el CPP.

Una de las principales debilidades del trabajo es la falta de espacio en la Unidad de Partos, ya que no hay un lugar concreto para el control de las puérperas y de los recién nacidos, por lo que es imprescindible la construcción de una sala dirigida al puerperio inmediato para la implantación del presente trabajo. El gran número de personal que trabaja en la unidad de partos y el alto nivel de rotación del mismo también es una debilidad, ya que esto dificulta la implantación del protocolo dado que es necesaria una implicación y un compromiso por parte de todos estos

trabajadores. Por último, otra debilidad del trabajo son las creencias erróneas que actualmente todavía existen, aunque en menor medida, sobre la necesidad de realizar una valoración cuidadosa del estado general del RN: pesarlo, medirlo, administrar la profilaxis de la conjuntivitis neonatal y de la enfermedad hemorrágica del recién nacido (vitamina K)... a pesar de que la evidencia científica ya ha demostrado que todas estas actuaciones se pueden posponer y que no se debe interrumpir el CPP.

La alta evidencia existente sobre el tema en estudio es una de las principales oportunidades del trabajo, ya que se ha encontrado una extensa bibliografía sobre el puerperio, el CPP y la LM; además, la presente propuesta se ha elaborado en base a las guías, protocolos y recomendaciones redactadas por los organismos más relevantes relacionados con la salud, como la OMS, SNS y UNICEF.

También se debe tener en cuenta la escasez de recursos para llevar a cabo el proyecto de reforma de la unidad para la realización de la sala de atención al puerperio inmediato, dado que podría suponer una amenaza para la implantación de la propuesta.

Para finalizar, en cuanto a las futuras mejoras en la atención, sería interesante profundizar en la educación tanto de la madre como de su acompañante respecto al CPP, la LM y los cuidados durante el puerperio. Para ello, sería interesante elaborar un folleto que se repartiría a todas las puérperas con la información más relevante respecto al tema y las principales recomendaciones a seguir.

6. CONCLUSIONES

- Durante las 2 primeras horas tras el parto se produce la adaptación del RN al medio extrauterino, se inicia la Involución de todos los cambios que suceden durante el embarazo y se instaura la LM.
- Es importante mantener un riguroso control tanto de la puérpera como del RN en estas horas para realizar una detección temprana de posibles complicaciones.
- La evidencia científica nos muestra que el CPP tiene múltiples beneficios tanto para la madre como para el RN, por lo que será necesario respetar este contacto y favorecer un ambiente adecuado para el mismo.
- Dicho CPP es crucial para la instauración de la LM y durante este periodo se realizará la primera toma de manera espontánea.
- La estructura actual de la Unidad de Partos del CHN dificulta el control en este periodo y no favorece un ambiente adecuado para el CPP.
- La creación de un espacio físico para la atención al puerperio inmediato facilitaría el trabajo al personal de la unidad y proporcionaría un ambiente tranquilo y apropiado para este periodo.
- Mediante la creación de dicha sala se solucionaría el problema actual de falta de espacio en la unidad ya que se dejarían disponibles las salas de dilatación y los paritorios una vez que la mujer ya haya dado a luz.
- Se comenzaría a ofrecer el CPP a las puérperas tras cesaría.
- El desarrollo de un protocolo de atención al puerperio inmediato, actualmente inexistente, facilitaría el trabajo al personal y disminuiría la variabilidad de la atención y los cuidados.

7. PROPUESTA TEÓRICA: PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PUERPERIO INMEDIATO

ÍNDICE

7.1. JUSTIFICACIÓN	35
7.2. OBJETIVOS	35
7.3. PROFESIONALES A LOS QUE VA DIRIGIDO	35
7.4. POBLACIÓN DIANA.....	36
7.4.1. Criterios de acceso.....	36
7.5. RECURSOS.....	37
7.5.1. Recursos físicos	37
7.5.2. Recursos humanos.....	40
7.5.3. Recursos materiales.....	40
7.6. PROCEDIMIENTO.....	41
7.6.1. En la puérpera	41
7.6.2. En el recién nacido.....	44
7.6.3. Registro de actividades	44
7.6.4. Criterios de alta	46
7.7. PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO.....	47

7.1. JUSTIFICACIÓN

La atención al puerperio inmediato y el contacto piel con piel (CPP) ya es un hecho en el servicio de partos del CHN-B. Ahora es el momento de darle un impulso definitivo a estos servicios con la creación de una sala para la atención de las puérperas tanto de partos vaginales como de cesáreas y de sus bebés.

De este modo, se pretende mejorar la atención de este periodo, favorecer un clima de confianza, seguridad e intimidad y respetar la privacidad, dignidad y confidencialidad de las mujeres.

Para ello, se presenta este protocolo de actuación, que pretende guiar a los profesionales implicados en el cuidado de las puérperas y los recién nacidos para ofrecer una atención integral y humanizada durante este periodo.

7.2. OBJETIVOS

- Protocolizar la atención y los cuidados en el puerperio inmediato, basados en la evidencia científica más actual y en las recomendaciones de los organismos más prestigiosos en el ámbito de salud.
- Asegurar tanto el bienestar de la madre como del RN durante las dos primeras horas de puerperio inmediato, ofreciendo unos cuidados de mayor calidad, personalizados y humanizados.
- Garantizar el CPP entre madre y RN tanto en los partos vaginales como en las cesáreas en las que no existan contraindicaciones maternas ni del RN.
- Proporcionar un ambiente adecuado para dicho contacto que favorezca el establecimiento del vínculo madre-bebé.
- Potenciar la lactancia materna.

7.3. PROFESIONALES A LOS QUE VA DIRIGIDO

La aplicación de este protocolo forma parte de las competencias y responsabilidades de los profesionales de las distintas categorías implicados en la asistencia a las madres y sus recién nacidos durante el puerperio inmediato:

- Auxiliares de enfermería
- Enfermeras
- Matronas
- Neonatólogos
- Ginecólogos y Obstetras
- Anestesiastas
- Especialistas Internos Residentes (EIR y MIR) de las distintas especialidades implicados en la asistencia al binomio madre/RN.

Dirigido especialmente a las matronas y auxiliares de enfermería, que serán las encargadas del cuidado y control de las puérperas y los RRNN durante este periodo.

7.4. POBLACIÓN DIANA

Todas las mujeres y RRNN que tras dar a luz, cumplan los criterios de acceso para la entrada a la sala.

7.4.1. Criterios de acceso

- Puérpera tras parto vaginal o cesárea:
 - Hemodinámicamente estable.
 - Consciente y orientada.
 - Pérdidas sanguíneas dentro de los valores de referencia (<500ml en parto vaginal/ <1000ml en cesárea).
- RN a término o en pretérmino tardío (35-37 semanas):
 - Sin patología.
 - Valor mayor o igual a 7 en el test de Apgar al minuto 5.
 - Sin dificultades respiratorias.
- No patología materna ni fetal que impidan que el recién nacido permanezca junto a la madre/ padre o acompañante.

- El padre/acompañante debe comprometerse a permanecer junto a la madre y su RN, participando en los cuidados y supervisión durante el tiempo que permanezca en la SAPI.

7.5. RECURSOS

7.5.1. Recursos físicos

Para la implantación del presente protocolo será necesaria la construcción de la Sala de Atención al Puerperio Inmediato (SAPI) en la que se llevarán a cabo todas las actividades que se expondrán a continuación.

La sala constaría de 4 boxes dado que en la unidad se atienden una media de 10 partos/día y es poco probable que se necesiten más de 4 camas al mismo tiempo. Además, un mayor número de puérperas en la sala dificultaría el control de las mismas por parte de la matrona responsable. Cada uno de los boxes se separará con una cortina para ofrecer una mayor intimidad y un ambiente tranquilo a los pacientes.

Cada box estaría equipado con una torre de monitorización para poder tomar las constantes a la puérpera cada vez que sea necesario, y las tomas de oxígeno y de vacío. Además, también estarían dotados de un sofá para el acompañante.

En el medio de la sala se situaría el control de enfermería, de manera que facilite una visión general de toda la sala y así poder vigilar a las puérperas constantemente. También dispondría de un baño para la limpieza de las bacinillas o el material utilizado y por si acaso alguna mujer desea utilizarlo (siempre que el parto haya transcurrido sin anestesia epidural).

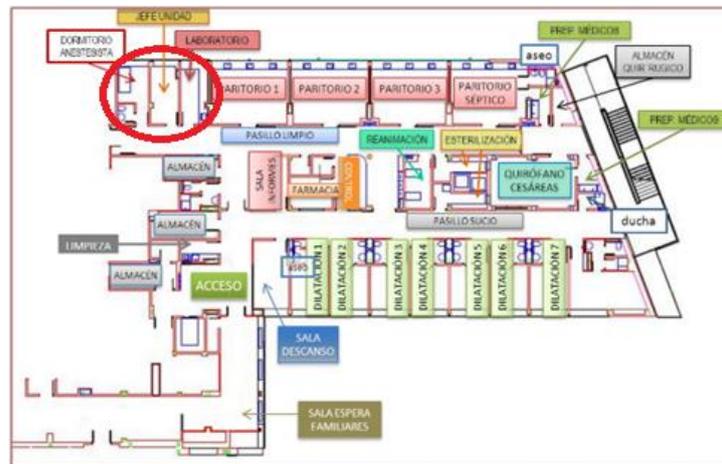
Para terminar, todo el material hospitalario y de lencería se almacenaría en unas estanterías y carros, teniendo que ser repuestos cada día con el material del almacén de la Unidad de Partos. Cerca del material estaría un lavabo para realizar la higiene de manos cuando sea necesaria.

Dada la estructura arquitectónica de la Unidad de Partos del CHN existen dos opciones para la colocación de dicha sala:

Opción 1:

Como se muestra en las "imágenes 2 y 3" la SAPI se ubicaría dentro de la unidad de partos, al lado de los paritorios, donde antiguamente se ubicaban el despacho del jefe de la unidad, un pequeño laboratorio y uno dormitorio para los trabajadores. Esto permitiría un rápido acceso desde los paritorios a la SAPI, facilitando el traslado de las púerperas tras el parto. Además, también se situaría cerca de la sala de reanimación de los RN para así poder acceder a esta misma rápidamente en caso de que hubiera alguna complicación.

Imagen 2: Localización de la SAPI opción 1



Fuente: elaboración propia a partir de "imagen 1"

Imagen 3: Estructura de la SAPI opción 1

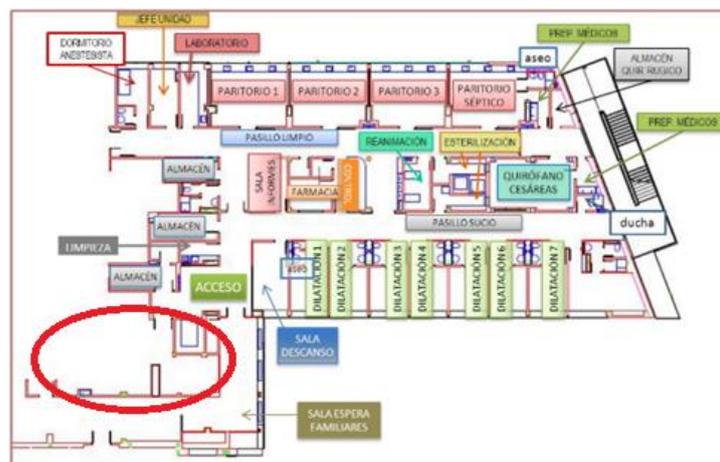


Fuente: elaboración propia

Opción 2:

La construcción de la sala se haría justo a la entrada de la unidad, en la antigua UCI pediátrica, tal y como se observa en las "imágenes 4 y 5". Esta segunda opción resultaría más incómoda a la hora del traslado de las puérperas desde los paritorios, ya que sería necesario realizar un mayor recorrido. Al contrario, en caso de que el parto se realizara en las salas de dilatación, esta opción sería más conveniente, ya que está más cerca de estas que en la primera opción. Además, en esta segunda zona existe un mayor espacio lo que permitiría la construcción de una SAPI de mayor tamaño.

Imagen 4: Localización de la SAPI opción 2



Fuente: elaboración propia a partir de "imagen 1"

Imagen 5: Estructura de la SAPI opción 2



Fuente: elaboración propia

7.5.2. Recursos humanos

- Una de las matronas de la unidad de partos, de manera que por cada turno, 4 matronas se encargarían de la atención de las dilataciones, partos y alumbramientos, y la quinta matrona se encargaría de atender a las puérperas en la SAPI. En el caso de que no hubiera ninguna puérpera en la sala, esta se encargaría de ayudar a las otras 4 compañeras.
- Uno de los ginecólogos responsables de la unidad de partos, que acudiría a la sala por aviso de la matrona responsable de la misma, en caso de alguna complicación o desviación del puerperio fisiológico.
- Una auxiliar de enfermería (TCAE) para ayudar a la matrona cuando lo necesite, encargarse de la reposición del material de la sala, etc.
- El celador de la unidad de partos para trasladar a las puérperas del paritorio a la SAPI y de esta a la planta.
- El servicio de limpieza de la unidad de partos se encargará de la limpieza de la sala.

7.5.3. Recursos materiales

- 4 camas.
- Carro de lencería: sábanas, toallas, mantas, camisonos, etc.
- Monitores y termómetros.
- Sillón para acompañante.
- Material para curas: apósitos, guantes, empapadores, gasas, vendas, antiséptico, etc.
- Farmacia: sueros, calmantes, oxitocina, relajantes musculares, antihipertensivos, etc.
- Material hospitalario general: sondas, mascarillas, gafas nasales, jeringuillas, agujas, etc.

- Ordenadores, escritorios, material de papelería: bolígrafos, tijeras, papel, etc.
- Se utilizaría el carro de paradas de la unidad de partos.

7.6. PROCEDIMIENTO

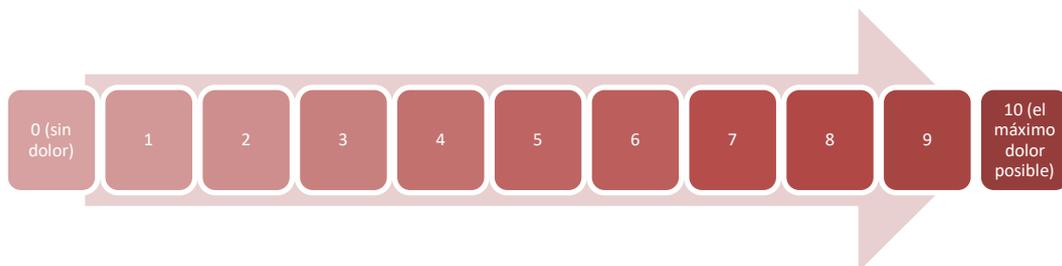
7.6.1. En la puérpera

Toda mujer que tras dar a luz en paritorio, sala de dilatación o quirófano cumpla los requisitos de admisión nombrados anteriormente será trasladada a la SAPI tras ya haberla movilizado a su cama, mientras realiza el CPP. Además, irá acompañada del padre/familiar al que se le realizará una breve explicación para que colabore con los cuidados y la vigilancia.

Una vez en la sala:

- Mantener la vía venosa.
- Recomendable la perfusión de oxitocina o de un uterotónico tras el alumbramiento para la prevención de hemorragias, según orden médica.
- Valoración del estado general:
 - Coloración de piel y mucosas.
 - Nivel de conciencia: somnolencia, confusión, orientación, nivel de reflejos, respuesta a estímulos.
 - Presencia o no de dolor mediante la escala numérica que se muestra en la "figura 2".

Figura 2: Escala numérica del dolor



Fuente: elaboración propia

- Monitorización y registro de constantes: TA, FC y temperatura (cada 30 min en parto vaginal/ cada 15min en cesáreas).
- Diuresis:
 - En parto vaginal: controlar 1ª micción espontánea. Vigilar la presencia de globo vesical o retención urinaria. Realizar sondaje vesical si precisa.
 - En cesárea: aplicar procedimiento de mantenimiento y cuidados de la sonda vesical. Vigilar y registrar cantidad y características de diuresis.
- Controlar sangrado vaginal (loquios). Descartar la hemorragia genital.
- Vigilar la contracción e involución uterina:
 - 0 / +1, +2, +3: uno, dos o tres dedos por encima del ombligo
 - 0 / 0: altura ombligo
 - 0 / -1, -2, -3: uno, dos o tres dedos por debajo del ombligo
- En parto vaginal: vigilar el estado de la episiotomía o tipo de desgarró, si precisa (hematomas, dolor, sangrado...). Grados de desgarró:
 - Tipo I: piel y mucosa vaginal.
 - Tipo II: alcanza los músculos perianales sin afectar al esfínter anal.
 - Tipo III: alcanza el esfínter anal
 - IIIa: menos del 50% del esfínter anal externo
 - IIIb: más del 50% del esfínter anal externo
 - IIIc: afecta al esfínter anal externo e interno
 - Tipo IV: hasta mucosa anal.
- En cesárea: vigilar el estado de la incisión quirúrgica:
 - Valorar el estado del apósito quirúrgico. Si está manchado, marcar la zona y valorar evolución del sangrado.
 - Si el apósito está manchado y precisa cambiar, retirar apósito, revisar herida, y curar según procedimiento.
 - Si no cede el sangrado, avisar al médico. Habitualmente comprimir la zona colocando un peso de 500 gr.

- Si drenajes: cuidados del drenaje tipo aspirativo, observar y registrar cantidad y características del líquido de drenado. Colocar el drenaje evitando tirones y acodamientos.
- Valorar la recuperación de la anestesia según protocolo "M 18.10 Cuidados post-analgésia obstétrica" de la unidad de partos del CHN (Anexo 1).³⁰
- Tolerancia oral: la evaluación e indicación de la tolerancia oral deberá individualizarse, no pudiendo existir una única pauta que garantice la ausencia de tolerancia, ya que se ha demostrado que el ayuno de líquidos prolongado post parto no disminuye las posibles complicaciones digestivas y aumenta la ansiedad y malestar de la parturienta. Recomendaciones:
 - En parto vaginal: Durante la fase de dilatación del parto se permite la toma de pequeñas cantidades de líquido, por lo tanto, si la paciente lo solicita, la tolerancia líquida oral puede iniciarse tras la primera hora en la SAPI. Se aconseja que sea en forma de pequeños volúmenes y verificando en todo momento su correcta tolerancia.
 - En cesáreas: Se iniciará la tolerancia oral una vez en planta, cuando no haya órdenes contrarias, y la anestesia haya sido loco-regional, deberán haber pasado al menos seis horas tras la intervención.
- Vigilar la aparición de signos y síntomas de las complicaciones más frecuentes:
 - **Hemorragia:** vigilar coloración de piel y mucosas, hipotensión, taquicardia, agitación, confusión y la aparición de metrorragia severa, y sangrado por herida.
 - **Infección puerperal:** Vigilar la aparición de dolor, malestar general, fiebre, olor y exudado vaginal anómalo.
 - **Trombosis venosa profunda:** Vigilar dolor a la palpación o espontáneo en el trayecto venoso, edema, signo de Homans (aumento del dolor a la dorsiflexión forzada del pie).
- Ayudar a la madre a iniciar la LM según protocolo "M 3.5 Lactancia Materna" de la unidad de partos del CHN (Anexo 2).³¹

- Asegurar el ambiente y las condiciones que favorezcan el CPP según se explica en el "Procedimiento Contacto Piel con Piel tras el Nacimiento en el CHN" (Anexo 3).³²
- Educar al acompañante para la ayuda y el control de la puérpera.
- Retirada del catéter epidural antes de la subida a planta, siempre y cuando no existan complicaciones.

7.6.2. En el recién nacido

Una vez terminado el parto, siempre y cuando se cumplan los criterios de admisión, se trasladará a la madre y al bebé a la SAPI, respetando el CPP. Una vez allí:

- Verificar que el RN mantiene una termorregulación adecuada.
- Vigilar y procurar la liberación de su vía aérea, informando a los padres y colocándolo en una postura que prevenga su obstrucción.
- Confirmar que se realiza una toma espontánea y que el agarre al pecho es adecuado.
- El resto de controles y maniobras preventivas, así como una exploración reglada y completa, son acciones que se pospondrán y se realizarán una vez terminado el CPP.

7.6.3. Registro de actividades

Todos los controles y actividades realizadas en la SAPI quedarán registradas en la "Hoja de registro del puerperio inmediato" que se muestra en la "tabla 6".

Esta hoja de registro ha sido diseñada con el fin de facilitar un control y un registro continuado de todas las actividades realizadas, de manera que se pueda visualizar rápidamente el estado y la evolución de la puérpera y el RN durante las dos primeras horas postparto.

Además, esta hoja se integrará en la Historia Clínica Informatizada, de modo que todo quedará informáticamente documentado.

Tabla 6: Hoja de registro del puerperio inmediato

Nombre:	Edad:				Tipo de parto:				
	00:00	00:15	00:30	00:45	01:00	01:15	01:30	01:45	02:00
CONTROLES DE LA PUÉRPERA:									
TA									
FC									
Tª									
Nivel conciencia									
Diuresis:									
1ª micción: si/no									
Sondaje vesical: si/no									
Cantidad (cesáreas)									
Apósitos (cesáreas): rotulados, limpios...									
Drenajes: Si/no									
Débito:									
EEII: reflejos movilidad temperatura sensibilidad color									
Sangrados/loquios: si/no características									
Altura y tono uterino									
Episiotomía/ tipo desgarro: estado									
Dolor (EVA)									
Tolerancia oral: si/no nauseas/vómitos									
Catéter epidural: Retirada: si/no									
Fármacos/ sueroterapia									
LM: Si/no									
CPP: Si/no Duración									
CONTROLES DEL RN:									
Glucemia capilar (s/p)									
Tono muscular									
Coloración									
Respiración									
Tª									

Fuente: elaboración propia

7.6.4. Criterios de alta

Una vez transcurridas dos horas tras el final del parto, se procederá a trasladar a planta a la puérpera junto al RN, siempre y cuando cumpla los siguientes criterios:

- Puérpera:
 - Hemodinámicamente estable.
 - Ausencia de globo vesical, sin signos de retención urinaria.
 - Tono uterino adecuado.
 - Altura uterina adecuada (-2)
 - Sangrado dentro de los valores de referencia (<500ml parto vaginal / <1000ml cesárea).
 - Cese de la infusión de oxitocina.
 - Retirado catéter epidural.
 - Recuperación sensitivo motriz de las EEII.
- RN:
 - Hemodinámicamente estable.
 - Primera toma realizada.
 - Temperatura corporal dentro de los valores de referencia.
 - Respiración y tono muscular adecuados.

En los casos en los que alguno de los criterios mencionados no se cumpla se podrá alargar la estancia en la SAPI hasta verificar que la adaptación del RN y de la madre es la adecuada y no exista ninguna complicación, ya que allí se podrá realizar un seguimiento y una vigilancia más exhaustiva que en la planta.

Una de las complicaciones más frecuentes en las dos primeras horas de puerperio son las hemorragias, siendo su causa más frecuente la atonía uterina. En cuanto detectemos una paciente con signos y síntomas de hemorragia (hipotensión, debilidad, taquicardia, palidez, oliguria) y una atonía uterina, se deberán realizar las siguientes medidas:

- Avisar al ginecólogo responsable.
- Mantener o recuperar la estabilidad hemodinámica de la paciente instaurando fluidoterapia con SF o Ringer Lactato.

- Realizar un sondaje vesical para favorecer la contracción uterina gracias al vaciado vesical.
- Mantener o reinstaurar la perfusión de oxitocina.
- Realizar un masaje uterino.
- En los casos en los que la hemorragia no ceda, la mujer será trasladada a quirófano donde será intervenida.

Una vez la hemorragia haya cesado y la paciente haya recuperado la estabilidad hemodinámica, se podrá proceder a su traslado a planta.

7.7. PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO

La incorporación de los planes de cuidados estandarizados en la práctica clínica posibilita la homogeneidad de los cuidados y establece un lenguaje y metodología común entre todas las enfermeras, además de que facilita la identificación de problemas de los pacientes y la satisfacción de sus necesidades.

En las tablas 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13 se expone un plan de cuidados generalizado con los problemas interdependientes y los diagnósticos de enfermería que se pueden aplicar durante las primeras horas de puerperio inmediato en la mayoría de las puérperas. ^{33,34}

Tabla 7: Problema interdependiente 1

PI: [00132] Dolor R/C parto M/P autoinforme de intensidad del dolor usando escalas estandarizadas (EVA), conducta expresiva (p. ej., inquietud, llanto, vigilancia), expresión facial de dolor...	
Resultados (NOC)	Indicadores
[2102] NIVEL DEL DOLOR	<ul style="list-style-type: none"> - Dolor referido - Expresiones faciales de dolor - Inquietud - Gemidos y gritos - Agitación
Intervenciones (NIC)	Actividades
[1400] Manejo del dolor	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes - Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes - Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor - Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa

Fuente: elaboración propia

Tabla 8: Diagnóstico de enfermería 1

NANDA [00206] Riesgo de sangrado R/C complicaciones del posparto (p. ej., atonía uterina, retención de la placenta)	
Resultados (NOC)	Indicadores
[2511] ESTADO MATERNO: PUERPERIO	<ul style="list-style-type: none"> - Confort - Presión arterial - Frecuencia cardíaca apical - Circulación periférica - Altura del fondo uterino - Cantidad de loquios - Color de los loquios - Curación perineal (parto eutócico) - Curación de la herida quirúrgica (cesárea) - Temperatura corporal - Eliminación urinaria - Sangrado vaginal
Intervenciones (NIC)	Actividades
[4026] Disminución de la hemorragia: útero posparto	<ul style="list-style-type: none"> - Revisar el historial obstétrico y el registro de partos para ver los factores de riesgo de hemorragia posparto - Aumentar la frecuencia de masajes en el fondo uterino - Evaluar la distensión de la vejiga - Fomentar la micción o cateterizar la vejiga distendida - Observar las características de los loquios - Administrar oxitócicos por vía i.v. o i.m., según protocolo u órdenes - Monitorizar el color, nivel de conciencia y dolor de la madre

Fuente: elaboración propia

Tabla 9: Diagnóstico de enfermería 2

NANDA: [00004] Riesgo de infección R/C alteración de la integridad de la piel (catéter venoso periférico, catéter epidural, herida quirúrgica (cesárea), lesión perineal (parto eutócico))	
Resultados (NOC)	Indicadores
[0703] SEVERIDAD DE LA INFECCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Dolor - Colonización del acceso vascular - Inestabilidad de la temperatura - Hipersensibilidad
Intervenciones (NIC)	Actividades
[6540] Control de infecciones	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicar Procedimiento "Cuidado y mantenimiento de CV Periférico" - Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes - Usar guantes según lo exigen las normas de precaución universal - Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada
[3440] Cuidados del sitio de incisión (cesárea)	<ul style="list-style-type: none"> - Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera eritema, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración - Observar las características de cualquier drenaje - Limpiar la zona que rodea la incisión con una solución antiséptica apropiada - Observar si hay signos y síntomas de infección en la incisión - Enseñar al paciente y/o a la familia a cuidar la incisión, incluido los signos y síntomas de infección
[1750] Cuidados perineales (parto eutócico)	<ul style="list-style-type: none"> - Inspeccionar el estado de incisión o desgarro (episiotomía, laceración, circuncisión) - Aplicar compresas para absorber el drenaje, según se precise - Documentar las características del drenaje - Instruir al paciente o a los allegados, si es adecuado, sobre la inspección del periné para detectar signos patológicos (p. ej., infección, dehiscencia cutánea, exantema, exudado anómalo)

Fuente: elaboración propia

Tabla 10: Diagnóstico de enfermería 3

NANDA: [00023] Retención urinaria R/C inhibición del arco reflejo M/P ausencia de diuresis, distensión vesical.	
Resultados (NOC)	Indicadores
[0503] ELIMINACIÓN URINARIA	<ul style="list-style-type: none"> - Cantidad de orina - Retención urinaria - Color y olor de la orina - Sangre visible en la orina
Intervenciones (NIC)	Actividades
[0620] Cuidados de la retención urinaria	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar tiempo suficiente para el vaciado de la vejiga - Proporcionar intimidad para la micción - Insertar una sonda urinaria, según corresponda - Monitorizar el grado de distensión vesical mediante la palpación y percusión - Utilizar el sondaje intermitente, según corresponda - Monitorizar las entradas y salidas

Fuente: elaboración propia

Tabla 11: Diagnóstico de enfermería 4

<p>NANDA [00208] Disposición para mejorar el proceso de maternidad M/P expresa deseo de mejorar el cuidado de los pechos, expresa deseo de mejorar la conducta de vinculación, expresa deseo de mejorar las técnicas de alimentación del bebé, expresa deseo de mejorar la seguridad del entorno para el bebé.</p>	
Resultados (NOC)	Indicadores
[1624] CONDUCTA DE LA SALUD MATERNAL EN EL POSPARTO	<ul style="list-style-type: none"> - Establece un vínculo con el lactante - Controla los signos y síntomas de infección - Utiliza el apoyo familiar - Controla el nivel de ansiedad - Se adapta al papel materno - Controla los cambios de los loquios
Intervenciones (NIC)	Actividades
[6930] Cuidados posparto	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar signos vitales - Vigilar los loquios para determinar el color, cantidad, olor y presencia de coágulos - Controlar la localización, altura y tono del fondo uterino, asegurándose de sostener el segmento uterino inferior durante la palpación - Masajear suavemente el fondo uterino hasta que esté firme, si es necesario - Tranquilizar a la paciente sobre su capacidad de cuidar de sí misma y del lactante - Controlar el periné o la incisión quirúrgica, así como el tejido circundante (es decir, vigilar la presencia de eritema, edema equimosis, exudado y la aproximación de los bordes de la herida) - Controlar el dolor de la paciente - Proporcionar una educación y apoyo adecuados sobre el método de alimentación escogido
Resultados (NOC)	Indicadores
[1000] ESTABLECIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA: LACTANTE	<ul style="list-style-type: none"> - Alineación y unión adecuadas - Sujeción areolar adecuada - Compresión areolar adecuada - Deglución audible - Correcta colocación de la lengua - Reflejo de succión
Intervenciones (NIC)	Actividades
[5244] Asesoramiento en la lactancia	<ul style="list-style-type: none"> - Informar sobre los beneficios psicológicos y fisiológicos de la lactancia materna - Corregir conceptos equivocados, mala información e imprecisiones acerca de la lactancia materna - Animar a la pareja, familia o amigos de la madre a que la apoyen - Proporcionar los materiales educativos que sean necesarios - Instruir sobre los signos del lactante - Ayudar a asegurar que el lactante se sujeta bien a la mama - Explicar la diferencia de la succión nutritiva y no nutritiva - Explicar a la madre los cuidados del pezón

Fuente: elaboración propia

Tabla 12: Diagnóstico de enfermería 5

NANDA: [00146] Ansiedad R/C cambio en la función de rol M/P incertidumbre, preocupación...	
Resultados (NOC)	Indicadores
[1211] NIVEL DE ANSIEDAD	<ul style="list-style-type: none"> - Preocupación exagerada por eventos vitales - Impaciencia - Inquietud - Indecisión - Preocupación exagerada por eventos vitales
Intervenciones (NIC)	Actividades
[5820] Disminución de la ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> - Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo - Proporcionar información objetiva respecto al puerperio - Escuchar con atención - Crear un ambiente que facilite la confianza - Determinar la capacidad de toma de decisiones del paciente

Fuente: elaboración propia

Tabla 13: Diagnóstico de enfermería 6

NANDA [00094] Riesgo de intolerancia a la actividad R/C pérdida de la condición física.	
Resultados (NOC)	Indicadores
[0005] TOLERANCIA DE LA ACTIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> - Resistencia de la parte inferior del cuerpo - Resistencia de la parte superior del cuerpo - Frecuencia cardíaca en respuesta a la actividad - Saturación de oxígeno en respuesta a la actividad - Color de la piel
Intervenciones (NIC)	Actividades
[0180] Manejo de la energía	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar qué actividad y en qué medida es necesaria para aumentar la resistencia - Movilización progresiva - Vigilar la respuesta cardio-respiratoria a la actividad - Observar la localización y naturaleza de la molestia o dolor durante el movimiento/actividad - Disminuir las molestias físicas que puedan interferir con la función cognitiva y el autocontrol/regulación de la actividad - Limitar los estímulos ambientales (luz y ruidos) para facilitar la relajación

Fuente: elaboración propia

8. AGRADECIMIENTOS

Para poner fin a estos meses de trabajo, me gustaría agradecer a las personas que han dedicado su tiempo y esfuerzo para ayudarme y apoyarme en la realización del presente proyecto.

En primer lugar a mi tutora, Sara Sola Cia, por orientarme y transmitirme muchas pautas que me van a resultar de gran utilidad a la hora de redactar cualquier futuro trabajo.

También agradecer a Araceli Mejías Jiménez, supervisora de la Unidad de Partos del CHN, el interés mostrado en mi trabajo y toda la información aportada para la realización del mismo.

Por último, me gustaría agradecer a mi familia y amigos la paciencia y el apoyo recibidos a lo largo de la realización de este trabajo y durante estos cuatro años en general.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Cabero L y Cabrillo E. *Tratado de ginecología y Obstetricia: Medicina materno-fetal*. SEGO. 2ª edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2012.
2. Bustos GG. y Perepelycia L. *Enfermería materno-infantil y neonatal. Compendio de técnicas*. 2ª edición. Argentina: Corpus; 2014.
3. Torrens RM y Martínez C. *Enfermería de la Mujer*. 2ª edición. Valencia: DAE, S.L.; 2012.
4. OMS: *Mortalidad materna*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2018 [citado 10 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
5. Instituto Nacional de Estadística. *Defunciones por causas (lista reducida) por sexo y grupos de edad*. [Internet]. Madrid: INE. 2018 [citado 10 de mayo de 2019]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=7947>
6. Berens P. *Overview of Postpartum Care*. Wolters Kluwer [Internet]. 2017 [citado 26 de enero de 2019];242(1):1-26. Disponible en: <http://enjoypregnancyclub.com/wp-content/uploads/2017/06/Overview%20of%20postpartum%20care.pdf>
7. Mimón I, Pérez E, Ros R. *Cuidados de enfermería durante el puerperio*. *Enferm Integral* [Internet]. 2011 [citado 10 de abril de 2019]; 93:31-3. Disponible en: <https://www.enfervalencia.org/ei/93/ENF-INTEG-93.pdf>
8. González J, Laílla JM, Fabre E, González E. *Obstetricia*. 7ª edición. Barcelona: Elsevier-Masson; 2018
9. Martínez JM. *Prevención de las hemorragias postparto con el manejo activo del alumbramiento*. *Matronas Prof* [Internet]. 2009 [citado 26 de enero de 2019];10(4):20-6. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/vol10n4pag20-26.pdf>
10. OMS. *WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization [Internet]. 2018 [citado 26 de

enero de 2019]. Disponible en:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272447/WHO-RHR-18.12-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

11. Sánchez M, Pallás CR, Botet F, Echániz I, Castro JR, Narbona E. *Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento*. An Pediatr [Internet]. 2009 [citado 24 de febrero de 2019];71(4):349-61. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/7-recomendaciones_rn_parto_sen.pdf
12. Servicio Nacional de Salud. *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad [Internet]. 2011 [citado 16 de febrero de 2019]; Disponible en: <http://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>
13. Llorens N, Oteiza O, De La Fuente M, Mejías A. *Guía de atención al parto de bajo riesgo en el CHN*. Complejo Hospitalario de Navarra [Intranet del CHN]; 2016 [citado 19 de febrero de 2019];.
14. Servicio Nacional de Salud. *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo [Internet]. 2007 [citado 16 de febrero de 2019]; Disponible en: https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN_revision8marzo2015.pdf
15. Moore ER, Bergman N, Anderson GC. *Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants* (Review). Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2016 [citado 28 de enero de 2019]; CD003519(11). Disponible en: www.cochranelibrary.com
16. Ota S, Morera L, Bernal MJ, Tabueña J. *El contacto precoz y su importancia en la lactancia materna frente a la cesárea*. Matronas Prof [Internet]. 2012 [citado 28 de enero de 2019]; 13(1):3-8. Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com/sire.ub.edu/ehost/detail/detail?sid=33de9819->

f726-48a4-916e-

a80ebb223d6b%40sessionmgr4009&vid=0&hid=4207&bdata=JnNpdGU9ZW^hvc3QtbGl2ZSZzY29wZT1zaXRI#AN=104379657&db=ccm%5Cnhttp://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord

17. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. *Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t) [Internet]. 2010 [citado 26 de enero de 2019]. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA No 2009/01. Disponible en:
<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracClinPartoCompleta.pdf>
18. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. *Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA [Internet]. 2017 [citado 26 de enero de 2019]. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_560_Lactancia_Osteba_compl.pdf
19. OMS. *Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services – the revised Baby-friendly Hospital Initiative*. Geneva: World Health Organization [Internet]; 2018 [citado 26 de enero de 2019]. Disponible en:
<https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi-implementation/en/>
20. UNICEF. *¿Como ser Hospital IHAN?* [Internet]; Madrid: IHAN; 2017 [citado 15 de mayo de 2019]. Disponible en: <http://www.ihan.es/centros-sanitarios/como-ser-hospital-ihan/>
21. OMS. *Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services*. Geneva: World Health

- Organization [Internet]; 2017 [citado 26 de enero de 2019]. Disponible en:
<https://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/breastfeeding-facilities-maternity-newborn/en/>
22. Subdirección General de Información Sanitaria y Evaluación, Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. *Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada. Hospitales y Centros sin Internamiento. Año 2016*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social [Internet]. 2018 [citado 4 de abril de 2019]. Disponible en:
https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/TablasSIAE2016/SIAE_2016_INFORME_ANUAL.pdf
23. Gil MT, Sanz C. *Protocolo «Control y Alta Clínica puerperal a cargo de la matrona en la Unidad de Hospitalización Obstétrica»*. *Matronas Hoy* [Internet]. 2016 [citado 18 de febrero de 2019]; 4(2):5-17. Disponible en:
https://aesmatronas.com/wp-content/uploads/2017/11/MATRONAS_HOY_3E_2016_N09.pdf
24. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. *Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía [Internet]; 2014 [citado 26 de enero de 2019]. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/GPC_de_embarazo_y_puerperio.pdf
25. Consejo General de Colegios de Diplomados en Enfermería. Código Deontológico De La Enfermería Española. Colegio Oficial de Enfermería de Navarra [internet]; 1988 [citado 14 de mayo de 2019]. Disponible en:
<https://www.enfermerianavarra.com/codigo-deontologico>
26. Siurana JS. *Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural*. *Veritas* [Internet]. 2010 [citado 10 de abril de 2019]; 22(Marzo):121-57. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-

92732010000100006

27. España. *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*. Boletín Oficial del Estado [Internet], 15 de noviembre de 2002 [citado 14 de mayo de 2019], nº 274, pág. 40126-40132. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-22188-consolidado.pdf>
28. SNS. *Plan De Parto Y Nacimiento*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad [Internet]; 2009 [citado 17 de abril de 2019]. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/planPartoNacimiento.pdf>
29. Gobierno de Navarra. *El Gobierno crea el Comité de Personas Expertas para avanzar en la estrategia IHAN y humanizar la asistencia al nacimiento y la lactancia* [Internet]. Pamplona: navarra.es; 2019 [citado 15 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.navarra.es/es/noticias/2019/02/21/Estrategia+IHAN.htm>
30. Complejo Hospitalario de Navarra. *Protocolo: cuidados post-analgésia obstétrica*. Servicio Navarro de Salud [Intranet del CHN]; 2012 [citado 17 de abril de 2019].
31. Complejo Hospitalario de Navarra. *Protocolo: lactancia materna*. Servicio Navarro de Salud [Intranet del CHN]; 2015 [citado 17 de abril de 2019].
32. Arrastia S, Mendive MC, De La Fuente M, Bravo I, Mejías A. *Procedimiento contacto piel con piel tras el nacimiento en el chn*. Servicio Navarro de Salud [Intranet del CHN]; 2017 [citado 17 de abril de 2019].
33. Complejo Hospitalario de Navarra. *Plan de cuidados estandarizado: Cesárea*. Servicio Navarro de Salud [Intranet del CHN]; 2015 [citado 17 de abril de 2019].
34. Complejo Hospitalario de Navarra. *Plan de cuidados estandarizado: puerperio*. Servicio Navarro de Salud [Intranet del CHN]; 2015 [citado 17 de abril de 2019].

10. ANEXOS

10.1. Protocolo: Cuidados post analgesia obstétrica

Objetivo

- Valorar la recuperación de la analgesia post parto.
- Prevenir y resolver las posibles complicaciones secundarias a la analgesia epidural del parto.
- Establecer las pautas de cuidados post parto.
- Minimizar la ansiedad de la paciente.

Precauciones

- La evaluación de la recuperación sensitivo motriz de las EEII se debe realizar mediante estímulos táctiles o térmicos de la piel y solicitando que flexione las extremidades, pies, rodillas y cadera.
- Avisar al servicio de Ginecología y/o Anestesia si aparece:
 - TA Sistólica: < de 90 mm Hg. o > de 140 mm Hg.
 - TA Diastólica: > de 100 mm Hg.
 - Frecuencia cardiaca: < de 50 lat / minuto o > de 120 lat / minuto.
 - Déficits de recuperación sensitivo motriz de extremidades inferiores.
- No administrar medicación analgésica que no esté pautada.
- Puede iniciarse la lactancia sin problemas.
- Valorar la involución uterina según está establecido y si ésta es correcta seguir los pasos indicados en el procedimiento M 18.9 “Expresión uterina”; en caso contrario, proceder a la valoración individual de la paciente para iniciar la dieta o retirar sueros.
- Si la paciente es portadora de catéter epidural, seguir las indicaciones médicas de anestesia.

Personal

Enfermería

Material

Historia clínica

Material para medir constantes

Ejecución

En todos los casos:

1. Coloque la cama en posición horizontal con almohada o semi-incorporada.
2. Vigile la posición de los miembros inferiores para evitar lesiones por decúbito.
3. Controle constantes vitales (TA, FC, Temperatura) a la llegada a la Unidad y posteriormente cada hora, durante las tres primeras horas.
4. Controle cada hora la recuperación sensitivo-motriz de EEII (reflejos, movilidad, temperatura, sensibilidad y color) hasta su total recuperación.
5. Vigile la presencia de signos y síntomas de aparición brusca frecuentemente: hipotensión y bradicardia.
6. Vigile la presencia de globo vesical o de retención urinaria:
 - Si aparece en las primeras tres horas post ingreso realice sondaje vesical.
 - Después de las tres primeras horas post ingreso, si la recuperación sensitivo motriz es correcta, intente micción espontánea acompañando al baño.
 - Si la recuperación no es completa realice sondaje vesical.

En parto vaginal:

1. Durante la fase de dilatación del parto se permite la toma de pequeñas cantidades de líquido, por lo tanto, si la paciente lo solicita, la tolerancia líquida oral puede iniciarse desde su llegada a planta. Se aconseja que sea en forma de pequeños volúmenes y verificando en todo momento su correcta tolerancia.
2. Posteriormente inicie una dieta habitual.
3. Verificada la correcta recuperación sensitivo-motriz de EEII, y nunca antes de las tres horas de finalizar el parto, la paciente se puede incorporar y levantar, siempre acompañada por personal sanitario.
4. Registre la hora de la total recuperación sensitivo motriz de EEII.
5. Mantenga la vía venosa hasta que la tolerancia oral sea correcta, la diuresis espontánea y exista una total recuperación sensitivo - motriz de EEII.

En parto por cesárea:

1. La paciente procede de la sala de despertar.
2. Llevará colocada sonda vesical.
3. Precisa de control quirúrgico específico.
4. Si no hay órdenes contrarias, y la anestesia ha sido loco-regional puede iniciarse la tolerancia líquida oral con pequeños volúmenes si la paciente lo solicita, pasadas tres horas de su llegada a planta, evaluándose su tolerancia de manera individual.
5. Si la cesárea ha sido con anestesia general, se aconseja que la tolerancia oral con pequeños volúmenes se retrase hasta pasadas 6 horas de su llegada a planta.
6. En todos los casos, la evaluación e indicación de la tolerancia oral deberá individualizarse, no pudiendo existir una única pauta que garantice la ausencia de tolerancia.
7. Se ha demostrado que el ayuno de líquidos prolongado post parto no disminuye las posibles complicaciones digestivas y aumenta la ansiedad y malestar de la parturienta.
8. Si la tolerancia líquida es correcta, continúe con dieta progresiva.
9. Mantenga la vía venosa durante 12 horas del ingreso en planta incluso habiendo iniciado la dieta oral.
10. Si la técnica anestésica es loco-regional, vigile la recuperación sensitivo motriz de EEII, señalando la hora de su total recuperación.
11. La incorporación podrá iniciarse pasadas 8-10 horas de su llegada a planta, siendo esta aconsejable que se realice antes de las 15 horas, si no hay orden contraria.
12. Si la diuresis es buena, retire sonda vesical. a las 12-14 horas del ingreso en planta.

Si se deja el catéter epidural:

1. Dentro de las causas por las que no se retira el catéter epidural, la más frecuente es la punción de la duramadre, por ello:
2. Siga las órdenes médicas pautadas por el anestesiólogo.

3. No administre NADA por el catéter.
4. Vigile y mantenga el apósito correctamente colocado.
5. Avise si se sale el catéter o se humedece el apósito.
6. No modifique los cuidados de enfermería habituales.
7. El catéter será retirado por el anesthesiólogo.
8. Si aparece cefalea ortostática, acueste a la paciente y avise al Servicio de Anestesia (59526-59539), que iniciará el tratamiento adecuado.

Puesta en orden

- Recoger, limpiar y ordenar todo el material utilizado.
- Lavado de manos con solución de base alcohólica

10.2. Protocolo: Lactancia materna

Objetivo

Adiestrar a la madre en la alimentación del recién nacido.

Alimentar al niño de forma natural.

Detectar precozmente los posibles problemas en la lactancia, tanto de la madre como del niño, con el fin de evitar problemas posteriores (grietas en el pezón, dolor, síndrome de ingurgitación mamaria, mastitis o ingreso hospitalario del recién nacido por deshidratación o ictericia).

Precauciones

- Ayudar a la madre a iniciar la lactancia durante el periodo inmediato al parto, lo más precozmente que ella quiera, a ser posible durante la primera hora de vida, e incluso en la propia sala de partos (paso 4 de Promoción de la Lactancia Materna).
- Es imprescindible procurar la relajación e intimidad de la madre; existen unos boxes donde la madre puede amamantar al recién nacido.
- Permanecer junto a la madre, instruyéndola en ese primer contacto con su hijo, enseñándole a ponérselo al pecho, la postura de la madre y la boca del niño.
- Si la madre tiene dificultades para amamantar al niño (prematuros, trabajo), existe la posibilidad de extraer la leche materna de forma manual o con bomba eléctrica y conservarla de 24 a 48 horas en frigorífico a 4º C o congelada, para tomas posteriores (paso 5 de Protección y apoyo de la Lactancia Materna).
- Evitar los suplementos (agua, sueros orales o fórmulas lácteas), que no sean estrictamente necesarios (paso 6 de Protección y apoyo de la Lactancia Materna).
- Facilitar la cohabitación de las madres y los niños durante las 24 horas del día. Si el niño está ingresado en Neonatología, se facilitará la mayor frecuencia y contacto posible de la madre con el niño (paso 7 de Protección y apoyo de la Lactancia Materna).

- Fomentar la lactancia materna a demanda, procurando que las rutinas hospitalarias no interfieran en la misma (paso 8 de Protección y apoyo de la Lactancia Materna).
- No dar a los niños alimentados al pecho chupetes o tetinas artificiales (paso 9 de Promoción de la Lactancia Materna). El uso de pezoneras o tetinas se restringirá para casos concretos.
- Informar a la madre sobre los efectos nocivos del tabaco en la lactancia.
- En el único proceso infeccioso que está contraindicada la lactancia materna es en el VIH.
- Ante cualquier inhibición de la lactancia por motivos médicos, confirmarlo con el pediatra.
- Proporcionar información sobre grupos de apoyo a la lactancia materna (paso 10 de Protección y apoyo de la Lactancia Materna).

Personal

Enfermería y auxiliar de enfermería

Material

- Material para higiene de las mamas
- Box de lactancia
- Silla/sillón adecuado

Preparación del personal

Lavado de manos con solución de base alcohólica.

Preparación del paciente

Explicar a la madre la importancia del lavado de manos previo.

Explicar a la madre la técnica de la lactancia con instrucciones claras y precisas.

Promover un diálogo abierto para poder responder a sus preguntas e inquietudes.

Procurar un ambiente de relajación e intimidad para la madre.

Ejecución

1. Valore el estado de las mamas.
2. Informe a la madre sobre:
 - Higiene de las mamas antes de lactar.

- Las distintas posiciones en las que se puede colocar y que adopte la que le resulte más cómoda.
 - El modo de agarrar el pecho e introducir el pezón en la boca del R.N.
 - Comienzo de la lactancia.
 - Duración de las tomas, dejando que el niño tome lo que desee, hasta que se retire del pecho.
 - Dejarle eructar al terminar el primer pecho y al final de la toma.
3. Observe la toma y valore la misma, según Procedimiento. M 3.8 "Observación de una toma"
 4. Registre datos de normalidad o signos de alerta.
 5. Informe a la madre que en la toma siguiente, ponga al niño a lactar en el pecho en que se acabó la toma anterior.
 6. Explique a la madre que las tomas deben de ser a demanda del niño.
 7. Coloque al niño en la cuna en decúbito supino o lateral.

Puesta en orden

Recoger, limpiar y ordenar todo el material utilizado.

Lavado de manos con solución de base alcohólica.

10.3. Procedimiento contacto piel con piel tras el nacimiento en el CHN

Previo al CPP

Matrona/TCAE, realizarán:

- Información a la mujer y acompañante sobre el procedimiento del CPP
- Consentimiento verbal de la mujer de inicio/continuación de CPP
- Descartar la existencia de circunstancias no recomendables para la realización del CPP

Si se trata de un parto vaginal:

- En el momento del nacimiento, con la madre en posición semi-Fowler, le descubriremos el pecho (para el parto, se puede colocar el camisón abierto hacia delante o retirarlo del brazo donde no hay vía E/V. Cuando nazca el bebé, lo colocaremos en decúbito prono sobre el pecho desnudo materno. Con un paño caliente se le seca, invitando a los padres a que sean ellos quienes realicen esta labor, interfiriendo lo menos posible en este primer contacto.
- Cuando sea posible, se realizará el pinzamiento tardío del cordón o cuando haya dejado de latir. Salvo en los casos en los que se recoja DSCU, en los que el pinzamiento se realizará al minuto tras el nacimiento, pero no interfiere el procedimiento piel con piel, pudiendo realizarse éste igualmente.
- Tras secar al RN, colocaremos sobre su espalda otro paño seco y caliente así como un gorro, manteniéndolo sobre el pecho de su madre en la postura ya descrita.
- El estado del RN será valorado sobre el pecho materno y de esta forma se aplica el Test de Apgar, interviniendo sólo cuando sea preciso.
- Pospondremos maniobras rutinarias innecesarias de forma inmediata, como el peso y profilaxis ocular o colocación de ropa. Identificaremos y colocaremos pañal al bebé sin interrumpir el contacto piel con piel.
- Cuando el RN necesite pasar a la cuna para ser reanimado, reanudará el CPP una vez estabilizado.

- Cuando el parto haya acabado, esperaremos al menos 50 minutos para pasar a la madre a su cama, si fuese necesario, sino, puede permanecer en la misma cama de parto, manteniéndola limpia, siempre que las condiciones del servicio lo permitan.
- Siempre que sea posible, la madre permanecerá ininterrumpidamente con el bebé. Si se han de trasladar a otra cama, ante todo prima la seguridad del bebé y materna, por lo que para el traslado piel con piel, se valorarán las condiciones maternas y habilidades del personal.
- No se retirará el catéter epidural a la madre, se hará cuando el procedimiento piel con piel haya finalizado. El cambio de camisión materno también se puede posponer hasta la finalización del mismo.

El CPP debe mantenerse como mínimo 50 minutos y hasta 2 horas tras el parto siempre que las condiciones del servicio lo permitan. Durante este tiempo es muy probable que el RN haga su primera toma de forma espontánea. No debemos interferir en este proceso, esperando que se pongan en marcha los reflejos de búsqueda, favoreciendo el agarre espontáneo de esa 1ª toma al pecho materno. Importante asegurar que la vía aérea del RN está libre en todo momento. Si por cualquier circunstancia la madre no puede establecer el CPP, ofreceremos al padre o acompañante la opción de ser ellos quienes lo realicen, siendo supervisados por la matrona o auxiliar de enfermería.

- Es importante observar y evaluar tanto a la madre como al recién nacido durante todo el proceso
- Se realizarán los controles reflejados en la ficha de control puerperal en Hª clínica, en proceso de elaboración. Actualmente se registran los cuidados en papel, en la ficha habilitada a tal fin. Matrona y/o Auxiliar de Enfermería, con la colaboración de madre y acompañante (tras instruirles sobre la vigilancia del proceso y signos de alarma, serán quienes vigilen la realización correcta de la técnica. Si durante este tiempo surgiera cualquier tipo de complicación materna o del RN, se interrumpirá el contacto para atender la incidencia.
- Pasados entre 50 min/2 h de puerperio inmediato se realizarán los cuidados que quedaron pendientes: peso, profilaxis ocular y vestido del RN, que

subirá a planta con su madre. En este momento, se retirará el catéter epidural materno si lo hubiere. Tener en cuenta que gorro y pañal pesan 30 gr.

- Por último, se han de registrar en Hª los cuidados de enfermería, haciendo constar el tiempo que ha durado el contacto piel con piel y si la lactancia materna se ha instaurado o no de forma adecuada. Quedará constancia en Hª Clínica del motivo por el que el procedimiento no hubiera podido llevarse a cabo (anestesia general, prematuridad, condiciones del servicio etc.)

Durante el CPP

- Madre en posición semi-incorporada 30-45º
- RN seco y cubierto por paño caliente
- Buen estado general materno y del RN, previo al inicio del CPP
- RN boca abajo en contacto directo con la madre, piel con piel, garantizando que el tórax y el abdomen, tanto de la madre como del RN, estén en contacto y secos.
- Registrado en Hª, el momento de inicio del contacto piel-piel.
- Registrado en Hª el inicio de la LM.
- Confirmar que el padre/acompañante comprende la importancia del acompañamiento y saben cómo avisar(timbre..) ante cualquier eventualidad.
- Observación sistemática cada 15 minutos del buen estado materno y RN durante el tiempo que dure el CPP precoz, registrándolo en la ficha habilitada a tal fin en Hª (En proceso de elaboración).

Si se trata de un parto instrumental:

Si no se le separa al bebé de la madre, se realizará el procedimiento descrito anteriormente.

En los casos en los que se separa al bebé por necesidad de reanimación, tras su estabilización, se le pesará y colocará el pañal, iniciando el contacto precoz descrito anteriormente en cuanto vuelva con su madre.

Cesárea:

Si por condiciones del servicio se puede realizar puerperio inmediato en cesáreas, se realizará el procedimiento descrito anteriormente en las mismas condiciones de seguridad; teniendo en cuenta los cuidados maternos específicos derivados de la cirugía y tipo de anestesia recibida, los cuales serán indicados por el servicio de anestesia y de obstetricia.