



Grado en Enfermería

Curso Académico 2013 / 2014

TRABAJO FIN DE GRADO

CASO CLÍNICO:

Disposición para mejorar los conocimientos de una madre en el cuidado de su hijo recién nacido.

Autor/a: Montserrat Redol Labarta

Tutor 1. Nuria Puig Comas

Tutor 2. M^a Carmen Larroche Garcés

Calificación

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	3
2. ABSTRACT.....	4
3. INTRODUCCIÓN.....	5
4. OBJETIVOS.....	6
5. METODOLOGÍA.....	6
6. DESARROLLO.....	7
I. VALORACIÓN GENERAL.....	7
a. Datos Generales.....	7
b. Signos Vitales.....	7
c. Valoración Física.....	8
d. Tratamiento Médico.....	8
e. Historia de Enfermería.....	9
f. Organización de los datos según Virginia Henderson.....	11
g. Análisis e Interpretación de los Datos.....	14
II. FORMULACIÓN DE LOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS.....	15
III. PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS CUIDADOS.....	16
7. EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	19
8. DISCUSIÓN/IMPLICACIÓN PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA.....	21
9. AGRADECIMIENTOS.....	22
10. BIBLIOGRAFÍA.....	23
11. ANEXOS	
a. ANEXO I. Recomendaciones sobre lactancia materna.....	25
b. ANEXO II. Frecuencia y duración de las tomas.....	27
c. ANEXO III. Posiciones para la lactancia.....	28
d. ANEXO IV. Resumen de la Guía “Cuídame” del Gobierno de Aragón....	30

1. RESUMEN

La recuperación tras el parto, está supeditada por la educación maternal que la parturienta haya recibido, entendiendo por "Educación Maternal" una serie de técnicas entre las que está englobada la información a la mujer y su pareja sobre la atención necesaria para el cuidado de su nuevo hijo.

Objetivos: elaborar un caso clínico, mediante el desarrollo de un Diagnóstico Enfermero, que resalte la labor de Enfermería dirigida hacia las madres que acaban de tener un hijo, con la finalidad de aumentar los conocimientos que poseen hacia los cuidados del recién nacido.

Metodología, se ha utilizado el Proceso Enfermero según modelo de Virginia Henderson adaptado por M^a Teresa Luis Rodrigo, Carmen Fernández Fermín y Victoria Navarro Gómez.

La formulación de los problemas y la elaboración y desarrollo de los Diagnósticos Enfermeros se han formulado utilizando la Taxonomía Nanda Internacional 2012-2014, Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) y Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).

Para la Evaluación de los resultados, se han utilizado los indicadores de la Escala Lickert.

Desarrollo: De los datos obtenidos en la valoración general, se han formulado los problemas identificados y se ha realizado la planificación y ejecución de los Cuidados del Diagnóstico de Enfermería -(00161) Disposición para mejorar los conocimientos de una madre en el cuidado de su hijo recién nacido-. Por último, se ha realizado la Evaluación de los Resultados obtenidos.

Palabras clave: Cesárea, Cuidados del lactante, Lactancia materna, Conocimiento, Cuidados de Enfermería, Procesos de Enfermería.

2. ABSTRACT

The recovery after giving birth is dependent on the maternal education that the new mother has received, understood as "maternal education" a series of techniques which are included in the information given to the woman and her partner about the necessary attention needed to take care of their new child.

Objectives: The objective is to develop a clinical case applying the competencies acquired by the "plan de studies" carrying out a Nurse diagnostic that emphasizes a nurse's job in helping recent mothers better understand how to newborn care.

Methodology: "Nurse Process" has been used according to the model Virginia Henderson adapted by Ma Teresa Luis Rodrigo, Carmen Fernandez Fermin and Victoria Navarro Gomez.

The formulation of the problems, and the making and development of the Nurse Diagnostics have been created using the Taxonomy Nanda International 2012-2014, Classification results of Nursing and Classification of Interventions of Nursing.

In order to evaluate the results, "Escala Lickert" indicators were used.

Development: From the data obtained from the general assessment, the identified problems have been formulated, and the planning and execution of Care of Nursing Diagnostic has been carried out enabling the ability to better a mother's understanding of how to care for a new born child. Lastly, the results obtained were evaluated.

3. INTRODUCCIÓN

El parto es un proceso fisiológico coordinado y complejo que supone la finalización de la gestación mediante la expulsión hacia el exterior de los productos de la concepción. ⁽¹⁾

La cesárea, se define como el parto del feto a través de una incisión de la pared abdominal (laparotomía) y de la pared uterina (histerotomía). Se realiza la extracción del feto y la placenta por vía abdominal, dejando a un lado la vía natural del parto. ^(1, 2)

En España, uno de cada cuatro niños nace por cesárea, según datos del año 2011 del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Tanto en la Sanidad Privada como en la pública, se supera con creces la recomendación sobre cesáreas que establece la Organización Mundial de la Salud (OMS), que considera que por encima del 15%, las cesáreas no están justificadas.⁽³⁾ En el Hospital San Jorge de Huesca, durante el año 2013 se han realizado 218 cesáreas de un total de 706 partos, siendo la tasa de cesáreas en este hospital del 30,87%. ⁽⁴⁾

Por otra parte, la recuperación tras el parto, está en parte supeditada por la educación maternal que la parturienta haya recibido. Se entiende por "Educación Maternal" una serie de técnicas que no solo tratan de aliviar el dolor de la parturienta, sino que trabajan facetas psicológicas del embarazo y del parto además de ofrecer a la mujer y a su pareja la información y atención necesaria que facilite su protagonismo en el proceso de cambio que supone el nacimiento de un hijo. ⁽⁵⁾

Hace ya 25 años que el Ministerio de Sanidad y Consumo publicó la "Guía de Psicoprofilaxis Obstétrica" donde se planteaba como uno de los objetivos de ese programa el ofrecimiento a la mujer y a su pareja de la información necesaria que facilite su protagonismo en el proceso de cambio que supone el nacimiento de un hijo. ⁽⁶⁾

En la actualidad, se ofrece una completa información y preparación para el parto y el cuidado del recién nacido desde Atención Primaria, pero aun así, es necesaria una mayor intervención enfermera en atención especializada, ya que un buen número de padres, siguen estando en disposición de mejorar esos conocimientos adquiridos para poder brindar a su nuevo hijo los mejores cuidados posibles.

4. OBJETIVOS

GENERAL:

- Desarrollar un caso clínico aplicando el Proceso Enfermero basado en el modelo de Virginia Henderson.

ESPECÍFICOS:

- Aplicar las competencias adquiridas en el plan de estudios.
- Trabajar un diagnóstico enfermero incluido en el Dominio 5 (Percepción/Cognición), Clase 4 (Cognición), de la Taxonomía enfermera II Nanda Internacional 2012-2014.
- Resaltar la labor de Enfermería en el aumento de conocimientos hacia las madres que acaban de tener un hijo en una unidad de Materno-Infantil.

5. METODOLOGÍA

Para la realización del Caso Clínico, se ha utilizado el Proceso Enfermero según modelo de Virginia Henderson adaptado por M^a Teresa Luis Rodrigo, Carmen Fernández Fermín y Victoria Navarro Gómez. ⁽⁷⁾

Se han seguido cada una de las etapas del Proceso Enfermero y se ha extraído información de la propia paciente, de su esposo, de la historia clínica de la paciente y del programa informático Gacela[®].

Para la formulación de los problemas, la elaboración y desarrollo de los Diagnósticos Enfermeros se ha utilizado la Taxonomía Nanda Internacional 2012-2014, Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) y Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).

Para la Evaluación de los resultados, se han utilizado los indicadores de la Escala Lickert.

6. DESARROLLO

I. VALORACIÓN GENERAL

a. DATOS GENERALES:

Nombre: María. ^(*)

Edad: 34 años.

Estado Civil: Casada.

Personas con las que convive: Su esposo.

Situación Laboral: Maestra de Educación Infantil en activo.

Ingresa procedente de: Paritorio

Unidad de enfermería actual: Materno-Infantil.

Fecha de ingreso: 1 de diciembre de 2013

Motivo de ingreso: Parto

Diagnóstico médico: Cesárea por desproporción céfalo-pélvica.

Alergias: No conocidas.

b. SIGNOS VITALES

Tensión Arterial: 110/65mmHg en extremidad superior derecha.

Frecuencia cardíaca (pulso radial): 68 pulsaciones por minuto.

Pulsos pedios y tibiales posteriores: Palpables.

Temperatura axilar: 36,9°C

Saturación de O₂: 98%

Frecuencia Respiratoria: 18 respiraciones por minuto. No presenta signos de disnea, tos o expectoración.

^(*) Según la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, ^(8, 9) y para evitar la identificación de la paciente se hace referencia en todo momento a un nombre ficticio.

c. VALORACIÓN FÍSICA

- Abdomen blando, altura uterina a dos cm. por encima del ombligo, consistencia leñosa.
- Nivel de consciencia: alerta y orientada en cuanto a tiempo, espacio y personas. Comunicación clara.
- Piel y mucosas: ligera palidez, hidratada.
- Integridad de la piel: herida quirúrgica en abdomen cubierta por apósito limpio y seco.
- Metrorragia escasa.
- Peso: 72 kg. Talla: 165 cm.
- Movilidad: disminuida a causa del dolor que se deriva de la intervención quirúrgica.

d. TRATAMIENTO MÉDICO ⁽¹⁰⁾

Tabla 1. TRATAMIENTO MÉDICO (1/12/13)	
Vía periférica	Catéter venoso periférico nº 18 en antebrazo izquierdo.
Sueroterapia	500cc Suero fisiológico + 10 ui de Oxitocina c/8 horas
	500cc Suero Glucosado c/12 horas.
Sonda vesical	Tipo Foley nº 16.
Analgesia	Elastómero conectado a vía periférica y controlado por el Servicio de Anestesia.
Analgesia de rescate	Dexketoprofeno 50mg. intravenoso cada 8 h. si precisa.
Profilaxis de la trombosis venosa	Enoxaparina sódica 40mg cada 24h.
Dieta	Líquida. Semiblanda en cena si tolera líquidos.

e. HISTORIA DE ENFERMERÍA

En el primer contacto con María, se observa que está consciente y orientada en tiempo, espacio y personas. Contesta a todas las preguntas que se le formulan de forma coherente. Dice, "Estoy muy tranquila".

No ha fumado nunca. No toma alcohol. Bebe 2 litros de agua al día. Come con su marido en casa cuando salen del trabajo.

Refiere tener buen apetito, realiza cinco comidas al día, "sigo la dieta equilibrada que me indicaron en mi Centro de Salud al quedarme embarazada". Le gusta todo excepto la leche, toma yogures para sustituirla. Ha llevado control en cuanto a restricción de dulces para no aumentar demasiado de peso. En el momento de la entrevista dice "tengo hambre", únicamente ha tomado líquidos que ha tolerado bien, "ya tengo ganas que me den de comer algo sólido".

No tiene intolerancias alimenticias. Mastica sin problemas, tiene la dentadura completa. No necesita ayuda para comer.

Defeca una vez al día, lo hace sin esfuerzo ni dolor, heces conformadas, de consistencia blanda y color marrón. Última deposición ayer 30 de noviembre. Ha comenzado a expulsar gases.

Micciona 4-5 veces al día, orina color ámbar y olor característico, en el momento de la entrevista, en la bolsa colectora de la sonda vesical, tiene 300cc de orina color clara.

Durante el embarazo, ha caminado todos los días 1h por la mañana y 1h por la tarde.

Duerme 8-9h diarias, se levanta descansada. En este momento tiene sueño, "he estado toda la noche de parto y no he podido dormir".

Durante la entrevista, no tiene dolor, "cuando tengo un poco de dolor aviso y enseguida vienen y me ponen un calmante", "me duele bastante es cuando intento incorporarme en la cama".

Presenta un aspecto aseado, lleva el cabello limpio y las uñas cortas y limpias.

Es autónoma en vestido y acicalamiento, en este momento, precisa de ayuda para la realización del aseo porque no puede levantarse de la cama.

Dice, "Me adapto bien al frio y al calor", con el embarazo "he sido más bien calurosa".

No presenta edemas ni varices en piernas y pies.

Habitualmente se ducha una vez al día, "me han dicho que mañana me levantarán al sillón y si me encuentro bien podré ducharme".

"Me vacuno de la gripe cada invierno ya que me considero persona de riesgo por trabajar con niños", "Acudo cada año a una revisión ginecológica y a revisión dental".

Está contenta con el tipo de vida que lleva, dice: "me gusta mucho mi trabajo, los niños dan mucha alegría".

Dice estar muy ilusionada y alegre por el nacimiento de la niña y porque "nos ha dicho el pediatra que todo está bien", "En el embarazo he pasado algo de miedo por temor a que la niña no naciese bien". Ahora, está algo preocupada "tengo dudas de cómo cuidar bien de mi hija". "He acudido a clases de preparación al parto en mi Centro de Salud y he leído bastante sobre los cuidados del recién nacido, y aunque he practicado con los hijos de mis amigas, querría saber más sobre los cuidados del bebé, estoy dispuesta a aprender si ustedes me enseñan".

Manifiesta sus emociones y sentimientos a su marido ya que para ella es su mejor amigo.

Le gusta mucho leer y ver películas. "También me gusta mucho viajar pero en este último tiempo no he viajado mucho por el embarazo".

Su marido, al igual que ella, quiere aprender, nos pregunta y se muestra participativo y aunque cree saber cómo cuidar de la niña, también nos dice que quiere aprender más.

f. ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS SEGÚN NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

Los datos se han organizado diferenciando en cada necesidad, manifestaciones de independencia (MI), manifestaciones de dependencia (MD) y datos a considerar (DC). Tabla 2.

Tabla 2. NECESIDADES BÁSICAS DE VIRGINIA HENDERSON

1. RESPIRAR NORMALMENTE

MI: No ha fumado nunca.

MD: No se observan.

DC: No se observan.

2. COMER Y BEBER ADECUADAMENTE

MI: Ha seguido una dieta equilibrada proporcionada en su Centro de Salud.

Bebe 2 litros de agua al día.

Durante el embarazo ha llevado control en cuanto a restricción de dulces para no aumentar demasiado de peso.

MD: No se observan.

DC: Tiene buen apetito.

Come en su casa con su marido cuando salen del trabajo.

No le gusta la leche. Toma yogures para sustituirla.

En el momento de la entrevista tiene hambre, "ya tengo ganas que me den de comer algo sólido". Ha tomado líquidos que ha tolerado bien.

Es portadora de catéter venoso nº 18 en antebrazo izquierdo.

3. ELIMINAR POR TODAS LAS VÍAS CORPORALES

MI: Defeca una vez al día, sin esfuerzo ni dolor, heces conformadas, consistencia blanda, color marrón. Última deposición 30 de noviembre.

Micciona 4-5 veces al día, orina color ámbar y olor característico.

MD: No se observan

DC: Ha comenzado a expulsar gases.

4. MOVERSE Y MANTENER POSTURAS ADECUADAS

MI: Camina todos los días 1 hora por la mañana y otra por la tarde.

MD: No se observan.

DC: No se observan.

5. DORMIR Y DESCANSAR

MI: En su casa duerme 8-9 horas y se levanta descansada.

Durante la entrevista no tiene dolor, "cuando tengo un poco de dolor aviso y enseguida vienen y me ponen un calmante".

MD: No se observan.

DC: "He estado toda la noche de parto y tengo mucho sueño".

6. ESCOGER ROPA ADECUADA: VESTIRSE Y DESVESTIRSE

No se observan manifestaciones relevantes.

7. MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DE LÍMITES NORMALES, ADECUANDO LA ROPA Y MODIFICANDO EL AMBIENTE

No se observan manifestaciones relevantes.

8. MANTENER LA HIGIENE CORPORAL Y LA INTEGRIDAD DE LA PIEL

MI: Presenta un aspecto aseado, lleva el cabello limpio y las uñas cortas y limpias.

Habitualmente se ducha una vez al día, "me han dicho que mañana me levantarán al sillón y si me encuentro bien podré ducharme".

MD: No se observan.

DC: En el momento actual, necesita ayuda para la realización del aseo porque no puede levantarse de la cama.

9. EVITAR LOS PELIGROS AMBIENTALES Y EVITAR LESIONAR A OTRAS PERSONAS

MI: "Me vacuno de la gripe cada invierno ya que me considero persona de riesgo por trabajar con niños"

"Acudo cada año a una revisión ginecológica y a revisión dental".

MD: No se observan.

DC: Está contenta con el tipo de vida que lleva.

"Me gusta mucho mi trabajo, los niños dan mucha alegría".

10.COMUNICARSE CON LOS DEMÁS EXPRESANDO EMOCIONES, NECESIDADES, TEMORES U OPINIONES

MI: Manifiesta sus emociones y sentimientos a su marido ya que para ella es su mejor amigo.

MD: No se observan.

DC: Dice estar muy ilusionada y alegre por el nacimiento de la niña.

"He pasado algo de miedo por temor a que la niña no naciese bien".

"tengo dudas de cómo cuidar bien de mi hija".

"He acudido a clases de preparación al parto en mi Centro de Salud y he leído bastante sobre los cuidados del recién nacido y además he practicado con los hijos de mis amigas".

11.VIVIR DE ACUERDO CON LOS PROPIOS VALORES Y CREENCIAS

No se observan manifestaciones relevantes.

12.OCUPARSE EN ALGO DE TAL FORMA QUE SU LABOR TENGA UN SENTIDO DE REALIZACIÓN PERSONAL

No se observan manifestaciones relevantes.

13.PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

No se observan manifestaciones relevantes.

14. APRENDER, DESCUBRIR O SATISFACER LA CURIOSIDAD QUE CONDUCE A UN DESARROLLO NORMAL Y A USAR LOS RECURSOS DISPONIBLES

MI: "Querría saber más sobre los cuidados del bebé, estoy dispuesta a aprender si ustedes me enseñan".

MD: No se observan.

DC: No se observan.

OTROS DATOS DE INTERÉS:

En la entrevista, está presente su marido que al igual que ella, quiere aprender, nos pregunta y se muestra participativo y aunque cree saber cómo cuidar de la niña, también nos dice que quiere aprender más.

g. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

María acude al hospital acompañada por su marido por haber comenzado con contracciones de parto. Pasa directamente a paritorio y tras varias horas en dilatación, se realiza cesárea por desproporción cefalopélvica.

Al día siguiente al parto, se realiza la entrevista a la paciente. El estado de salud de María es bueno, no fuma, no bebe alcohol y lleva una vida sana y ordenada, sus constantes vitales se mantiene dentro de los límites normales. Lleva una vía periférica para administrar los sueros pautados y la analgesia, además, es portadora de sondaje vesical. Temporalmente precisa ayuda para la realización del aseo debido a que se encuentra en cama con la movilidad limitada debido al dolor que le produce la intervención quirúrgica.

Ésta se encuentra acompañada por su esposo. Ambos están ilusionados y a la vez temerosos por todo lo relacionado con los cuidados de la niña. En el embarazo han tenido miedo porque la niña pudiese tener algún problema pero actualmente se encuentran tranquilos ya que el pediatra les ha confirmado que todo está dentro de la normalidad.

Tanto María como su esposo, muestran disposición para aprender todo aquello relacionado con los cuidados de su hija y para aumentar los conocimientos que han

adquirido durante el embarazo. María ha decidido que va a dar a la niña lactancia materna y también quiere saber si lo está haciendo bien. Se muestran participativos en los cuidados que estamos proporcionando al bebé y continuamente demandan información y consejos.

La necesidad de aprendizaje que muestra la pareja nos lleva a enunciar el diagnóstico de salud "Disposición para mejorar los conocimientos de una madre en el cuidado de su hijo recién nacido". Pactamos con los padres una serie de sesiones para instruirlos sobre los cuidados del bebé y sobre todas las dudas que les puedan surgir.

II. FORMULACIÓN DE LOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS

PROBLEMAS DE COLABORACIÓN ^(11, 12)

- Complicación potencial: Flebitis, extravasación, acodamiento y obstrucción, secundarias a método invasivo (venoclisis).
- Complicación potencial: Hemorragia, infección y dehiscencia de sutura secundarias a intervención quirúrgica.
- Complicación potencial: trombosis venosa secundaria a modificaciones hematológicas del puerperio.
- Complicación potencial: dolor secundario a intervención quirúrgica.
- Complicación potencial: estreñimiento secundario a dolor abdominal y disminución del peristaltismo.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

DIAGNÓSTICOS DE AUTONOMÍA ^(11, 12)

- Higiene y cuidado de la piel, mucosas y faneras (suplencia parcial).

DIAGNÓSTICOS DE INDEPENDENCIA ^(7, 11, 12, 13)

- **(00161) Disposición para mejorar los conocimientos de una madre en el cuidado de su hijo recién nacido. (Conocimiento).**

III. PLANIFICIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS CUIDADOS

(00161) Disposición para mejorar los conocimientos de una madre en el cuidado de su hijo recién nacido.

Definición: Nombra una situación en la que la presencia o adquisición de información cognitiva sobre un tema específico es suficiente para alcanzar los objetivos relacionados con la salud y puede ser reforzada. ^(11,12)

CRITERIOS DE RESULTADO (NOC) ⁽¹⁴⁾

(1800) Conocimiento: lactancia materna

Definición: Grado de la comprensión transmitida sobre la lactancia y la alimentación del lactante durante la lactancia materna.

(1819) Conocimiento: cuidados del lactante.

Definición: Grado de la comprensión transmitida sobre la asistencia del niño desde el nacimiento hasta 1 año de edad.

OBJETIVOS ^(11,12)

OBJETIVO FINAL: María y su esposo aumentarán los conocimientos sobre el cuidado de su hija antes del alta hospitalaria. Evidenciado por: Tablas 3 y 4.

Tabla 3. ESCALA LIKERT

Niveles de Evidencia para el NOC: (1800) Conocimiento: Lactancia materna

INDICADORES	PUNTUACIÓN PREVIA	PUNTUACIÓN DIANA
180001 Beneficios de la lactancia materna	5	5
180005 Técnica adecuada para amamantar al bebé	4	5
180006 Posición adecuada del lactante durante la lactancia	4	5

1= Ningún conocimiento; 2= conocimiento escaso; 3= conocimiento moderado; 4= conocimiento sustancial; 5= conocimiento extenso.

Tabla 4. ESCALA LIKERT**Niveles de Evidencia para el NOC: (1819) Conocimiento: Cuidados del Lactante**

INDICADORES	PUNTUACIÓN PREVIA	PUNTUACIÓN DIANA
181913 Como bañar al lactante	4	5
181914 Cuidados del cordón umbilical	4	5
181915 Colocación de los pañales	5	5
181916 Como vestirlo de forma adecuada	5	5

1= Ningún conocimiento; 2= conocimiento escaso; 3= conocimiento moderado; 4= conocimiento sustancial; 5= conocimiento extenso.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificarán los conocimientos que quieren mejorar antes del alta hospitalaria. (Área de dependencia: Conocimiento).
- Demostrarán pericia en las habilidades requeridas para el cuidado de su hija durante los días que dure el ingreso hospitalario. (Área de dependencia: fuerza física)

INTERVENCIONES (NIC) ⁽¹⁵⁾

(5244) Asesoramiento en la lactancia

(1054) Ayuda en la lactancia materna.

(6820) Cuidados del recién nacido.

(5645) Enseñanza: seguridad del bebé (0-3meses)

ACTIVIDADES:

Confeccionamos varios documentos con información relevante para la pareja y pactamos sesiones prácticas hasta el momento del alta hospitalaria.

Día: 1 diciembre

Determinamos los conocimientos, la buena disposición y la habilidad de los padres para aprender todo lo relacionado con los cuidados del bebé.

Proporcionamos información a la pareja de la evidencia disponible sobre la efectividad y la eficiencia de las recomendaciones relativas a la lactancia natural. (Anexo 1).⁽¹⁶⁾

Facilitamos a la madre comodidad e intimidad en los primeros intentos de dar el pecho.

Revisamos con la pareja:

- Que la alimentación al pecho tiene que ser a demanda, hay que ofrecer el pecho al bebé cuando éste lo pida y durante el tiempo que quiera. (Anexo 2)⁽¹⁷⁾
- Que durante el tiempo de lactancia, la madre puede y debe hacer una vida normal con su bebé.

Monitorizamos la habilidad materna al acercar el bebé al pecho y enseñaremos a la madre las posiciones para amamantar (Anexo 3)⁽¹⁷⁾.

Evaluamos la forma de succión y agarre de la recién nacida. (Anexo 3).

Día: 2 diciembre

Animamos a los padres para que expresen sus dudas y temores. María nos comenta que ha aprendido a dar el pecho a la niña, que se siente cómoda y que la niña succiona bien.

Instruimos sobre la manera de hacer eructar al bebé. El bebé suele eructar sin dificultad al incorporarle, se puede colocar sobre el hombro, y no es necesario darle golpecitos en la espalda, con un suave masaje es suficiente. (Anexo 3).

Enseñamos a los padres a cambiar los pañales de la niña y les animamos a realizar el baño diario y la cura del cordón umbilical y reforzamos la habilidad de estos al realizar los cuidados. (Anexo 4)⁽¹⁸⁾.

Explicamos la importancia que tiene hablar con el lactante y mantener contacto visual mientras se le administran los cuidados, así como disponer de un ambiente tranquilo y sedante. Se recomienda mecer al bebé para favorecer el sueño y dar sensación de seguridad.

Día: 3 diciembre

Los padres han adquirido soltura en los cuidados del bebé, María siente seguridad y habilidad para dar de mamar a su hija y valora la experiencia como muy positiva.

La pareja nos demanda información sobre medidas importantes de seguridad para adoptar con la recién nacida.

- Informamos de las normas para utilizar sólo cunas seguras con separaciones mínimas entre barrotes.
- La importancia de evitar el uso de cualquier objeto que se coloque alrededor del cuello del bebé como joyas, cadenas o cordones.
- Las necesidades de seguridad del bebé en el coche, que debe viajar siempre bien sujeto y con la sillita homologada.
- Que hay que comprobar la temperatura del agua del baño introduciendo el codo o el dorso de la mano dentro de la bañera.

7. EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS

Desde la primera sesión, los padres se han mostrado participativos, adquiriendo progresos con rapidez.

Durante los tres días que ha durado el ingreso hospitalario, han ido aumentando los conocimientos que ya poseían sobre el cuidado de su hija, identificando en todo momento todo aquello que necesitaban mejorar y han demostrado gran habilidad en la práctica de las actividades que hemos realizado de forma conjunta.

En el momento del alta hospitalaria, la pareja ha alcanzado los objetivos que nos habíamos planteado y se muestran muy satisfechos con los logros alcanzados. Han aumentado la puntuación de los Niveles de Evidencia de la Escala Likert, consiguiendo la puntuación diana que nos habíamos propuesto. (Tablas 5 y 6)

Tabla 5. ESCALA LIKERT**Niveles de Evidencia para el NOC: (1800) Conocimiento: Lactancia materna**

INDICADORES	PUNTUACIÓN		
	PREVIA	DIANA	ACTUAL
180001 Beneficios de la lactancia materna	5	5	5
180005 Técnica adecuada para amamantar al bebé	4	5	5
180006 Posición adecuada del lactante durante la lactancia	4	5	5

1= Ningún conocimiento; 2= conocimiento escaso; 3= conocimiento moderado; 4= conocimiento sustancial; 5= conocimiento extenso.

Tabla 6. ESCALA LIKERT**Niveles de Evidencia para el NOC: (1819) Conocimiento: Cuidados del Lactante**

INDICADORES	PUNTUACIÓN		
	PREVIA	DIANA	ACTUAL
181913 Como bañar al lactante	4	5	5
181914 Cuidados del cordón umbilical	4	5	5
181915 Colocación de los pañales	5	5	5
181916 Como vestirlo de forma adecuada	5	5	5

1= Ningún conocimiento; 2= conocimiento escaso; 3= conocimiento moderado; 4= conocimiento sustancial; 5= conocimiento extenso.

8. DISCUSIÓN/IMPLICACIÓN PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

En este trabajo, se ha desarrollado un diagnóstico de enfermería de promoción de la salud, que según deja reflejado M. T. Luis en "De la Teoría a la Práctica", los diagnósticos de promoción de la salud, son respuestas de la persona relacionadas con la satisfacción de las necesidades básicas, que resultan apropiadas pero mejorables y sobre las que la persona puede y quiere incidir aumentando o añadiendo los conocimientos.

Se pretende destacar la necesidad que tienen las parejas que acaban de tener un hijo de recibir información individualizada sobre los cuidados que precisa el recién nacido. No se puede estandarizar la enseñanza que desde enfermería se realiza, se debe centrar la atención en cada uno de los aspectos que necesitan ser reforzados puesto que cada padre y madre son distintos del resto, demandan cosas diferentes y además pueden aparecer problemas o situaciones relacionadas con su hijo para las cuales no hayan recibido ningún tipo de información.

Una buena intervención enfermera en este tipo de pacientes, puede conseguir que un diagnóstico de promoción de la salud nos evite la aparición de diagnósticos de riesgo o incluso Diagnósticos reales que representarían una mayor repercusión socio-económica.

9. AGRADECIMIENTOS

A la Escuela Universitaria de Enfermería de Huesca por darme la oportunidad de completar mi formación académica en sus aulas.

A mis tutoras Nuria y M^a Carmen por su paciencia, tiempo, dedicación y ayuda prestada en la realización de este trabajo.

A mis compañeras de trabajo que durante estos cuatro años han puesto todas las facilidades a mi alcance.

A mis amigas: Natalia, Raquel, Alex, María, Miryan, Alba, Isabel y Mika por todo el cariño que me han dado.

A mi madre que tanta ilusión tenía en que estudiase enfermería.

Y sobre todo a mi marido y mis hijos por su paciencia, comprensión y apoyo en todos los momentos buenos y malos que han surgido durante la carrera.

A todos ellos... ¡Gracias!

10.BIBLIOGRAFÍA

1. Guerrero Sáez, T. Distocias Dinámicas [monografía en Internet]. Granada: Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Virgen de las Nieves; 2008 [citado 11 enero 2014]. Disponible en:
http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/cr08.distocias_dinamicas.pdf
2. Torrens Sigalés RM, Martínez Bueno C. Enfermería de la mujer. 2a ed. Madrid: Ediciones DAE grupo Paradigma; 2009.
3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estadísticas de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado. Madrid: Gobierno de España; 2011. [citado 11 enero 2014]. Número identificativo de Publicaciones Oficiales (NIPO) en línea: 840-09-108-8. Disponible en:
http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/TablasSIAE2011/Estad_de_SIAE_2011_nacionales.pdf
4. Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital San Jorge. Memoria de Actividad. Huesca: Hospital San Jorge; 2013.
5. Escribano Alfaro PM, Molina Salmerón M, Martínez García AM, Et al. Impacto de la Educación Maternal, vivencia subjetiva materna y evolución del parto [monografía en internet]. Toledo: Universidad de Castilla la Mancha; 2010 [citado 15 enero 2014]. Disponible en:
<https://ruidera.uclm.es/xmlui/bitstream/handle/10578/308/1996-2.pdf?sequence=1>
6. Agraz Patiño E, Batanero Gómez B. Hombre: Sujeto de derecho en la Educación Maternal [Internet]. En: Congreso Iberoamericano de Masculinidades y Equidad: Investigación y Activismo. Barcelona: Cime; 2011 [Citado 30 enero 2014]. Disponible en:
http://www.cime2011.org/home/panel5/cime2011_P5_EsperanzaAgraz.pdf
7. Luis Rodrigo MT, Fernández Fermín C, Navarro Gómez MV. De la Teoría a la Práctica. El Pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XX. 3a ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2005.
8. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Boletín Oficial del Estado nº 298, de 14 diciembre 1999.
9. Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. Boletín Oficial del Estado nº 17, de 19 enero 2008.
10. Vademecum Internacional. 54 ed. Madrid: Medicom editorial; 2013.

11. Herdman TH. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2012.
12. Luis Rodrigo MT. Los Diagnósticos Enfermeros, Revisión crítica y guía práctica. 9a ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2013.
13. Arribas Cachá A, Amezcua Sánchez A, Sellán Soto C, et al. Diagnósticos Enfermeros Normalizados. Madrid: Fuden; 2012.
14. Moorhead S, Johnson M, Maas LM, Swanson E. Clasificación de Resultados de enfermería (NOC). 4a ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2009.
15. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey Dochterman B. Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC). 5a ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2009.
16. Comité de Lactancia Materna. Recomendaciones sobre Lactancia Materna [monografía en Internet]. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2012 [citado 28 enero 2014]. Disponible en:
http://www.aeped.es/sites/default/files/recomendaciones_lm_26-1-2012.pdf
17. Gobierno de Aragón. Guía de Lactancia Materna. Zaragoza: Departamento de Salud y Consumo; 2010.
18. Gobierno de Aragón. Guía Cuídame para madres y padres, los Cuidados después del parto en los primeros años de vida. Zaragoza: Departamento de Salud y Consumo; 2005.
19. Salamanca Castro, AB. El aeiou de la investigación en enfermería. Madrid: FUDEN; 2013.
20. Águila Barranco JC, Bellido Vallejo JC. Plan de Cuidados Estandarizado del Embarazo-Parto-Puerperio en Atención Especializada. Rev Enferm Inquietudes. 2005; XI (32): 6-13.
21. Ministerio de Sanidad y Política Social. Cuidados desde el nacimiento: Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010.
22. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Manual de Lactancia Materna. De la Teoría a la Práctica. Madrid: Panamericana; 2008.
23. Johnson M, Moorhead S, Buleckek GM, Butcher HK, Maas ML, Swanson E. Vínculos de NOC y NIC a Nanda-I y Diagnósticos médicos. Soporte para el razonamiento crítico y la calidad de los cuidados. Barcelona: Elsevier España SL; 2012.

11. ANEXOS

ANEXO 1 ⁽¹⁶⁾

RECOMENDACIONES SOBRE LACTANCIA MATERNA DEL COMITÉ DE LACTANCIA MATERNA DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE PEDIATRIA

La leche materna es el mejor alimento para el lactante. Cubre las necesidades nutricionales para su adecuado crecimiento y desarrollo físico y desde el punto de vista emocional le asegura el establecimiento de un buen vínculo madre-hijo

La madre que amamanta protege el medio ambiente al disminuir el consumo de electricidad y agua así como la generación de diversos contaminantes ambientales que se producen durante la fabricación, el transporte y la distribución de los sucedáneos de la leche materna y de los utensilios utilizados para su administración.

La superioridad de la leche materna viene determinada especialmente por su composición, que se adapta a las necesidades del lactante y varía a lo largo de la lactancia, a lo largo del día, e incluso a lo largo de cada toma.

El calostro es la primera leche, es más amarillenta contiene gran cantidad de proteínas e inmunoglobulinas y aporta gran cantidad de calorías en pequeño volumen. Es el alimento ideal para los primeros días, ya que el tamaño del estómago del bebé es pequeño y necesita realizar tomas frecuentes de poca cantidad.

A partir del primer día de vida lo habitual es que el lactante mame frecuentemente, y que las tomas sean irregulares y más frecuentes por la noche. El principal estímulo para la producción de leche es la succión del niño y el vaciado del pecho, por ello, cuantas más veces mame más cantidad de leche se producirá. La leche no se gasta, cuanto más toma el bebé, más produce la madre.

Es importante ofrecer el pecho a demanda, siempre que el bebé lo requiera y todo el tiempo que quiera. Los signos más precoces de hambre son el chupeteo, cabeceo, sacar la lengua, llevarse las manos a la boca... este es el momento ideal

para ponerlo a mamar. No es bueno esperar a que llore para ponerlo al pecho ya que el llanto es un signo tardío de hambre y no será fácil que se agarre al pecho hasta que se haya tranquilizado.

El recién nacido sano que mama adecuadamente y a demanda, no necesita otros líquidos diferentes a la leche materna.

El tema del empleo del chupete en el niño con lactancia materna genera controversias entre profesionales, padres y la sociedad en general. El comité de Lactancia de la Asociación Española de Pediatría, ha publicado recientemente un artículo científico que revisa la evidencia del uso de chupetes en el niño alimentado con lactancia materna.

Las recomendaciones que realiza se pueden resumir en las siguientes:

- La lactancia materna exclusiva debe recomendarse durante los primeros seis meses para la protección del síndrome de muerte súbita del lactante.
- Debe evitarse el chupete en los niños alimentados al pecho hasta que la lactancia materna esté bien establecida, generalmente a partir del primer mes de vida.
- El chupete puede ser un marcador de la existencia de problemas con la lactancia. Si el niño chupa de un chupete nos indica que quiere mamar y lo correcto sería ofrecerle el pecho y no tenerlo entretenido con una succión no nutritiva.
- Existen otros procedimientos para calmar al bebé como el contacto piel con piel y otros métodos de succión no nutritiva, además del chupete.

ANEXO 2 ⁽¹⁷⁾

Resumen extraído de la “Guía informativa sobre lactancia materna del Gobierno de Aragón” en cuanto a la frecuencia y duración de las tomas.

Al principio el bebé mama unas cuantas veces con rapidez y luego empieza a hacerlo más profunda y rítmicamente. A veces mama un rato para luego descansar, volver a mamar unas cuantas veces y volver a descansar de nuevo. Algunos niños, sobre todo al principio, necesitan veinte o treinta minutos en un pecho; otros, cuando tienen varios meses de práctica, acaban en menos de tres minutos y ya no quieren más.

Mientras que el bebé muestre interés por mamar en un pecho se le deja mamar hasta que se suelte por sí mismo o se quede dormido. Después se ofrece el segundo pecho, aunque no todas las veces lo querrá, es variable. Lo más importante es que vacíe bien el primer pecho antes de pasar al segundo.

Después de terminar el primer pecho se puede cambiar el pañal si es necesario antes de ofrecer el segundo, que no siempre querrá tomar.

El pecho no tiene horario, se recomienda amamantar sin horarios, simplemente cada vez que el bebé busque o llore se debe ofrecer el pecho.

ANEXO 3⁽¹⁷⁾

Resumen extraído de la “Guía informativa sobre lactancia materna del Gobierno de Aragón” en cuanto a la posiciones para la lactancia.

Con posición de la madre sentada, la espalda debe estar recta, no recostada hacia atrás, la silla tiene que ser de respaldo recto, los pies bien apoyados en el suelo y las rodillas ligeramente más altas que el regazo, es conveniente ayudarse de un reposa-pies. (Figura 1)



Figura 1

Facilita la posición, colocar al bebé sobre una almohada en el regazo de la madre.

Tanto si la madre está tumbada o sentada, para una buena posición conviene que el bebé esté cerca del cuerpo de la madre, barriga con barriga, todo el cuerpo mirando al de la madre. (Figura 2)



Figura 2

Un indicador de posición correcta, cuando la madre está sentada, es que la oreja, el hombro y la cadera del bebé estén en línea recta.

Es muy importante la posición de los labios y la lengua del bebé (Figura 3), para favorecer esto es conveniente que el bebé:

- Tenga la nariz a la altura del pezón.
- Que se acerque el bebé al pecho y no el pecho al bebé.
- Que la boca esté abierta completamente para que pueda tomar una buena parte de la areola mamaria.
- Los labios deben estar doblados hacia fuera.
- Debe aparecer más areola por encima de la boca del bebé que por debajo.
- Las mejillas del bebé están redondeadas y se mueve la mandíbula, la sien y la oreja del niño.

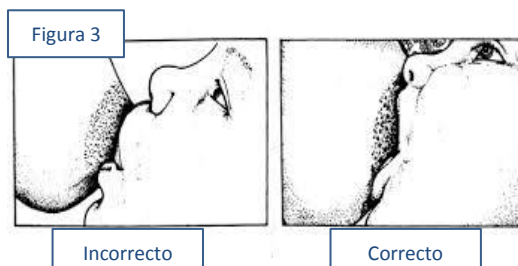


Figura 3

Incorrecto

Correcto

Para hacer eructar al bebé, los masajes y golpecitos suaves en la espalda deben ser suficientes. Los eructos ayudan a expulsar parte del aire que los bebés tienden a tragar mientras se alimentan. En algunos bebés, el hecho de no hacerlos eructar frecuentemente y el exceso de aire tragado pueden hacerlos regurgitar, estar inquietos y tener gases.

Hay que intentar experimentar con distintas posturas para hacer eructar al bebé a fin de encontrar aquella que les resulte más cómoda a ambos (Figura 4). Algunas de las posiciones favorecedoras del eructo son:

- **Sentarse bien erguido y apoyar al bebé contra el pecho.** La barbilla del bebé debería reposar sobre su hombro mientras usted sostiene al bebé con una mano. Con la otra mano, vaya dándole suaves palmaditas en la espalda. El hecho de sentarse en una mecedora y mecerse suavemente con el bebé mientras hace lo que acabamos de describir también puede ayudarle.
- **Sentar al bebé en el regazo o sobre las rodillas.** Sostenga el pecho y la cabeza del bebé con una mano, apoyando la barbilla o mentón del pequeño en la palma de la mano, de modo que el extremo de la palma que está en contacto con la muñeca repose sobre el pecho del bebé (pero tenga cuidado en cogerlo por la barbilla, no por la garganta). Utilice la otra mano para dar suaves palmaditas en la espalda del bebé.
- **Colocar al bebé, tumbado boca abajo, sobre el regazo.** Sostenga la cabeza del bebé y asegúrese de que queda más alta que el pecho. Dar suaves palmaditas en la espalda.



Figura 4

ANEXO 4⁽¹⁸⁾

Resumen extraído de la “Guía Cuídame” del Gobierno de Aragón para padres y madres.

El baño.

El baño puede ser diario desde el nacimiento. Hay que elegir el momento del día más tranquilo para que al bebé le resulte relajante.

Hay que tener todo lo que se puede necesitar a mano, no llenar mucho la bañera y controlar la temperatura del agua (36-38º) introduciendo el codo o el dorso de la mano dentro de la bañera.

La temperatura ambiente debe ser entre 22-24º y se deben evitar las corrientes de aire. Se deben usar jabones suaves y en poca cantidad.

El baño no debe durar demasiado, bastan unos minutos y a medida que el bebé va creciendo se puede prolongar.

Sacar al bebé del agua con cuidado, envolverlo y secar con una toalla seca y templada con la mayor suavidad.

Se puede hidratar la piel una vez se haya terminado de secar aprovechando para realizar un masaje al bebé que le permitirá un contacto más íntimo con los padres.

El ombligo.

Se limpia diariamente con un antiséptico tipo Clorhexidina para favorecer la cicatrización y prevenir infecciones. Hay que mantenerlo siempre limpio y seco. Cuando el ombligo se caiga, hay que seguir limpiándolo hasta que esté perfectamente seco y cicatrizado.

Cambio de pañales.

Se debe realizar en una superficie amplia sin dejar al bebé solo ya que cualquier movimiento que haga puede suponer una caída.

Cambiar el pañal lo más frecuentemente posible para evitar irritaciones de la piel. Se puede poner crema o bálsamo para evitar irritaciones, no usar polvos de talco ya que retienen la humedad y además si es aspirado por el bebé puede ser tóxico.