	GESTIÓN DE SERVICIOS ACADÉMICOS Y BIBLIOTECARIOS		CÓDIGO	FO-GS-15	
			VERSIÓN	02	
	ESQUEMA HOJA DE RESUMEN			FECHA	03/04/2017
				PÁGINA	1 de 1
ELABORÓ		REVISÓ	APROBÓ		
Jefe División de Biblioteca		Equipo Operativo de Calidad	Líder de Calidad		

RESUMEN TRABAJO DE GRADO

AUTOR(ES): NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS

NOMBRE(S): FREDDY ELIAS **APELLIDOS:** PERILLA PORTILLA

NOMBRE(S): MEYBET ALEJANDRA **APELLIDOS:** ALBA LEON

NOMBRE(S): DUBAN ALEXIS **APELLIDOS:** CASTRO GALVAN

FACULTAD: CIENCIAS DE LA SALUD **PLAN DE ESTUDIOS:** ENFERMERÍA

DIRECTOR:

NOMBRE(S): MYRIAM **APELLIDOS:** GARCIA GÓMEZ

TÍTULO DEL TRABAJO (TESIS): “PROGRAMA DE CUIDADO EN CASA A LAS PUÉRPERAS EGRESADAS DE LA CLÍNICA MEDICAL DUARTE Y A SU RECIÉN NACIDO HASTA LOS SEIS MESES DE EDAD DURANTE EL II SEMESTRE DEL AÑO 2019 Y I SEMESTRE DEL AÑO 2020”

RESUMEN

Objetivo: ejecutar el programa de cuidado en casa a las puérperas egresadas de la Clínica Medical Duarte y a su recién nacido hasta los seis meses de edad durante el II semestre del año 2019 y I Semestre del año 2020. **Metodología:** El proyecto se desarrolló en 4 fases, con una población de 137 puérperas. **Resultados:** Se evidencio como el acompañamiento del personal de Enfermería con las visitas domiciliarias contribuyeron de forma significativa en el cuidado hacía la puérpera y la o el recién nacido. **Conclusiones:** Se evidencio la importancia del cuidado transcultural y el gran papel que puede cumplir Enfermería en el cuidado postparto, siendo un punto clave para mejorar los conocimientos y prácticas que tienen las puérperas en este proceso que se hace fundamental, para ella, el recién nacido y su familia, integrándolos a todo como un núcleo del cuidado.

PALABRAS CLAVES: Puerperio; Cuidados del Recién nacido; Cuidado en el Hogar; Lactancia Materna; Cuidado Transcultural

CARACTERÍSTICAS: PÁGINAS: 171 PLANOS: _____ ILUSTRACIONES: 42 CD ROOM: _____

PROGRAMA DE CUIDADO EN CASA A LAS PUÉRPERAS EGRESADAS DE LA
CLÍNICA MEDICAL DUARTE Y A SU RECIÉN NACIDO HASTA LOS SEIS MESES
DE EDAD DURANTE EL II SEMESTRE DEL AÑO 2019 Y I SEMESTRE DEL AÑO

2020

FREDDY ELIAS PERILLA PORTILLA

MEYBET ALEJANDRA ALBA LEÓN

DUBAN ALEXIS CASTRO GALVAN

UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

PLAN DE ESTUDIOS DE ENFERMERÍA

2021

PROGRAMA DE CUIDADO EN CASA A LAS PUÉRPERAS EGRESADAS DE LA
CLÍNICA MEDICAL DUARTE Y A SU RECIÉN NACIDO HASTA LOS SEIS MESES
DE EDAD DURANTE EL II SEMESTRE DEL AÑO 2019 Y I SEMESTRE DEL AÑO

2020

FREDDY ELIAS PERILLA PORTILLA

MEYBET ALEJANDRA ALBA LEÓN

DUBAN ALEXIS CASTRO GALVAN

DIRECTORA: MYRIAM GARCÍA GÓMEZ

UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

PLAN DE ESTUDIOS DE ENFERMERÍA

2021

**ACTA DE SUSTENTACION
PROYECTO DE INVESTIGACION**

FECHA: 29 DE ABRIL DE 2021

HORA: 02:00 P.M

ENLACE CONEXION: <https://meet.google.com/uko-szax-bxo> **PROGRAMA:** ENFERMERIA

TITULO DE LA PASANTIA: "PROGRAMA DE CUIDADO EN CASA A LAS PUÉRPERAS EGRESADAS DE LA CLÍNICA MEDICAL DUARTE Y A SU RECIÉN NACIDO HASTA LOS SEIS MESES DE EDAD DURANTE EL II SEMESTRE DEL AÑO 2019 Y I SEMESTRE DEL AÑO 2020."

JURADOS: DORIS AMPARO PARADA RICO
VERÓNICA CASTRO NIETO
DÉBORA MILENA ÁLVAREZ

DIRECTOR: MYRIAM GARCÍA GÓMEZ

ESTUDIANTE	CÓDIGO	NOTA	CALIFICACIÓN		
			(A)	(M)	(L)
<u>FREDDY ELÍAS PERILLA PORTILLA</u>	<u>1800899</u>	<u>3.9</u>	X		
<u>MEYBET ALEJANDRA ALBA LEÓN</u>	<u>1800910</u>	<u>3.9</u>	X		
<u>DUBÁN ALEXIS CASTRO GALVÁN</u>	<u>1800914</u>	<u>3.9</u>	X		

FIRMA JURADOS


DORIS AMPARO PARADA RICO


VERÓNICA CASTRO NIETO


DEBORA MILENA ALVAREZ YAÑEZ


DIANNE SOFIA GONZÁLEZ ESCOBAR
Vo.Bo Directora Programa Enfermería



**CARTA DE AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA LA CONSULTA, LA
REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y LA PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA
DEL TEXTO COMPLETO**

Cúcuta, 06 de agosto 2021

Señores

BIBLIOTECA EDUARDO COTE LAMUS

Ciudad

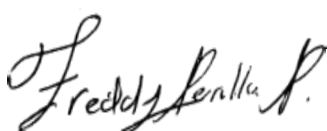
Cordial saludo:

Meybet Alejandra Alba León, identificada con la C.C. N° 1090528770, Duban Alexis Castro Galván, identificado con la C.C. N° 1010068848, Freddy Elias Perilla Portilla, identificado con la C.C. N° 1094268979, autor(es) de la tesis y/o trabajo de grado titulado Programa De Cuidado En Casa A Las Púerperas Egresadas De La Clínica Medical Duarte Y A Su Recién Nacido Hasta Los Seis Meses De Edad Durante El II Semestre Del Año 2019 Y I Semestre Del Año 2020 presentado y aprobado en el año 2021 como requisito para optar al título de Enfermería; autorizo(amos) a la biblioteca de la Universidad Francisco de Paula Santander, Eduardo Cote Lamus, para que con fines académicos, muestre a la comunidad en general a la producción intelectual de esta institución educativa, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera:

- los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo de grado en la página web de la Biblioteca Eduardo Cote Lamus y en las redes de información del país y el exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad Francisco de Paula Santander.
- Permita la consulta, la reproducción, a los usuarios interesados en el contenido de este trabajo, para todos los usos que tengan finalidad académica, ya sea en formato CD-ROM o digital desde Internet, Intranet etc.; y en general para cualquier formato conocido o por conocer.

Lo anterior, de conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la ley 1982 y el artículo 11 de la decisión andina 351 de 1993, que establece que “los derechos morales del trabajo son propiedad de los autores”, los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.

FIRMA Y CEDULA



Freddy Elias Perilla Portilla

CC: 1094268979



Duban Alexis Castro Galván

CC: 1010068848



Meybet Alejandra Alba León

CC: 1090528770

Tabla de Contenido

1.	Introducción	14
2.	Descripción del proyecto	18
3.	Objetivos	28
3.1.	Objetivo general	28
3.2.	Objetivos específicos	28
4.	Justificación	30
5.	Marco teórico	35
6.	Marco referencial	40
7.	Marco conceptual	51
8.	Marco legal	82
9.	Marco contextual	85
10.	Metodología y aspectos éticos	88
10.1.	Criterios de inclusión al programa	88
10.2.	Criterios de exclusión	88
11.	Descripción del programa	90
11.1.	Fase I: captación de la puérpera y recién nacido	91
11.2.	Fase II: visita domiciliaria en el 7 día posparto.	92
11.3.	Fase III: Seguimiento a los 40 días de posparto en el domicilio	93
11.4.	Fase IV: Seguimiento a los 2, 4 y 6 meses de posparto en el domicilio	94
12.	Resultados	94
12.1.	Primera fase del programa	95
12.2.	Segunda fase del Programa	96

12.3.	Tercera fase del Programa	96
12.4.	Cuarta fase del programa	96
13.	Conclusiones	123
14.	Recomendaciones	125
15.	Bibliografía	126
16.	Anexos	141

Lista de tablas

Tabla 1 Puérperas egresadas de La Clínica Medical Duarte del II semestre del 2019 hasta el I semestre del 2020	98
Tabla 2 Edad de las puérperas egresadas de La Clínica Medical Duarte del II semestre del 2019 hasta el I semestre del 2020	98
Tabla 3 Prácticas de cuidado de las puérperas durante los primeros seis meses posparto.	105

Lista de gráficas

Gráfica 1 Estado civil de las puérperas egresadas de la Clínica Medical Duarte del II semestre del 2019 hasta el I semestre del 2020	99
Gráfica 2 Ocupación de las puérperas egresadas de la Clínica Medical Duarte del II semestre del 2019 hasta el I semestre del 2020	101
Gráfica 3 Nivel socio demográfico de las puérperas y recién nacidos egresados de la Clínica Medical Duarte del II semestre del 2019 hasta el I semestre del 2020	102
Gráfica 4 Género de los recién nacidos de madres egresadas de la Clínica Medical Duarte del II semestre del 2019 hasta el I semestre del 2020	103
Gráfica 5 Tipo de parto de madres egresadas de la Clínica Medical Duarte del II semestre del 2019 hasta el I semestre del 2020	104
Gráfica 6 Restricción de algún tipo de alimento durante la etapa del puerperio	109
Gráfica 7 Alteraciones encontradas en las puérperas egresadas de la Clínica Duarte durante el II semestre del 2019 hasta el I semestre del 2020.	111
Gráfica 8 Alteraciones en el recién nacido de la puérpera egresada de la Clínica Medical Duarte durante el II semestre del 2019 hasta el I semestre del 2020	112
Gráfica 9 Técnica de agarre de recién nacido egresado de la Clínica Medical Duarte durante el II semestre del 2019 hasta el I semestre del 2020	114
Gráfica 10 Uso de sucedáneos en los recién nacidos egresados de la Clínica Medical Duarte desde el II semestre del 2019 y el I semestre del 2020	116
Gráfica 11 Puérperas asistentes al programa de planificación familiar egresadas de La Clínica Medical Duarte en el II semestre del 2019 y I semestre del 2020	117
Gráfica 12 Métodos anticonceptivos empleados por las puérperas egresadas de La Clínica Medical Duarte en el II semestre del 2019 y I semestre del 2020	118

Gráfica 13 Recién nacidos inscritos al programa de crecimiento y desarrollo egresados de La Clínica Medical Duarte en el II semestre del 2019 y I semestre del 2020 120

Gráfica 14 Esquema de vacunación según edad en los recién nacidos egresados de La Clínica Medical Duarte en el II semestre del 2019 y I semestre del 2020 121

Lista de anexos

Anexo 1 Consentimiento Informado	141
Anexo 2 Formato de valoración de la puérpera	142
Anexo 3 Instrumento: Formato de valoración del recién nacido	147
Anexo 4 Cuestionario prácticas de cuidado que realizan consigo mismas las mujeres en el posparto	151
Anexo 5 Lista de chequeo: Formato de evaluar la alimentación del lactante	153
Anexo 6 Evidencia Fotográfica	158
Anexo 7 Material: Ayudas metodológicas de las intervenciones educativas	165

Resumen

Objetivo: ejecutar el programa de cuidado en casa a las puérperas egresadas de la Clínica Medical Duarte y a su recién nacido hasta los seis meses de edad durante el II semestre del año 2019 y I Semestre del año 2020. **Metodología:** El proyecto se desarrolló en 4 fases, con una población de 137 puérperas. **Resultados:** Se evidencio como el acompañamiento del personal de Enfermería con las visitas domiciliarias contribuyeron de forma significativa en el cuidado hacía la puérpera y la o el recién nacido, siendo un ejemplo claro cumplir el 100% de los esquemas de vacunación al día en los niños intervenidos

Conclusiones: Se evidencio la importancia del cuidado transcultural y el gran papel que puede cumplir Enfermería en el cuidado postparto, siendo un punto clave para mejorar los conocimientos y prácticas que tienen las puérperas en este proceso que se hace fundamental, para ella, el recién nacido y su familia, integrándolos a todo como un núcleo del cuidado

1. Introducción

El acompañamiento de enfermería juega un papel importante en la promoción de los cuidados del recién nacido, es por eso que influye de manera positiva en la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses y la alimentación complementaria; según datos estadísticos de la OMS en el 2019, casi el 45% de los niños menores de cinco años que fallecen cada año son lactantes recién nacidos: bebés de menos de 28 días o en período neonatal. Tres de cada cuatro fallecimientos de recién nacidos se producen en la primera semana de vida. En los países en desarrollo, casi la mitad de las madres y recién nacidos no reciben cuidados profesionales durante el parto y posparto. (1)

Con base en lo anterior, el presente proyecto se desarrolla con las púérperas egresadas de la Clínica Medical Duarte Zona Franca CMD-ZF, pacientes con residencia en el municipio de Cúcuta, con el fin de identificar las alteraciones y posibles complicaciones en el binomio madre e hijo (hasta los seis meses de edad), evaluando tanto las prácticas de cuidado utilizadas por la madre, así como la conducta de las instituciones de salud frente a estos pacientes. A raíz de esto surge la necesidad de diseñar intervenciones pertinentes y eficaces que busquen el fortalecimiento de la salud a través de un cuidado integral.

De acuerdo con la evidencia, en el periodo de puerperio, las mujeres y sus recién nacidos permanecen en casa, por lo tanto, se ha logrado observar que los cuidados basados en prácticas culturales tienen gran influencia sobre las madres y sus niños, lo que de alguna manera interfiere en la inasistencia a los controles profesionales programados. Debido a esto, surge la necesidad de crear estrategias de participación en salud, donde el profesional de enfermería realice el acompañamiento por medio de visitas domiciliarias donde se involucre

a la familia y se diseñen estrategias de cuidado continuo que sobrepasen los límites intrahospitalarios.

Es importante resaltar que muchas de las alteraciones del estado de salud que se presentan en el binomio madre-hijo son prevenibles, entre otras se encuentran las infecciones, la dermatitis, problemas gastrointestinales, como estreñimiento o diarrea y una lactancia materna ineficaz, las cuales pueden disminuir su incidencia, si se cumplen los parámetros básicos de cuidado que requieren estos pacientes. (2)

En este sentido se considera indispensable que las madres y familiares que se enfrentan a una nueva etapa de sus vidas en la cual se asumen retos como la adopción del rol materno, proceso de crianza, adaptaciones fisiológicas y el establecimiento de la lactancia materna, sean sensibilizados y/o empoderados a través de la orientación, mejoramiento del conocimiento, acompañamiento y seguimiento de enfermería, mediante ayudas educativas que capten su atención.

Con esto se pretende identificar los conocimientos y prácticas presentes tanto en las púerperas como en las redes de apoyo involucradas en su cuidado (debido a que estas son un eje principal y están presentes durante todo el proceso de puerperio), detección oportuna de los riesgos, promoción de cuidados eficaces basados en un cuidado transcultural donde se utilice la negociación como medio de solución para la búsqueda de la salud y finalmente el logro conjunto de la prevención de alteraciones.

Partiendo de un diseño donde se plasma el plan de intervenciones fundamentado en la orientación y educación, el presente proyecto logrará el fomento de la adherencia por parte de

las usuarias a las políticas de promoción de la salud ofertados por la CMD-ZF, institución de salud, que incluye en su misión el bienestar del binomio madre e hijo y todo su núcleo familiar. Siendo consecuentes con la dimensión del proyecto, se espera que las intervenciones diseñadas garanticen la disminución de la morbilidad mediante la prevención de situaciones de amenaza en el puerperio y la mortalidad materna e infantil y finalmente redunden en resultados positivos para la salud y bienestar del binomio madre hijo de esta población.

Título

PROGRAMA DE CUIDADO EN CASA A LAS PUÉRPERAS EGRESADAS DE LA CLINICA MEDICAL DUARTE Y A SU RECIÉN NACIDO HASTA LOS SEIS MESES DE EDAD DURANTE EL II SEMESTRE DEL AÑO 2019 Y I SEMESTRE DEL AÑO 2020

2. Descripción del proyecto

El puerperio es el periodo que comprende diferentes etapas, estas se clasifican en tres, los cuales son puerperio inmediato el cual abarca las 24 primeras horas después del parto, el puerperio mediato el cual se extiende desde el segundo al décimo día y el puerperio tardío que llega o se aproxima a los 40 días después del parto. En este lapso, el cuerpo de la mujer recupera paulatinamente las características previas al embarazo. (3) En esta etapa se presentan riesgos específicos tanto para la mujer como para su hijo recién nacido, nuevas condiciones físicas y emocionales que tiene que adaptar a su estilo de vida, nuevos cuidados que involucran componentes culturales, tradiciones que pueden ser lesivas para la salud y que por desconocimiento pueden darse sin percepción del riesgo.

De acuerdo con las proyecciones del DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadística) para 2018 se reportaron 637.669 nacimientos en el total nacional. Diferente del año 2017, donde los nacimientos en el país fueron 657.604. Entre 2017 y 2018 se presentó una variación 3%, evidenciando una disminución de nacimientos para el año 2018, Por grupos de edad de la madre, en 2018 la mayor proporción de nacimientos se presenta en mujeres entre los 20 y los 24 años, con 183.511 nacimientos, lo que representa el 28,77% del total, seguido por las madres entre los 25 y los 29 años con 153.742 nacimientos, correspondientes al 24.11%, quedando en menor proporción el grupo de 50 a 54 años (135 nacimientos) (4)

Sin embargo a pesar de ser un país donde el 92% de los partos en los últimos cinco años fue atendido por médicos y el 5% por enfermeras profesionales, persisten problemas de calidad en los servicios, que se traducen en una razón de mortalidad de mujeres gestantes de

54.62 muertes / 100.000 niños nacidos vivos (año 2014) una cifra muy alta comparada con el nivel de desarrollo de Colombia (4), como parte del compromiso de los países en su contribución a la reducción de este problema, en la Agenda de Desarrollo Sostenible se pactó el Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) número tres (3), donde una de las metas es reducir la razón de mortalidad materna mundial a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos entre 2016 y 2030 (5)

Para Norte de Santander el total de la población general es de 1.379.533 (año 2017), el 50.46% corresponde a la población femenina con 696.128 de la cual el 27% de la población es menor de 15 años y el 11% es población de 65 o más años. El 62% de la población se encuentra en edad productiva (6) Siendo este un grupo de interés y en alto porcentaje requiere de una atención integral a la mujer abarcando todas las partes de su ciclo vital como lo es la gestación, parto y puerperio.

A nivel departamental, la tasa global de fecundidad, o el número de hijos que en promedio han tenido las mujeres residentes en Norte de Santander, se ha mostrado casi que constante en el tiempo ya que con el correr de los años, entre 2005 y 2010 fue de 2,57, pasando entre 2010 y 2015 a 2,41. Y teniendo una proyección a 2015 – 2020 de 2,33 hijos por mujer. (7)

En Norte de Santander para el 2016 la tasa de natalidad fue de 15 nacimientos por cada 1000 mujeres, por otro lado los datos arrojaron que la tasa de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años equivalen 2.6 nacimientos por cada 1000 niñas en ese rango de edad, el otro grupo de edad resaltante es de 15 a 19 años de edad lo cual equivale a 69.1 nacimientos por cada 1000 mujeres de ese rango de edad, en lo cual se analiza que a mayor edad mayor número de nacimientos en norte de Santander. (8)

Los datos del DANE para el preliminar del 2019 con corte al 31 de marzo, la cifra de nacimientos en el departamento fue de 5.558, siendo resaltados los rangos de edades de las madres entre 20 y 29 años las cuales tienen las mayores cifras de fecundidad. (9)

De acuerdo al Análisis de Situación de Salud con el Modelo de Determinantes Sociales del departamento Norte de Santander, en 2016, las causas identificadas para la mortalidad materna son los factores de prestación de servicios de salud, destacándose la poca accesibilidad a los servicios de salud, inadecuada calidad en la atención, poca capacitación al personal asistencial, baja credibilidad institucional, desconocimiento por parte del personal de salud de las normas técnicas y guías de atención definidas por el nivel nacional. Dentro de los factores sociales, económicos y culturales se destacan el bajo nivel socioeconómico, difícil accesibilidad geográfica a los servicios de salud, inasistencia al control prenatal. Y a nivel individual, poca información y educación a la gestante sobre factores de riesgo del embarazo y cuidados en el puerperio. (6)

A nivel del municipio de Cúcuta según cifras del DANE el total de nacimientos para corte del 31 de marzo del año 2019 arrojó una cifra de 3.079 nacimientos por el total de edades de las gestantes, donde los rangos de edades de 10 a 14 años corresponden 21 de estos nacimientos, de los 15 a 19 años fue de 537, el equivalente de 20 a 24 años fue 963, de 25 a 29 años equivale a 741, de 30 a 34 años los resultados fueron de 503 nacidos, de 35 a 39 años es de 254, de 40 a 44 años es de 55 nacimientos, de 45 a 49 años es de 4, de 50 a 54 años 1 nacimiento. (9)

Durante el embarazo se presentan múltiples complicaciones que pueden afectar a la madre y a su hijo, dichas complicaciones surgen por factores de tipo biológico, psicológico, sociales y culturales, logrando así un conjunto extenso de posibles afectaciones que se pueden presentar en las tres etapas que engloba la maternidad como son la gestación, parto y puerperio, Según el estudio “*el trayecto de las adolescentes en el puerperio: amenazas, peligros y acciones de protección durante la dieta*” (2004) realizado en Colombia, refiere que las jóvenes tienen su primer hijo alrededor de 16 años de edad, logrando así una gran preocupación a nivel social por el afrontamiento que las jóvenes debían de recibir durante este periodo, pues considerando la edad, los cuidados de las gestantes deberían ser especializados tanto para la madre como para el hijo. Así mismo durante la investigación las adolescentes referían haber tenido complicaciones durante el postparto, entre ellos destacados los más importantes como sangrado intenso de la vagina (18%), desmayo o pérdida de la conciencia (6.4%), fiebre, temperatura y escalofríos (20%), dolor y ardor al orinar (19%), flujo vaginal (23%) y pérdida involuntaria de orina (3.1%)¹⁰, denotando así que estas enfermedades se originan por el desconocimiento por parte de la adolescente durante el tiempo del puerperio, como también la utilización de prácticas culturales lesivas utilizadas durante el puerperio. (10)

Así mismo un artículo científico titulado “*Comportamiento patológico del puerperio*” realizado en Matanzas, Cuba, en el año 2013; menciona que incidencia más relevante de las complicaciones puerperales en las mujeres son la mastitis aguda (19,2 %) y endometritis puerperal (15,7 %). Las complicaciones se relacionaron con el parto vaginal en el 64,5 %, estadía hospitalaria entre 2 y 7 días ocurrió en el 66,3 %. (11)

Por otro lado, en general, a nivel mundial cada día se producen aproximadamente 830 muertes de mujeres por causas relacionadas con el embarazo y el parto, casi todas en países en desarrollo y en su mayoría podrían ser evitadas. Para 2015 la razón de mortalidad materna en los países en desarrollo es de 239 por 100 000 nacidos vivos.

En Colombia, Entre 2000 y 2008 se redujo en 44,3 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, con una razón que pasó de 104,9 a 60,7 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos; el cambio porcentual anual estimado de la razón (APC, por sus siglas en inglés) fue de -5,8, siendo esta reducción estadísticamente significativa con un nivel de confianza del 95%. Posteriormente entre 2011 y 2014 se produjeron 15,1 muertes menos por cada 100.000 nacidos vivos para 2014 que, en el 2011, experimentando un APC de -9,8 aunque esta reducción no fue estadísticamente significativa. Se proyecta que, si las condiciones se mantienen constantes, para el año 2021 la razón de mortalidad materna puede descender hasta 24,7. (6)

Según el Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) en el año 2017 la razón de Mortalidad Materna a 42 días es de 61.81 por 100.000 nacidos vivos. Según el análisis de situación de salud (ASIS) departamental 2016, Norte de Santander, las principales causas asociadas a esta mortalidad recaen sobre la calidad en la prestación de los servicios, en lo que respecta a accesibilidad y gestión del riesgo. Los municipios más afectados con este fenómeno son Cúcuta, Ocaña, Tibú, Pamplona y Convención. (7)

En cuanto a la mortalidad en menores de un año, el análisis de situación de salud (ASIS) Colombia 2016, identifico que La mayoría de las muertes en menores de un año se han considerado inequitativas por reunir características evitables, injustas e innecesarias. Así

mismo, el indicador es reflejo de las condiciones de salud y desarrollo de los países, y evidencia el nivel de prioridad que dan los gobiernos al derecho a la salud. (12) En Colombia la mortalidad infantil ha seguido una tendencia al descenso a través de los años. Entre 1998 y 2014 las tasas de mortalidad infantil disminuyeron un 41,87%, lo cual equivale a una reducción de casi ocho muertes menos por cada 1.000 nacidos vivos, el cambio porcentual anual estimado de la tasa fue de -3,8 y fue significativo con un nivel de confianza del 95%. Se proyecta que, si las condiciones se mantienen constantes, para el año 2021 la tasa de mortalidad infantil puede descender hasta 7,3. (6)

Otro factor del que se encontraron registros en Colombia, según la encuesta Nacional de Demografía en Salud (ENDS, 2015) fue el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva, en donde se reportó que esta desciende rápidamente durante los primeros 6 meses de vida de los niños, pasando del 63 por ciento en los primeros dos meses de vida al 24 por ciento a los cinco meses. (13)

De acuerdo con el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA para el año 2019 en Colombia se han notificado 9.432 casos, en Norte de Santander se presentaron 300 casos de mortalidad perinatal, en este mismo año se notificaron 477 muertes maternas: 298 tempranas (ocurridas durante el embarazo, parto y hasta los 42 días de terminada la gestación), 134 tardías (ocurridas desde el día 43 hasta un año de terminada la gestación) y 45 por causas coincidentes (lesiones de causa externa), en Norte de Santander se presentaron 14, siendo este el 5 departamento con más muertes maternas en este año. (14) Según SISPRO (2016) la razón de Mortalidad Materna a 42 días es de 46,76 por 100.000 nacidos vivos en Cúcuta.

Por consiguiente, Según la norma técnica de atención al recién nacido, es de gran importancia que la gestante luego del egreso hospitalario se cite a control dentro de las 72 horas siguientes al nacimiento para valorar el menor, además debe regresar a una cita médica ya establecida con el fin de controlar el puerperio después de los primeros 7 días del parto.(15) Sin embargo en muchas ocasiones la paciente no regresa a las instituciones de salud por diferentes motivos, influenciados principalmente por problemas económicos y por los cuidados culturales que ellas ejercen directamente desde sus hogares.

Se sustenta en los resultados hallados en el estudio titulado: “Prácticas de cuidado que realizan las puérperas en los municipios de Sincelejo, Corozal, Tolú, Sampués y San Onofre (Sucre, Colombia) 2014” el cual demostró el 86 % de las puérperas no realizan ejercicios postparto por desconocimiento de cómo hacerlo; su alimentación no cumple los requerimientos nutricionales. El 99 % informó que se ducha diariamente para estar aseadas y brindar higiene a sus bebés. El 87 % manifestó que se cuida de tener relaciones sexuales durante la etapa del puerperio, las evita y espera un tiempo prudencial después del parto para reiniciarlas. Entre los medicamentos de mayor consumo durante la gestación mencionaron vitaminas (76.96 %), hierro (61.78 %), calcio (56.54 %) y analgésicos (54.97 %). La utilización de los servicios de salud en las puérperas entrevistadas con relación a la asistencia del control postparto estuvo representada por el 85.86% de aquellas que asisten al control postparto. (16)

Sumado a lo mencionado es necesario recalcar la importancia de la vacunación ya que teniendo en cuenta el programa ampliado de inmunizaciones las vacunas que los bebés deben recibir hasta los seis meses van desde que recién nace cuando reciben la BCG Y hepatitis b, a los 2 meses al recibir la primera dosis de pentavalente (DPT), polio, rotavirus y neumococo, a

los 4 meses la segunda dosis de las anteriores y a los 6 meses la tercera dosis de pentavalente (DPT) y tercera dosis de polio, así como la primera dosis de influenza estacional. Del mismo modo, al transcurrir de los meses y años recibirá otras vacunas y refuerzos con el fin de prevenir enfermedades que pueden significar cambios abruptos en su calidad de vida. (17) No obstante en el año 2011 y en lo corrido del 2012 Colombia no logró coberturas útiles en este programa, para el 2011 estas fueron inferiores para asegurar la protección de la población contra las enfermedades prevenibles, el nivel de cobertura alcanzado para la BCG fue del 80,9%, mientras que la aplicación del VOP3 fue de 84,3%, la pentavalente (DPT) obtuvo un 84,6%, triple viral con 87,6% y el porcentaje para fiebre amarilla fue de 86,3 las coberturas alcanzadas con las vacunas introducidas al esquema, rotavirus y neumococo, fueron de 76,4% y 69,9% respectivamente. (18)

Por tanto, es de vital importancia promover el cuidado integral (físico, mental, emocional y social) de los niños, detectando oportunamente las alteraciones en su proceso de crecimiento y desarrollo a través del programa de promoción y prevención que ejercen los centros de salud. Estos permiten al niño gozar de Controles por enfermera profesional, médico general y/o especialista, para evaluar el estado de salud y los factores de riesgo que puedan alterar el proceso de crecimiento y desarrollo del niño; evaluación del estado nutricional; actividades de educación en temas de crianza; consejería en lactancia materna; suplementación con hierro; valoración visual (según los lineamientos del programa de salud visual); Actividades de prevención y promoción en salud oral; suministro de antiparasitarios (si lo requiere); estimulación temprana; indicaciones para la alimentación saludable; Promoción del buen trato; prevención de accidentes; prevención de enfermedades propias de la infancia (diarrea, neumonía, otitis media supurativa); inteligencia emocional; educación y orientación sobre signos de alarma por los que debe consultar oportunamente.

Es importante mencionar que las creencias dentro de una cultura han existido desde tiempos antiguos y tienen como característica especial que no se pueden cambiar de un momento para otro, debido a que estas son propias de la comunidad, e inherentes al ser humano, las cuales pueden ser beneficiosas en algunas situaciones y lesivas en otras tal como lo explica la doctora Leininger.²⁰ Las mismas deben ser conocidas por enfermería con el fin que se aplique a los saberes científicos para que haya un cuidado holístico y congruente que permita preservar la salud y fomentar el bienestar.

Se debe tener en cuenta que a la madre no se le brinda una adecuada información acerca de la importancia del control puerperal, los cuidados del recién nacido y los signos y síntomas de alarma, pues es muy frecuente que no consulte en ningún momento durante el puerperio, sino que difiera su atención hasta que la sintomatología o gravedad del cuadro clínico así lo exija.

El presente proyecto, surge amparado por la referenciación anteriormente descrita de lo cual se deriva la necesidad de ejecutar el seguimiento a la población puerperal egresada de la Clínica Medical Duarte ZF, a fin de contribuir con la captación temprana de puérperas y sus hijos recién nacidos los cuales se reconocen como un grupo poblacional vulnerable que requiere de un acompañamiento continuo por parte del equipo de salud, específicamente del personal de enfermería quien debe encargarse de la educación a la madre y su núcleo familiar orientando los cuidados en puericultura y haciendo énfasis en la detección de signos y síntomas de alarma, la importancia de una lactancia materna eficaz y exclusiva, los cuidados básicos a tener con el recién nacido y la promoción de estilos de vida saludable además de

generar un aumento en la demanda de la realización de citologías, asistencia a controles de planificación familiar, crecimiento y desarrollo, y del programa ampliado de inmunizaciones.

3. Objetivos

3.1.Objetivo general

Se ejecutó el programa de cuidado en casa a las puérperas egresadas de la Clínica Medical Duarte y a su recién nacido hasta los seis meses de edad durante el II semestre del año 2019 y I Semestre del año 2020

3.2.Objetivos específicos

- Se caracterizó socio demográficamente la población objeto de estudio según aspectos de interés.
- Se identificó tempranamente las alteraciones o riesgos que pueden afectar a la madre y su recién nacido hasta los seis meses.
- Se identificó los conocimientos de las puérperas frente a la alimentación del lactante durante los primeros seis meses de vida, evaluando la adherencia a lactancia materna por parte del recién nacido
- Se fortaleció el conocimiento de las puérperas y su familia en temas de puericultura, promoviendo la adaptación a la maternidad y del vínculo afectivo binomio madre e hijo.

- Se identificó la adherencia de la puérpera a los *Programas de planificación Familiar*, así como el cumplimiento en los controles de crecimiento y desarrollo y esquema de vacunación del lactante hasta los seis meses de edad.
- Se determinaron las prácticas de cuidado de las puérperas durante los primeros seis meses posparto.
- Se identificó el grado de satisfacción de las puérperas egresadas de la Clínica Medical Duarte respecto a la educación y cuidados brindados durante los primeros seis meses postpartos.

4. Justificación

El presente proyecto de extensión, considera de manera integral múltiples temas en el puerperio y que, a través de su ejecución, se contribuye con los Derechos Sexuales y reproductivos de la mujer y su familia. Las intervenciones dan cuenta que se favorece el acceso a los servicios integrales de salud y el derecho a ejercer la maternidad con un trato equitativo en la familia, espacios de educación, buscando la disminución de la morbimortalidad, a través de acciones de promoción y prevención, así como la detección temprana y atención oportuna de las enfermedades prevalentes. Por esta razón es importante la intervención durante el puerperio, debido a que durante este periodo se presenta un riesgo elevado de afectación de la salud materna, dado que se producen transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional, que hacen regresar paulatinamente, todas las modificaciones gravídicas presentadas en un tiempo establecido de hasta 45 o 60 días del postparto, es así que en la realización de sus actividades educativas e informativas contribuyen en la prevención de las complicaciones, como se evidencia en la resolución 3280 en la página 288.

Es importante considerar que el puerperio es un periodo caracterizado por dudas, miedos y en algunas ocasiones desconocimiento de la evolución habitual en la madre y el desarrollo normal del niño, motivo por el cual las visitas domiciliarias realizadas por profesionales de la salud se convierten en una herramienta fundamental para dar continuidad al cuidado iniciado en los escenarios hospitalarios tales como los controles prenatales o la atención al trabajo de parto; especialmente a aquellas madres que no cuentan con fuentes de apoyo familiar o social y cuyo estado de vulnerabilidad las hace susceptibles a desarrollar complicaciones. (19)

Las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) demuestran que para el año 2016 diariamente 830 mujeres morían por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y la atención al parto, destacando que un 99% de las muertes maternas se dan en los países en desarrollo (20) Se calcula que en el año 2015 se presentaron 303 000 muertes maternas en todo el mundo atribuidas en su mayoría a los países en desarrollo relacionadas con causas evitables. (20) Además de la madre el riesgo de muerte en el recién nacido también es elevado (mayormente durante los primeros 28 días de vida), por lo cual es esencial la implementación de un parto seguro y la ejecución de cuidados neonatales eficaces, en relación a esto se encontró en la encuesta Nacional de Demografía en Salud (2015) el reporte de la tasa de mortalidad perinatal el cual correspondió a 14 muertes por mil embarazos de 7 o más meses de duración, con un número de muertes tempranas de 130. (13) Según el ASIS de Colombia del 2016, la mortalidad del periodo perinatal se ha mantenido baja y constante, a pesar de ello para las instituciones prestadoras de los servicios de salud siguen siendo cifras alarmantes puesto que son ellas las encargadas de proveer la atención necesaria para el proceso de gestación, parto y post parto de las mujeres; los anteriores datos evidencian fallas en estos procesos dentro de la institución de primer, segundo y tercer nivel de complejidad, lo que crea la necesidad de reforzar los programas dirigidos a este tipo de población vulnerable desde los escenarios extra hospitalarios hasta la atención intrahospitalaria que reciben, disminuyendo los índices de morbimortalidad materna y perinatal y con ello los indicadores de desarrollo del país. (6)

El equipo de salud es el encargado de garantizar una atención integral a la madre y el neonato abarcando todas las esferas y dimensiones que estos presentan, ejecutando intervenciones que traten las afectaciones que puedan alterar su estado de bienestar y confort,

es ahí donde se resalta el papel de enfermería quien ofrece un acompañamiento y seguimiento durante todo el proceso de adaptación de este importante periodo del ciclo vital con la responsabilidad de guiar a la madre durante este proceso ya que experimenta innumerables interrogantes y temores que pueden afectar la ejecución del rol materno, ofreciéndole las herramientas básicas del conocimiento que le permitan dar un cuidado acorde a las necesidades y guiado por los principios de responsabilidad, compromiso y amor para que los desarrolle de manera independiente e integral.

Dado lo anterior, es importante la realización de un proyecto que aporte a la reducción de las cifras antes mencionadas a nivel departamental, en especial la del municipio de San José de Cúcuta, por lo cual La Clínica Medical Duarte desde el programa materno-perinatal de la coordinación de ginecobstetricia se suma a su implementación y ejecución, puesto que conoce la importancia de la inclusión de los niños a los programas institucionales de seguimiento y control como estrategia para cumplir con este objetivo, así como la participación de los padres en los programas de planificación familiar promoviendo la programación consciente de los embarazos y disminuyendo así la incidencia de los no deseados especialmente en las mujeres en edades clasificadas como grupos de riesgo.

La Ley 100 de 1993 frente a la Atención Materno Infantil establece que el Plan Obligatorio de Salud para las mujeres en estado de embarazo cubrirá los servicios de salud en el control prenatal, la atención del parto, el control del postparto y la atención de las afecciones relacionadas directamente con la lactancia, en el Parágrafo 2 refiere que el Gobierno Nacional organizará un programa especial de información y educación de la mujer en aspectos de salud integral y educación sexual en las zonas menos desarrolladas del país.

Este proyecto se encamina hacia el cumplimiento del propósito establecido en esta ley; queriendo fortalecer la salud integral de la mujer y brindar un cuidado y educación a la puérpera y su familia. Otra política propuesta por el Gobierno Nacional es la Estrategia de Cero a Siempre la cual se encarga de promover y garantizar el Desarrollo Infantil Temprano de los niños y niñas de la primera infancia basada en dos estrategias internacionales regidas por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización mundial de la Salud (OPS/OMS) como lo son la Atención de Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) y el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). (22) La primera es un enfoque integrado de la salud infantil que se centra en el bienestar general del niño, cuya finalidad es reducir la morbimortalidad y discapacidad en los menores de cinco años, así como la promoción de un mejor crecimiento y desarrollo, apoyándose en componentes preventivos y curativos (23). La segunda estrategia busca disminuir los índices asociados a las enfermedades inmunoprevenibles con un fuerte compromiso de erradicación, eliminación y control de estas. (24)

Para la CMD-ZF, los proyectos de extensión son de vital importancia, ya que a través de estos se logra un lazo intra y extramural con las usuarias, lo cual genera un fuerte impacto en el seguimiento de la atención del binomio madre – hijo, en la detección oportuna de riesgos, en el aumento de coberturas en los programas de promoción y prevención a los cuales debe asistir la puérpera y recién nacido; además de ir encaminados hacia el cumplimiento de las proyecciones de ser líder en el cuidado de este grupo de usuarios.

Para la Universidad Francisco de Paula Santander, el proyecto de extensión es de interés, ya que permite que los enfermeros (as) en formación se afiancen como futuros

investigadores del área de la salud y desarrollen habilidades y destrezas en el cuidado, además de promover en la comunidad el mejoramiento de sus conocimientos y prácticas saludables. Otra contribución se proyecta a que el alma mater sea reconocido por generar aportes a la prevención de causas de morbilidad prevalentes en la región respondiendo a través de planes de intervención a esta necesidad.

Para la disciplina de enfermería, este tipo de trabajos permiten aumentar su visibilidad y la importancia del rol que se desempeñan entre las comunidades siendo esto un componente que debe fortalecerse en el día a día, enfocando el cuidado de la forma más eficiente y holística posible. Asimismo, permite cuidar con el componente científico y teórico disciplinar aplicándolo a las necesidades propias del individuo y la familia en este caso a la puerpera, el niño o niña, su familia cercana y su familia indirecta teniendo como principio el cuidado transcultural respetando sus creencias valores y tradiciones adjuntando le el componente científico.

El grupo de investigación de Cuidado y de Salud Pública, de la Universidad Francisco de Paula Santander será beneficiado a través de este proyecto social dando continuidad a la Líneas de Investigación, tomando en cuenta el desarrollo con referencia al cuidado y prácticas culturales que recibe y realiza la mujer y su recién nacido durante el puerperio. Contribuyendo con el aporte científico y conceptualización de la temática Cuidados en el Puerperio, y brindando herramientas que aumenten el quehacer de enfermería dentro de la comunidad.

Mediante el desarrollo de este proyecto de seguimiento el estudiante de enfermería de la UFPS se afianzará en la realización de trabajos con enfoque comunitario que tengan

impacto positivo hacia el colectivo, al tiempo que cumple a uno de los requisitos de grado, se crea conocimiento que contribuye a la enfermería basada en la evidencia, en busca del bienestar integral de la comunidad, familia e individuo.

5. Marco teórico

Esta investigación se basa en el modelo teórico de enfermería de la Dra. Madeleine Leininger y su teoría transcultural, que se enfoca principalmente en la enfermería basada en la cultura, creencias de salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas para ayudarlas. Mantener o restaurar la salud; la definición de teoría de Leininger es diferente de la de otras enfermeras teóricas. Ella cree que la teoría es una forma sistemática y creativa de descubrir el conocimiento de ciertas cosas o explicar ciertos fenómenos conocidos de una manera vaga o limitada. La teoría de enfermería debe considerar aspectos como las creencias culturales, los comportamientos y valores de enfermería de los individuos, familias y comunidades para brindar una atención más eficaz, satisfactoria y consistente. (80)

Es por esto que, en este estudio, para brindar un cuidado culturalmente consistente, es necesario comprender la especificidad de las creencias y prácticas relacionadas con el cuidado que la madre brinda a sí misma y a su bebé durante el puerperio. Podrá determinar cuál de ellos es importante para la conservación, reajuste y reorganización, para que su salud pueda mejorarse al máximo.

Creencias culturales:

Madeleine Leininger señaló que en el ámbito de la formación y la práctica profesional, los factores relacionados con el lento reconocimiento y evaluación de los factores culturales y la importancia del cuidado intercultural son:

Basándose en las disciplinas de la antropología y la enfermería, Leininger define la enfermería intercultural como el campo principal de la enfermería, que se centra en la investigación comparativa y el análisis de los valores de las diferentes culturas y subculturas del mundo. El propósito del cuidado de la salud, el cuidado de la enfermedad, la expresión y creencias y los modelos de comportamiento es concebir el conocimiento científico y humanístico para que pueda proporcionar prácticas de enfermería específicas de la cultura y prácticas generales de enfermería. cultura.

La enfermería transcultural trasciende el conocimiento y utiliza el conocimiento cultural de la enfermería para practicar una enfermería culturalmente coherente y responsable. Leininger señaló que con el tiempo, surgirá un nuevo tipo de práctica de enfermería que reflejará diferentes tipos de enfermería, que serán definidos culturalmente y específicos para orientar el cuidado de las personas, familias, grupos e instituciones. Reconoce que la cultura y la enfermería son los medios más amplios de conceptualizar y comprender a las personas, y este conocimiento es fundamental para la formación y práctica del enfermero.

Leininger definió que, así como la enfermería es importante para los pacientes y las enfermeras de todo el mundo, el conocimiento y las habilidades de enfermería transculturales son esenciales para guiar la toma de decisiones y las acciones de las enfermeras para lograr resultados buenos y efectivos.

Por lo tanto, una enfermera transcultural es una enfermera que puede aplicar los conceptos, principios y prácticas generales de la enfermería transcultural creada por enfermeras transculturales profesionales. Por otro lado, Reininger defendió y promovió una teoría nueva y diferente, en lugar de las teorías de enfermería tradicionales. Las teorías de enfermería tradicionales suelen definirse como un conjunto de conceptos y proposiciones hipotéticas relacionados lógicamente. Comprueba para explicar o explicar. Anticiparse a eventos, fenómenos o situaciones. Por el contrario, Leininger define la teoría como el descubrimiento sistemático y creativo de conocimientos en el campo de interés o fenómenos, que parecen no tener nada que ver con la comprensión o explicación de fenómenos desconocidos.

Leininger fomenta una comprensión profunda de las personas o la cultura, porque este conocimiento tiene una mayor credibilidad. Aunque debe interpretarse como una teoría general o una teoría en un área de interés específica, la teoría no tiene que ser necesariamente una teoría intermedia o una gran teoría. Además de lo anterior, también confirmó que el objetivo de la teoría de enfermería es brindar una atención culturalmente coherente. Cree que el estilo de trabajo de las enfermeras debe poder explicar el uso y el significado de la enfermería, por lo que la enfermería cultural, los valores, las creencias y los estilos de vida pueden proporcionar una base confiable para la planificación e implementación efectiva de la enfermería específica de la cultura.

Conceptos Según La Teoría De Transculturación:

Salud:

Se le considera como una especie de estado de bienestar, que se define, valora y practica culturalmente. Refleja la capacidad de un individuo para realizar su papel diario. Incluye sistemas de salud, prácticas de atención de la salud, modelos de salud y promoción y mantenimiento de la salud. Es universal en todas las culturas, aunque se define de manera diferente en cada cultura para reflejar sus valores y creencias específicos.

Cuidados:

Acciones dirigidas a asistir, apoyar o capacitar a otras personas o grupos que presenten necesidades obvias o potenciales para reducir o mejorar su situación o estilo de vida.

Cuidados culturales:

Todos ellos son valores, creencias y estilos de vida que se aprenden y difunden objetivamente y pueden ayudar, apoyar, promover o formar a otras personas o grupos para mantener su salud, bienestar o mejorar su situación y estilo de vida, o para hacer frente a enfermedades, discapacidades o muerte.

Persona:

Leininger se refiere a ella como un ser humano que se cuida y es capaz de interesarse por otros; aunque los cuidados de los seres humanos son universales, las formas de cuidar varían según las culturas.

Entorno:

Todos los aspectos contextuales en los que se encuentran los individuos y los grupos culturales.

Etnoenfermería:

Se centra en la investigación y clasificación sistemática de creencias, valores y prácticas aplicadas en enfermería a partir del conocimiento cognitivo o subjetivo que posee una determinada cultura, a través de la experiencia, creencias y sistemas. El valor de los fenómenos enfermeros reales o potenciales, como la enfermería, la salud y los factores ambientales.

Diversidad de los cuidados culturales:

Variación o diferencia que existe en significados, modelos, valores, modos de vida o símbolos relacionados con la asistencia dentro de una colectividad o entre grupos humanos distintos, con el fin de ayudar, apoyar o facilitar medidas asistenciales dirigidas a las personas.

Universalidad de los cuidados culturales:

La similitud o uniformidad dominante en los significados, modelos, valores, modos de vida y símbolos de los cuidados que se manifiestan entre muchas culturas y reflejan los modos de apoyo, asistencia, capacitación para ayudar a las personas.

Aplicación de la teoría en relación con la enfermera-paciente-familia:

Es fundamental que los profesionales de enfermería comprendan cómo responder plenamente a las necesidades de los pacientes. Llevar a cabo un proceso de relación de ayuda eficaz es fundamental. Los profesionales de enfermería deben tener la capacidad de reconocer y dar respuesta a las necesidades físicas, mentales y emocionales del personal de enfermería.

Por ello, el personal de enfermería profesional debe descubrir y adquirir conocimientos sobre el mundo del paciente y utilizarlo. Lleve a cabo un cuidado culturalmente apropiado y siga la ética adecuada. (81)

6. Marco referencial

Antecedentes

Internacionales

En el estudio realizado por David Darío Esteban (25) Marca basado en el “Nivel de conocimiento de puérperas en el cuidado del recién nacido en el Instituto Nacional Materno Perinatal: enero 2016 Lima- Perú”. Se aplicó una encuesta sobre conocimientos en las pacientes puérperas en el cuidado del recién nacido. Se evaluó con un cuestionario que consta de dos partes: La primera parte comprende los datos generales y la segunda parte los datos específicos con preguntas con alternativas múltiples acerca de los conocimientos que tienen las puérperas sobre los cuidados del recién nacido, donde se evidencio, que las pacientes puérperas de los servicios del Instituto Nacional Materno Perinatal presentaron un nivel de conocimiento “adecuado” de 54,3% (38) conocimiento y el 45,7% (32) obtuvo un conocimiento “no adecuado” en el cuidado del recién nacido. Se encontró una prevalencia mayor de conocimiento sobre el cuidado del recién nacido por parte de las puérperas; aunque la diferencia entre las que conocen y no conocen no es muy distante. Los factores socioculturales y familiares pueden influir en los conocimientos previos de las puérperas, si bien nos encontramos en una época con mejor acceso a la información, ésta aun no es brindada en su totalidad.

Nora Díaz de Rada Lizalde (26) realizó un estudio en la ciudad de São Carlos, estado de São Paulo – Brasil, que lleva por nombre “Análisis de los cuidados en el puerperio de una mujer brasileña desde la teoría de Leininger” en el cual muestra un plan de cuidados realizado a una mujer que se encuentra en puerperio inmediato de parto por cesárea y se determina la importancia de brindar acciones de prevención de la salud y de educación durante este periodo tan importante, puesto que comprende una etapa de alto riesgo donde la paciente puede presentar potenciales complicaciones; allí mismo se connota que es importante que como personal de enfermería es de suma importancia realizar cuidados humanizados e individualizados no tratando al paciente como un número más sino como persona e incluir acciones que comprendan: instrucción de necesidades nutricionales, equilibrio en actividad y reposo, cambios mamarios, inicio de la sexualidad y métodos anticonceptivos e indicaciones de signos de peligro, lo cual disminuirá la aparición de morbilidad y mortalidad materna en la etapa de cuarentena.

En la tesis doctoral realizada por Juan Miguel Martínez Galiano (27) denominada: “Impacto del programa de educación maternal sobre la madre y el recién nacido” en el año 2013, se encontró que entre los obstáculos por los cuales las pacientes no asistían al programa de educación maternal eran porque algunas instituciones no brindaban esta oportunidad de capacitación, sin embargo, aquellas que lo brindaban no contaban con horarios adecuados. Por otro lado, el mayor nivel de ingresos y de estudio en la mujer incentivaba su participación en el programa. Las mujeres que acudieron al programa de educación maternal recibieron mayores beneficios a comparación de las que no lo recibieron, se dedujo que es importante realizar esta educación que incluya temas como: cuidados del recién nacido, analgesia en el parto, lactancia materna, cuidado del puerperio, legislación en materia de maternidad y

alimentación durante el embarazo, puesto que de este modo se aclaran las dudas, incrementa la calidad de prácticas y cuidados que la madre debe ofrecer a su hijo después del nacimiento.

Rosa del Pilar Patrocinio Sandoval (28) hizo un estudio publicado en el año 2014 donde se tuvo por objetivo determinar el nivel de satisfacción de la puérpera sobre el cuidado integral que brinda la enfermera en una muestra de 64 puérperas a las cuales se les aplicó una encuesta que evaluaba cuatro dimensiones del cuidado integral de enfermería durante este proceso de puerperio, en los resultados se evidenció que las pacientes se encuentran medianamente satisfechas con respecto al cuidado integral del personal de enfermería, en la dimensión biológica se obtuvieron resultados favorables de satisfacción, en la dimensión emocional se encontraron niveles de satisfacción media específicamente en la relación enfermera-paciente, en el nivel social las pacientes experimentaron insatisfacción en su relación con el equipo de salud, de acuerdo a estos resultados se deduce que la participación por parte de enfermería es realmente importante y por lo tanto se debe mejorar su actuación con respecto al trato del paciente, teniendo en cuenta las diferentes dimensiones que rodean a la mujer en el periodo del puerperio.

P. Martínez-Galán et al. (29) en su estudio “Educación prenatal e inicio de la lactancia materna: Revisión de la literatura” publicado en el año 2016, se aludió gran importancia a la educación en lactancia materna exclusiva durante el periodo de embarazo y puerperio, puesto que es una práctica que aporta grandes beneficios a los niños y a las madres, y que actualmente se considera una problemática de salud pública, dado que gran cantidad de mujeres en España no brindan este tipo de alimentación a sus hijos. En esta investigación, al realizar la revisión se encontraron factores de riesgo y factores protectores, entre estos últimos se resalta la educación materna brindada por matronas puesto que favorece la

realización de la lactancia en mujeres de cualquier edad, como complemento se incluye la participación de las mujeres gestantes en espacios donde se practique la LM satisfactoria y la distribución de guías sencillas.

En Brasil, un estudio realizado por Silva Días et al. (30) denominado “La actuación del enfermero en promover la lactancia materna a través de acciones educativas” publicado en el año 2014, vio la necesidad de identificar la importancia de la actuación de las enfermeras mediante la educación dirigida a fomentar y propiciar la lactancia materna durante el embarazo y el puerperio como una estrategia de educación para la salud.

Laura Cu F. et al (31) en su estudio que lleva como título Factores de riesgo para sobrepeso y obesidad en lactantes, junio 2015 se informa que durante el primer año de vida se produce la etapa de crecimiento y desarrollo postnatal más acelerada del ser humano. La nutrición de los niños en los primeros meses es importante porque o limita o favorece el potencial de crecimiento físico y el desarrollo intelectual en etapas posteriores; determina consecuencias metabólicas importantes durante la infancia tardía y la adolescencia que pueden influir en la calidad de vida en la adultez, La alimentación en los primeros meses de vida del lactante, ya sea con base en fórmulas lácteas o al seno materno, en conjunto con el tiempo de duración de éstas, la edad y características del inicio de la alimentación complementaria, el consumo de alimentos con alta densidad energética, resulta en un detonante para la aparición de obesidad en edades tempranas, lo que impacta la morbilidad y mortalidad a corto, mediano y largo plazo.

El estudio elaborado por Ferrer (32) llevado a cabo en pediatra del Centro de Atención Primaria Florida Norte. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona que se titula lactancia materna:

ventajas, técnicas y problemas; mayo 2015 donde resalta que es muy importante una adecuada técnica; de hecho, la mayor parte de los problemas de la lactancia materna son por una mala técnica. Hay que apoyar a la madre y ofrecerle la ayuda de un grupo de apoyo de la lactancia si lo precisa, así mismo, es importante repasar la técnica de lactancia para detectar y corregir errores; existen varias posturas adecuadas y hay que escoger la que resulte más cómoda para madre e hijo.

Factores socioculturales y psicológicos vinculados a la lactancia materna exclusiva, realizado por Regla Broche et al. (33) en Cuba; su objetivo principal fue determinar el comportamiento de los principales factores socioculturales y psicológicos vinculados a la práctica y abandono de la lactancia materna exclusiva y su repercusión en el estado de salud de los lactantes; se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 96 lactantes cuyas madres dieron su consentimiento informado para participar en este, se observó un predominio de las madres adolescentes asociado al abandono de la lactancia materna antes de los 4 meses, el predominio de la categoría de obrera o técnica se asoció a una lactancia menor de 4 meses. Al nacimiento predominó la lactancia materna mixta, con una tendencia progresiva al uso de la lactancia artificial a partir del cuarto mes. Se encontró mayor frecuencia de madres con conocimientos deficientes sobre la lactancia materna, y fueron estas las que lactaron a sus bebés por menor tiempo. Más de las tres cuartas partes de las mujeres refirieron como causa de abandono de la lactancia materna exclusiva, que el niño se quedaba con hambre y la insuficiente disponibilidad de leche en las mamas.

Pérez y Aparicio (34) en Paraguay, realizaron un artículo denominado: Métodos anticonceptivos de elección en el puerperio inmediato en pacientes adolescentes que asistieron al Hospital Materno Infantil San Pablo de enero 2014 a junio 2014; tuvo como

objetivo general investigar la planificación familiar de las adolescentes en su puerperio inmediato. Fue un estudio retrospectivo observacional realizado en adolescentes en su puerperio inmediato. Y se evidencio que la mayoría de las pacientes no desea ningún tipo de anticoncepción. En el caso de elegir alguno, prefieren el DIU. Las adolescentes que no deseaban método anticonceptivo en encontraban en su mayoría entre 13 y 15 a diferencia de las adolescentes mayores. Casi el 70% de las pacientes tuvieron parto vaginal. A manera de conclusión el 62,03% de las pacientes no desea método anticonceptivo alguno, en relación con el 37,97 que, si lo desea, siendo el DIU el de mayor predilección.

Nacionales

Estrada et al. (35) realizaron el estudio Motivos de inasistencia al programa de crecimiento y desarrollo de la ESE Hospital San Vicente de Paúl tuvo por objetivo general identificar las principales causas de inasistencia al programa de Crecimiento y Desarrollo de la E.S.E; se realizó un estudio de tipo descriptivo retrospectivo, para concluir las principales causas de inasistencia al programa de crecimiento y desarrollo de la E.S.E, con madres y cuidadores de las niñas y niños entre 0 y 5 años asistentes e inasistentes al programa de Crecimiento y Desarrollo de la ESE; se evidencio que entre las causas principales de inasistencia al programa, la primera es el olvido de la cita programada en un 31%, seguida por falta de un adulto que acompañe al menor en un 18%; comportamiento similares reflejan el hecho de vivir lejos y la falta de dinero en un 17% y 16% respectivamente; finalmente el cambio en la afiliación al sistema de seguridad social en salud con un 13%.

Pardo et. al (36) realizaron un estudio denominado: Evaluación de la adherencia al esquema de vacunación Plan Ampliado de Inmunizaciones; en Bogotá, Colombia; fue de

carácter observacional descriptivo retrospectivo tomando los datos de todos los niños y niñas menores de 6 años de edad, usuarios del programa de Promoción, Educación y Prevención (PEP) de la Clínica Infantil Colsubsidio en Bogotá, Colombia, que asistieron y fueron atendidos en el centro de vacunación de dicha institución; y se encontró registro de 7.686 menores de 6 años en la base de datos del Centro de Vacunación. El 65,7% cumplieron con el esquema PAI según la edad, mientras que un 34,2% tenía aún el esquema PAI incompleto. Los niños (as) entre los 6 meses y los 2 años de edad con el grupo con el menor número de vacunas aplicadas pertenecientes al esquema PAI (19,8%). Finalmente, Este estudio, preliminar, muestra unas cifras alarmantes en cuanto a cobertura y vacunación, empero promueve la búsqueda de las fallas que existen para que no se esté cumpliendo con el esquema de vacunación PAI.

En el estudio realizado por Alviz et. al (37) en el 2013, “Prácticas de cuidado durante el puerperio mediato por mujeres egresadas de una IPS de Sincelejo.” los resultados de la muestra obtenida con 40 puérperas se pudo encontrar que, los resultados dieron que el 67% de ellas no recibieron micronutriente, otra práctica que surgió era el lavado adecuado de las manos después de ir al baño el cual fue positivo cumpliéndose en un 87%, al igual que otras prácticas como el aseo de genitales externos, cambio de toalla, masajes en sus senos se cumplían solo en el 55%, cabe resaltar que las practica que cumplió el 100% fue la inadecuada información necesaria para los cuidados y actividades después del parto, como también el 90% de ellas tenían caries.

Según la investigación de Prieto y Ruiz (38) sobre el “Significado durante el puerperio: a partir de prácticas y creencias culturales” realizado en el 2013 en Tunja Colombia en el que participaron ocho puérperas con parto normal y cuatro informantes

generales entre profesionales de enfermería y familiares de las puérperas, durante el estudio se realizaron 24 entrevistas, como resultado surgieron cinco temas centrales, los cuales reflejaban las prácticas y las creencias que tenían las puérperas durante su tiempo, como tema principal se resaltó el consumo de plantas medicinales para fines relacionados con el cuidado de la madre y el recién nacido, el segundo tema se basa en el peligro a la recaída en la cual las puérperas manifiestan tener un reposo adecuado los quince primeros días es efectivo para que los síntomas de riesgo o de dolor desaparezcan.

En el estudio “la mujer en posparto: un fenómeno de interés e intervención para la disciplina de enfermería” en el año 2014 realizado por Moreno et. al (39) se identificaron 70 estudios potenciales, a los cuales se les realizó una lectura exploratoria para la selección de textos que permitieran el análisis donde finalmente se tomó una muestra de 50 artículos, que proporcionaron la estructura y análisis de tres categorías: El pos parto: un periodo de creencias, significado y prácticas; un periodo de transición: identificación de riesgos y signos de alarma y la intervención de Enfermería durante el posparto de la teoría a la práctica: convertirse en madre. Con respecto a la primera categoría, se evidencia la importante participación de la profesión de enfermería mediante la realización de intervenciones individuales basadas en un referente cultural que permita brindar cuidado congruente a la diada, pareja y familia, en la categoría dos se resalta que durante el periodo de post parto la mujer y el niño se encuentran expuestos a la aparición de diferentes riesgos, por lo tanto la enfermera quien se encuentra en mayor cercanía a la mujer debe proporcionarle cuidados de apoyo con el fin de prevenir complicaciones y así promover a la diada bienestar, comodidad y alivio.

Al realizar el estudio de “Interacciones entre el cuidado doméstico y hospitalario durante la gestación y el puerperio entre mujeres que viven en condiciones socioeconómicas adversas que asisten a una clínica de maternidad en Cartagena, Colombia” estudio realizado en el año 2016, Giraldo et. al (40) plantearon como objetivo describir y analizar la interacción entre el cuidado doméstico y el cuidado hospitalario durante la gestación y el puerperio en mujeres gestantes que viven en condiciones socioeconómicas adversas. Contando con la participación de 20 gestantes con edades entre 25 años que vivían en condiciones socioeconómicas desfavorables y además contaban con uno o más de los siguientes riesgos obstétricos: amenaza de parto prematuro, antecedentes de aborto y/o preeclampsia leve. Se encontró que entre los factores determinantes de la salud de estas gestantes la mayoría tenía una escolaridad corta y por lo tanto, ninguna posibilidad de empleo durante el embarazo y condiciones de vivienda precarias, con respecto al cuidado de la casa muchas de ellas son cuidadas por sus suegras, madres y abuelas quienes limitan la realización de actividades cotidianas del hogar siendo esto un beneficio en el periodo de recuperación, como complemento en el ámbito hospitalario los familiares reciben orientación por parte del personal de la salud.

Locales

En un estudio realizado por Rico et. al (41) en el año 2013, llamado “Programa de atención integral a la adolescente gestante”, el cual se llevó a cabo en el centro de atención básica patio centro, se basó en las estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad definida en la resolución 0412 de 2000 para la “detección de alteraciones en el embarazo”, los resultados obtenidos refieren que las pacientes que tuvieron un inicio temprano del control prenatal equivalen al 65% para el I trimestre de embarazo, se considera

primordial la captación temprana de las adolescentes gestantes en el control prenatal con el objetivo de minimizar riesgos y complicaciones futuras, durante el programa se tuvo en cuenta la parte física de la adolescente gestante, su parte emocional, religiosa, cultural y social arrojando casi en su totalidad satisfacción con las atenciones y cuidados que les fueron prestados, refiriendo las gestantes el gran apoyo que fue brindado por enfermería, basado en la valoración física, psicológico y emocional.

Un estudio realizado por Rincón et. al (42) titulado “Programa de cuidado en casa a las puérperas egresadas del control prenatal del municipio de los Patios y a su recién nacido, hasta los seis meses de edad de noviembre de 2014 a noviembre de 2015”, Los instrumentos utilizados para recolectar la información fueron consentimiento informado, Instrumento formato de valoración de la puérpera, Instrumento: formato de valoración del recién nacido, Cuestionario prácticas de cuidado que realizan consigo mismas las mujeres en el posparto, Lista de chequeo: Formato de evaluar la alimentación del lactante y la Encuesta de satisfacción del programa de cuidado en casa a las puérperas y su recién nacido hasta los seis meses de edad; Como resultados se encontró que gracias a las capacitaciones brindadas por los investigadores, las puérperas tienen el conocimiento necesario sobre los cuidados adecuados que se deben implementar durante esta etapa obteniendo como resultado el mejoramiento o mantenimiento de la salud.

En un estudio titulado: “Adopción de prácticas saludables en puérperas adolescentes” realizado por Parada (43) en el año 2013, dirigido a usuarias entre los 10 y 19 años y a sus hijos, egresados del servicio de Ginecoobstetricia de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario Erasmo Meoz en Cúcuta. Donde se realizaron visitas domiciliarias aplicándose un formato de valoración por dominio para las puérperas y su recién nacido y el cuestionario

de “prácticas de cuidado que realizan consigo mismas las mujeres en el posparto”, donde se identificaron factores de riesgo y factores protectores dentro de las prácticas de las adolescentes gestantes; la mayoría de las pacientes se encontraban en la etapa de adolescencia media y tardía, con un estado civil de unión libre lo que se consideró como factores de riesgo de inestabilidad emocional y edades muy precoces para el desempeño de su rol materno. Durante la realización del estudio se estableció una relación cercana con la madre, el entorno en el que se encuentra y su familia, lo que facilitó brindar la educación de los cuidados que se deben realizar durante esta etapa y la importancia de su continuidad para el mantenimiento del estado de salud de ella y del recién nacido. En las últimas visitas se hizo verificación de las prácticas utilizadas, observando una mayor adherencia a los conocimientos adquiridos por las adolescentes y empoderamiento de sus cuidados, así como inclusión de la familia en este proceso.

En el estudio “Frecuencia y factores de riesgo asociados a la cefalea postparto en el Hospital Universitario Erasmo Meoz de san José de Cúcuta” elaborado por Chaustre et. al (44) en el año 2013 se indago por aquellas circunstancias presentes en la vida de la paciente antes, durante y después del embarazo que promueven la aparición de cefalea puerperal. Entre los factores de riesgo se identificó el IMC puesto que aquellas pacientes que se encontraban en obesidad y en bajo peso frecuentaron episodios de cefalea después del parto, con relación al tipo de parto se presentó en una mayor medida en aquellas mujeres que fueron intervenidas a cesárea dada la pérdida de sangre presente en esta cirugía y también cabe señalar que esta operación se realiza en casos donde existe presencia de algún tipo de complicación, además se incluye las mujeres con antecedentes de trastornos hipertensivos en el embarazo, la práctica de automedicación, el consumo de cigarrillo y alcohol antes de la gestación. Por otro lado, la técnica anestésica utilizada en las cesáreas con respecto al número

de aguja, posición de la punción y número de intentos no guarda relación alguna con la presencia de cefalea postparto.

7. Marco conceptual

Puerperio

Es el período en el que se producen, transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional, que hacen regresar paulatinamente, todas las modificaciones gravídicas, esto se logra mediante un proceso involutivo, que tiene como fin restituir estas modificaciones a su estado pre-grávido. Debemos destacar que solo la glándula mamaria experimenta un gran desarrollo. (45) El posparto es el período comprendido entre la salida de la placenta (alumbramiento) y los siguientes seis meses del posparto. En este tiempo el tracto reproductivo regresa anatómica y fisiológicamente a su estado previo al embarazo. (45)

Según la clasificación establecida para este periodo, existen cuidados específicos establecidos en la norma técnica del parto en Colombia, de las cuales se revisará las etapas que cubre el periodo de cuidado que abarca el presente programa.

- a) Puerperio Inmediato: Este período comprende las 24 primeras horas postparto. Durante éste, se producen la mayoría de las hemorragias por lo cual es preciso vigilar la hemostasia uterina.
- b) Puerperio Mediato o Propiamente Dicho: se extiende aproximadamente hasta los 45 días luego del parto, el retorno de la menstruación indica su finalización.
- c) Puerperio Tardío: puede llegar hasta los 6 meses postparto y se acompaña de una lactancia prolongada y activa. (46)

Modificaciones de los órganos genitales:

- **Útero:** Después de la salida de la placenta continúan las contracciones uterinas, las que pueden ser muy intensas. Estas contracciones son esenciales para la hemostasia al comprimir los vasos sanguíneos del lecho placentario y lograr su obliteración. (47)

- **Loquios:** Se denomina "loquios" al contenido líquido normal expulsado por el útero en su proceso de involución y curación de la superficie cruenta dejada por el lecho placentario. Los loquios no tienen mal olor y son variables en cantidad y características a lo largo del puerperio. Los primeros tres días contienen una mezcla de sangre fresca y decidua necrótica (loquio rubra), luego disminuye el contenido sanguíneo tornándose más pálido (loquio serosa). Ya en la segunda semana el líquido se aclara transformándose a color blanco amarillento (loquio alba). La pérdida de loquios dura aproximadamente 4 a 6 semanas coincidente con el término de la involución uterina.

- **Vagina:** En el postparto inmediato, recién suturada la episiotomía, la vagina se encuentra edematosa, de superficie lisa y relativamente flácida. Después de 3 semanas comienzan a observarse los pliegues característicos con desaparición del edema y ya a las 6 semanas existe reparación completa de las paredes e introito vaginal. En este momento ya es posible incluso obtener citología exfoliativa normal.

- **Trompas de Falopio:** Los cambios puerperales en las trompas son histológicos. Las células secretoras se reducen en número y tamaño y hacia la 6ª semana ya han recuperado los cilios retornando a la estructura epitelial de la fase folicular.

- **Mamas:** Durante el embarazo, la mama está preparada para el proceso de la lactancia. Después del parto, con la salida de la placenta, se produce un descenso brusco de los esteroides y lactógeno placentario. Esto elimina la inhibición de la acción de la prolactina en el epitelio mamario y se desencadena la síntesis de leche. Las células pre-secretoras se transforman en secretoras.

Modificaciones de los sistemas cardiovascular y hematológico

El volumen sanguíneo disminuye en un 16% ya al tercer día postparto para continuar descendiendo gradualmente hasta llegar a un 40% en la sexta semana. El gasto cardíaco aumenta después del alumbramiento en aproximadamente 13% y se mantiene así por una semana. Posteriormente desciende paulatinamente hasta llegar a un descenso de 40% a la 6ª semana. Desde el punto de vista hematológico, existe un aumento de la masa eritrocítica. Esta aumenta en un 15% en la primera semana postparto para llegar a los valores habituales 3 a 4 meses después. En la serie blanca, hay leucocitosis en la primera semana postparto con aumento de los granulocitos. Las plaquetas también aumentan significativamente en la primera semana después del parto. (48)

Signos clínicos fisiológicos del puerperio:

- **Pérdida de peso**
- **Involución uterina**
- **Micción**
- **Evacuación del intestino:**

Cuidados de la madre en el puerperio:

Indicaciones y recomendaciones:

La mujer postparto debiera permanecer hospitalizada en la maternidad 3 a 4 días si el parto fue por vía vaginal y 4 a 5 días si fue por operación cesárea. Sin embargo, en los países en vía de desarrollo, los centros hospitalarios se ven apremiados por la gran demanda asistencial y muchas veces están forzados a dar altas precoces con todos los riesgos que ello implica.

- **Reposo postparto**
- **Dieta**
- **Higiene**
- **Medicamentos (48)**

Puerperio Mediato

A partir de las células de la porción basal de las glándulas endometriales se produce la reepitelización endometrial. Los loquios de sero hemáticos pasan a ser serosos y tienden a desaparecer hacia la tercera semana pos parto. Hacia el día 12, el orificio cervical interno se debe encontrar totalmente cerrado. Entre los días 10 y 14, el útero se hace intrapélvico mediante el proceso involutivo miometrial. El día 21 por un mecanismo no muy claro, se produce una pérdida hemática denominada pequeño retorno. Entre los 30 y 45 días puede reaparecer la ovulación y en caso de no haber fecundación reaparece la menstruación. (47)

Puerperio Tardío.

Se extiende desde los 45 días hasta que continúe una lactancia prolongada y activa, que puede evitar el retorno al ciclo sexual normal. (47)

Puerperio Patológico.

Con el fin del embarazo y el parto deviene el estado de puerperio, en el cual se producen una enorme cantidad de cambios fisiológicos y psicológicos que preparan a la mujer para una nueva etapa de su vida, la de ser madre. Este estado en ocasiones deja de ser el deseo de todos para convertirse en un verdadero estado patológico que amenaza la vida de la madre y pone a pensar a todo el personal médico ligado al mismo.

En el presente trabajo exponemos una muestra de pacientes que presentaron un puerperio patológico por variadas causas donde gracias a la pericia de un colectivo de trabajo en una Unidad de Cuidados Intensivos, todas las pacientes fueron egresadas vivas y sin secuelas del hospital. (50)

Alteraciones Del Puerperio

Causas uterinas

Hemorragia puerperal.

Atonía uterina: es cuando el miometrio no se contrae después del alumbramiento, lo que origina la pérdida sanguínea anormal en el nivel del lecho placentario. (51)

Retención placentaria y restos placentarios.

Retención placentaria: es cuando no se ha separado la placenta después de transcurridos 15 minutos de la salida del feto y a pesar del uso de oxitócicos y maniobras adecuadas de placenta no expulsada. Constituye una urgencia, ya que el sangrado es abundante y de que existe la posibilidad de un acretismo placentario.

Retención de restos placentarios:

Es el alumbramiento incompleto que puede presentarse después de un parto y con menor frecuencia posterior a la cesárea. Su frecuencia es variable y está relacionada con las habilidades y experiencia del personal que realiza la atención obstétrica.

Si al revisar la placenta después del alumbramiento se nota que falta uno o varios cotiledones o fragmentos de las membranas, se puede hacer el diagnóstico de alumbramiento incompleto. Si se aprecia la retención de algunos fragmentos o membranas, se efectuará un legrado manual suave con gasa hasta constatar que no se dejan restos placentarios. (54)

Causa extrauterina.

Desgarros o laceraciones del tracto genital.

Son accidentes que se presentan con frecuencia durante el proceso del parto. La severidad de estas lesiones varía de acuerdo con su extensión, y pueden ser desde una pequeña solución de continuidad en la mucosa hasta un desgarro cervical con extensión a parametrio.

Infección puerperal.

Enfermedad causada por la invasión directa de microorganismos patógenos a los órganos genitales externos o internos, antes, durante o después del aborto, parto o cesárea y que se ve favorecida por los cambios locales y generales del organismo materno durante la etapa grávido-puerperal. (55)

Complicaciones psíquicas.

Después del parto y a pesar del agotamiento que provoca el nacimiento, la mujer suele experimentar una sensación transitoria de cansancio y preocupación por la presentación personal. Aunque no se ve afectado el cuidado o la atención hacia el recién nacido. Estos síntomas de tristeza, de dudas acerca de su capacidad para sacar adelante esta nueva etapa de crianza, los requerimientos propios de la lactancia, la nueva percepción de sí misma y de su aspecto corporal, así como su nueva relación con el esposo en el contexto de ser tres y no dos. Son factores asociados a síndromes en el puerperio. En Colombia, Entre 56 y 66% de los problemas del postparto recibieron atención médica. Y solo el 38% de las mujeres que sufrieron depresión postparto fue atendido. Donde menos fueron atendidas las mujeres por esta causa fue en Norte de Santander, Meta y Cauca (apenas alrededor del 25%). (56)

Recién Nacido, Concepto, Riesgo Y Clasificación, Peculiaridad De Los Problemas Del Recién Nacido.

Desde el punto de vista estadístico, el período neonatal comprende los primeros 28 días de vida. A los primeros 7 días de vida se les llama período neonatal precoz. (54)

Adaptación es la palabra que define el período neonatal. A ésta se debe agregar el carácter dinámico del proceso que hace variar el concepto de normalidad en el tiempo. Una cierta dificultad en la regulación de la temperatura en las primeras horas de vida no tiene la misma consecuencia que si ésta ocurre al segundo día. Adaptación y dinamismo evolutivo, le dan al recién nacido un carácter de gran fragilidad y dependencia del medio. (57)

Clasificación del recién nacido: (58)

Los factores más determinantes en la sobrevivencia del recién nacido son su madurez; expresada en la edad gestacional y el peso de nacimiento. De acuerdo a lo anterior y considerando estos dos parámetros, los recién nacidos se han clasificado de la siguiente manera:

- ❖ RNT (Recién nacido a término): Aquellos nacidos con 37 semanas de gestación y <40 semanas de gestación.

- ❖ RNPR (Recién nacido pre término): Aquellos nacidos con < de 38 semanas de gestación. En esto seguimos el criterio de la Academia Americana de Pediatría, ya que la OMS considera pretérmino a los recién nacidos con < de 37 semanas.

- ❖ RNPT (Recién nacido postérmino): Aquellos nacidos con 41 semanas de gestación.

Luego, según la clasificación realizada por LUBCHENCO el peso lo podemos clasificar en adecuado o no para su edad gestacional se clasifican en: (59)

- ❖ AEG: Adecuados para la edad gestacional: cuando el peso de nacimiento se encuentra entre los percentiles 10 y 90 de las curvas de crecimiento intrauterino (CCI)

- ❖ PEG: Pequeños para la edad gestacional: cuando el peso está bajo el percentil 10 de la CCI.

- ❖ GEG: Grandes para la edad gestacional: cuando el peso se encuentra sobre el percentil 90 de la CCI.

Referente al parámetro peso se utilizan también los conceptos de recién nacido de muy bajo peso (< 1.500 g.) y de extremo bajo peso (< 1.000 g.). Estos dos grupos son responsables de alrededor de un 60 a 70% de la mortalidad neonatal y representan el grupo de recién nacidos de más alto riesgo.

Es la etapa más vulnerable de la vida del ser humano en el período posterior al nacimiento. En esta se dan los mayores riesgos para su supervivencia, de presentar patologías y de que estas dejen algún tipo de secuelas, especialmente neurológica. (60)

La mortalidad neonatal es el indicador más básico para expresar el nivel de desarrollo que tiene la atención del recién nacido en una determinada área geográfica o en un servicio. Esta se define como el número de recién nacidos fallecidos antes de completar 28 días por cada 1.000 nacidos vivos. La OMS recomienda incluir como nacidos vivos a todos aquellos niños que tienen al nacer alguna señal de vida: respiración o palpitations del corazón o cordón umbilical, o movimientos efectivos de músculos de contracción voluntaria. En los fallecidos se considera sólo a aquellos que pesan más de 500 gramos. (61)

A diferencia de la mortalidad pos neonatal, la mortalidad neonatal es menos dependiente de los factores ambientales y sanitarios. Está más condicionada por la buena

organización de la atención perinatal y del tratamiento médico que en algunos casos requiere de alta especialización. (62)

Clasificación Del Menor De 6 Meses

Clasificación para menores de 2 meses según AIEPI:

Para realizar seguimiento y control a este grupo etario con factores de riesgo específicos, se ha agrupado esta población en menores de dos meses y de dos meses a cinco años. La implementación de la Estrategia AIEPI (Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia) creada por la OMS y la OPS, ha permitido realizar una valoración y clasificación del riesgo de acuerdo a la edad de los niños/as. Esta estrategia demuestra ser efectiva, de bajo costo y tiene como objetivo primordial mejorar la calidad de la salud infantil en los establecimientos de la red pública, privada y en la comunidad.

La atención integrada es un “modelo de atención” basado en la detección oportuna de casos con el uso de signos clínicos, clasificación adecuada y tratamiento oportuno. Se utilizan signos clínicos basados en resultados de investigación que logran un equilibrio cuidadoso entre sensibilidad y especificidad. (63)

Principales Complicaciones Que Se Pueden Presentar En El Recién Nacido

Ictericia

La ictericia es el color amarillo que adoptan la piel y las mucosas (el interior de la boca y la conjuntiva del ojo) cuando la cantidad de bilirrubina que circula en la sangre, normalmente por debajo de 1 mg/100 ml, excede los 5 mg/100 ml. La bilirrubina es la sustancia en que se transforma la hemoglobina de los glóbulos rojos sanguíneos cuando estos envejecen y son destruidos, y que el hígado se encarga de transformar y eliminar con la bilis a las heces. (64)

Criptorquidia.

Los testículos se desarrollan en el interior de la cavidad abdominal del feto, descendiendo hasta las bolsas escrotales poco antes del nacimiento, bajo el impulso de las hormonas del niño, pero cuando uno o ambos testículos no alcanza su destino y queda detenido en algún punto de su trayecto, se habla de "criptorquidia", que etimológicamente significa "testículo oculto". (65)

Displasia de cadera.

Es la presencia del extremo superior del fémur fuera de la cavidad de la pelvis en la que debiera estar encajado; puede presentarse además que no posean la cavidad lo suficientemente bien formada como para contener el fémur en su sitio, y corren el riesgo de que se les salga durante los primeros meses de vida, lo cual, de no ser detectado, puede causarles una cojera irremediable. (66)

El diagnóstico definitivo puede requerir una ecografía a los dos meses de vida o una radiografía normal a los tres; pero cuando estas exploraciones son claramente positivas, el bebé debe ser valorado por un especialista inmediatamente. (67)

Enfermedad Diarreica Aguda

Las enfermedades diarreicas agudas constituyen uno de los problemas más serios de Salud Pública en países en desarrollo, siendo una de las principales causas de enfermedad y muerte en niños menores de 5 años (es la segunda causa de muerte a nivel mundial en este rango de edad).

La mayor parte de las diarreas se adquieren por la ingestión de agua o alimentos contaminados (vía fecal-oral) o en forma directa a través de las manos u objetos. Entre las causas más frecuentes se señalan las malas condiciones de manipulación de los alimentos y las deficientes condiciones higiénico-sanitarias.(68) Otros factores de riesgo incrementan la presencia de diarrea, como en recién nacidos de bajo peso al nacer, enfermedades crónicas, inmunosupresión (defensas disminuidas), etc.

Infección Respiratoria Aguda

Se define la infección respiratoria aguda como el conjunto de infecciones del aparato respiratorio causadas por microorganismos virales, bacterianos y otros, con un período inferior a 15 días, con la presencia de uno o más síntomas o signos clínicos como: tos, rinorrea, obstrucción nasal, odinofagia, otalgia, disfonía, respiración ruidosa, dificultad respiratoria, los cuales pueden estar o no acompañados de fiebre; siendo la infección

respiratoria aguda la primera causa de morbimortalidad en nuestro medio, como también de consulta a los servicios de salud y de internación en menores de cinco años.

Hipotiroidismo congénito

El hipotiroidismo congénito (HTC) es la endocrinopatía y causa de discapacidad cognitiva prevenible más frecuente en el recién nacido, el pronóstico del desarrollo neurológico se relaciona en forma inversa a la edad de diagnóstico e inicio de tratamiento de la enfermedad. Por esta razón, se han desarrollado programas de tamizaje neonatal en todo el mundo para la detección oportuna de esta patología, siendo el screening neonatal o toma del TSH la prueba principal y ampliamente utilizada para detectar tempranamente esta afección, se realizada a través de la toma de una muestra dentro de las primeras 48 horas de vida ya sea del cordón umbilical o del talón recolectada en papel filtro, y cuyo valor de referencia corresponde a 15 UI/ml o un número menor. (68)

Cuidados Generales Del Recién Nacido En El Hogar

Baño diario

Este es el momento de mayor interacción entre los padres y el bebé, sin olvidar, está claro, el de la lactancia. El baño es especial, es momento de relax, de juego, de contacto directo con el niño, sin olvidar el objetivo primordial que es una buena higiene.

El baño se debe realizar en un cuarto tibio que no tenga corrientes de viento con una buena superficie de trabajo. El baño se realiza a conveniencia del cuidador, realmente no le hace mucha diferencia al bebé siempre y cuando el baño no interfiera con sus patrones de alimentación o sueño. Puede ser preferible que el baño sea antes y no después que una toma

de leche. El bañar a su bebé a la misma hora todos los días ayuda tanto a mamá como a bebé acostumbrarse a la rutina. (69)

Cuidados del cordón umbilical

El cordón umbilical (ombligo) usualmente se cae entre los 7 y 14 días. Podría darse el caso en que se caiga tan temprano como al cuarto día. La separación ocurre por suavizamiento. Usted podría ver, conforme se va separando, aparecer un material pegajoso en el ombligo y parte de él podría derramarse para afuera. Usted también podría ver un punteo de sangre. Esto podría permanecer hasta por una semana hasta que el ombligo se vea seco y haya sanado por completo. (75)

Higiene de genitales.

Hombres

El cuidado del pene circuncidado. La circuncisión de la piel redundante del pene de un bebé varón frecuentemente lo deja lloroso por unas horas después del procedimiento, y siempre que el pene se limpie durante los cambios de pañal por los días siguientes. El pene sana bastante rápido después de la circuncisión y estos tejidos vuelven a su normalidad en una semana. Lave el pene, incluyendo el área circuncidada, con un trapito suave para baño o una toallita húmeda comercial a la hora de cambiar pañales. Aplique una Buena cantidad de Vaselina a la punta del pene y a la cabeza del pene para prevenir que los tejidos que están sanando se adhieran al pañal. No hay necesidad de envolver o vendar el pene o el área de la circuncisión excepto el propio día de la circuncisión. Continúe limpiando y aplicando Vaselina hasta el primer día de consulta con el médico.

Mujeres

En las niñas, asegúrese de apartar bien los labios genitales y limpiar entre medio de ellos, tanto durante los baños como cuando cambia de pañales, especialmente después de que el bebé defecue. La vagina se limpia por sí sola y no requiere ninguna limpieza especial por dentro. Siempre limpie de adelante hacia atrás a través de la apertura vaginal.

Vestuario

La ropita debe ser suave, confortable y que no apriete, debe estar compuesta de fibras naturales, a ser posible algodón 100%, para favorecer la transpiración. No se debe abrigar demasiado, ya que tampoco estaría cómodo, por lo general además de la ropa llevan el arrullo y a su vez van dentro del cuco o carrito con lo cual están protegidos del frío. Comprobar que no sude tocándole la zona del cuello y espalda, ya que si esto sucede debemos retirarle una capa de abrigo.

Baño de sol

Es importante que los padres estén atentos y observen si el niño presenta cambios en la coloración de la piel. En caso de notar algún cambio, el niño debe ser evaluado inmediatamente por un médico. Se recomienda no exponer al niño a la luz del sol directa como prevención o tratamiento de la ictericia. Si la ictericia es clínicamente importante (ictericia patológica) necesita tratamiento específico y la exposición al sol no es suficiente. Si la ictericia es no significativa (fisiológica) no se necesita ningún tratamiento y la exposición a luz solar directa puede producir quemaduras, irritaciones y deshidratación. (70)

Programa Ampliado De Vacunación (PAI)

Vacunación del recién nacido

- En el recién nacido con peso igual o superior a 2000 gramos se debe aplicar BCG dosis única y una dosis de Hepatitis B, dentro de las primeras doce horas del nacimiento
- En el recién nacido hijo de madre con antígeno de superficie positivo (hepatitis B), debe aplicarse la dosis completa de la vacuna contra hepatitis B, a pesar de que el recién nacido tenga peso inferior a 2000 gramos, esta dosis no cuenta como dos la aplicación a las cuatro semanas, siempre y cuando el niño haya alcanzado los 2000 gramos.

Esquema a partir de los dos meses de edad

- Tres dosis de pentavalente y polio, la primera a los dos meses, la segunda a los 4 meses y tercera a los 6 meses de edad.
- Dos dosis de anti rotavirus, la primera a los dos meses, en casos extremos se puede aplicar hasta los 3 meses 21 días (máximo 15 semanas), la segunda a los 4 meses, (siempre se debe conservar el intervalo de 8 semanas entre dosis), la edad máxima de aplicación de la segunda dosis es 7 meses y 29 días.
- Neumococo primera dosis a los dos meses, segunda dosis a los 4 meses y aplicar un refuerzo al año de edad.
- Enfermedad de células falciformes, otras falciformias y asplenia
- Infección por VIH
- Inmunocompromiso por: inmunodeficiencias congénitas o primarias, insuficiencia renal crónica ó radio terapia inmunosupresora
- Menores a ser trasplantados o a ser sometidos a cirugías del sistema nervioso central

Esquema de vacunación contra neumococo de acuerdo con la edad de inicio:

- Menores de un año (2 meses hasta 10 meses 29 días): Tres dosis: La primera a los dos meses, la segunda a los cuatro meses y un refuerzo entre doce y quince meses de edad.
- De 11 a 22 meses y 29 días: Dos dosis: Conservando el intervalo de ocho semanas
- 23 meses a 35 meses 29 días: Una dosis única

Vacuna contra influenza estacional, aplicar dos dosis, la primera a partir de los seis meses de edad y la segunda a los siete meses. En los niños que ya recibieron la primera dosis se debe aplicar una dosis anual.

Esquema al año de edad

- Una dosis de triple viral
- Una dosis de fiebre amarilla
- El refuerzo de fiebre amarilla debe aplicarse cada 20 años
- El refuerzo de Neumococo
- Influenza anual
- Hepatitis A
- Refuerzo de DPT y polio al año de haber aplicado las terceras dosis (18 meses de edad)

Esquema de los 18 meses de edad

- Primer refuerzo de DPT
- Primer refuerzo de Polio

Esquema de los 5 años de edad

Segundo refuerzo de DPT, triple viral y polio Niños de 12 a 23 meses con esquema de vacunación incompleto

Sin antecedente vacunal

- Una dosis de BCG
- Tres dosis de VOP con intervalo de 4 semanas
- Primera dosis de Pentavalente (DPT-hepatitis B y Hib), las segundas y terceras dosis se continúan con DPT y hepatitis B, con intervalo de 4 semanas entre dosis
- Una dosis triple viral
- Una dosis de fiebre amarilla (refuerzo 20 años después de la última dosis)
- Una dosis de influenza estacional
- Dos dosis de neumococo

Con antecedente vacunal

- Completar el esquema de acuerdo a las dosis recibidas, con un intervalo de cuatro semanas entre dosis de la misma vacuna
- Los niños de doce a veintitrés meses solo requieren una dosis de Hib, si ya trae, se completa con DPT y hepatitis B monovalente con intervalo de cuatro semanas entre las dosis
- Estos niños deben recibir el primer refuerzo contra polio y DPT al año de la aplicación de las terceras dosis de las mismas vacunas y el segundo refuerzo a los cinco años

Niños de 2 a 5 años con esquema de vacunación incompleto

Sin antecedente vacunal

- Una dosis de BCG
- Tres dosis de VOP con intervalo de 4 semanas
- Tres dosis de DPT con intervalo de cuatro semanas
- Tres dosis de HB con intervalo de cuatro semanas
- Una dosis de triple viral
- Una dosis de fiebre amarilla (refuerzo 20 años después de la última dosis)

Con antecedente vacunal

- Completar el esquema de acuerdo con las dosis recibidas, con un intervalo de cuatro semanas entre dosis de la misma vacuna
- A partir de los dos años no se requiere Hib.
- Estos niños deben recibir el primer refuerzo contra polio y DPT al año de la aplicación de las terceras dosis de las mismas vacunas y el segundo refuerzo a los cinco años.

(71)

Lactancia Materna

La Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF, recomiendan que todos los niños reciban lactancia exclusiva a partir del nacimiento durante los primeros 6 meses de vida, y que continúen con la lactancia materna junto con alimentos complementarios adecuados hasta los 2 años de vida y posteriormente. Sin embargo, muchas madres de la mayoría de los países comienzan a dar a sus bebés

comidas y bebidas artificiales antes de los 4 meses y dejan de amamantarlos mucho tiempo antes de que el niño tenga 2 años. Las razones comunes que influyen son: que las madres creen que no producen suficiente leche, o que tienen alguna otra dificultad para lactar. En ocasiones se trata de que la madre tenga un empleo fuera de su casa y desconoce cómo amamantar al mismo tiempo que continúa trabajando. A veces se trata de que no se dé a la madre la ayuda necesaria, o las prácticas institucionales y los consejos que dan los agentes de salud a la madre no respaldan la lactancia.

Durante los últimos decenios se han seguido acumulando pruebas sobre las ventajas sanitarias de la lactancia materna, sobre la que se han elaborado numerosas recomendaciones. La OMS puede afirmar ahora con plena seguridad que la lactancia materna reduce la mortalidad infantil y tiene beneficios sanitarios que llegan hasta la edad adulta. Para el conjunto de la población se recomienda la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida y a partir de entonces su refuerzo con alimentos complementarios al menos hasta los dos años. (72)

La leche materna es el primer alimento natural de los niños, proporciona toda la energía y los nutrientes que necesitan durante sus primeros meses de vida y sigue aportándoles al menos la mitad de sus necesidades nutricionales durante la segunda mitad del primer año y hasta un tercio durante el segundo año de vida.

La leche materna promueve el desarrollo sensorial y cognitivo, además de proteger al bebé de enfermedades infecciosas y crónicas. La lactancia natural exclusiva reduce la mortalidad infantil por enfermedades de la infancia, como la diarrea o la neumonía, y favorece un pronto restablecimiento en caso de enfermedad. La lactancia natural contribuye a

la salud y el bienestar de la madre, ayuda a espaciar los embarazos, disminuye el riesgo de cáncer ovárico y mamario, incrementa los recursos de la familia y el país, es una forma segura de alimentación y resulta inocua para el medio ambiente. (73)

En la leche materna no solo se encuentran las proteínas nutrientes, existen otras cuyas funciones principales no son las de nutrir al recién nacido, entre las que se encuentran las limosinas, con funciones antimicrobianas no específicas, con acción bactericida contra entero bacterias y bacterias Gram positivas que producen cuadros diarreicos en los lactantes, lo cual trae como consecuencias ingresos reiterados de los infantes.

De aquí la insistencia en que la lactancia materna se mantenga de forma exclusiva los primeros 6 meses porque al aportarle al bebé estos elementos es menos probable que padezca algún tipo de enfermedad, la cual tiene su implicación social, pues muchas veces las madres pasan meses sin trabajar para dedicarse al cuidado de su bebé enfermo y por tanto, se ven afectadas económicamente. (74)

Variación en la Composición de la Leche Materna

El calostro es la leche que las mujeres producen en los primeros días después del parto. Es amarillenta o de color claro y espesa. La leche madura es la que se produce después de algunos días. La cantidad aumenta, y los pechos se ponen llenos, duros y pesados. Algunas personas llaman a esto “bajada de la leche”. En España se conoce como “la subida de la leche”. La leche del comienzo es la leche que se produce al inicio de la mamada. La leche del final es la que se produce más tardíamente. La leche del final se ve más blanca que la del comienzo porque contiene más grasa. Esta grasa proporciona gran parte de la energía de la

leche materna. Esta es la razón por la cual no hay que precipitarse a retirar al bebé del pecho, sino que debe permitírsele que continúe hasta saciarse. La leche del comienzo se ve más azul que la leche del final. Se produce en cantidad mayor que aquella y proporciona gran cantidad de proteínas, lactosa y otros nutrientes. Debido a que el bebé toma grandes cantidades de leche del comienzo, obtiene de ella toda el agua que necesita. Los bebés no necesitan otras bebidas de agua antes de que tengan 4-6 meses de edad, ni siquiera en climas calientes. Si se les calma la sed con agua, dichos bebés podrían ser que tomen menos leche materna.

Beneficios psicológicos de la lactancia materna

La lactancia materna ayuda a la madre y a su bebé a formar una relación afectiva estrecha, la cual hace que las madres se sientan profundamente satisfechas emocionalmente.

Algunos estudios sugieren que la lactancia puede ayudar a un mejor desarrollo intelectual. Bebés con bajo peso al nacer alimentados con leche materna durante las primeras semanas de vida obtienen puntajes más altos en los exámenes de inteligencia hechos unos años más tarde, que los bebés de características similares alimentados artificialmente.

En el primer trimestre de vida, la inmadurez renal limita la capacidad de este órgano para llevar adecuadamente esta sobrecarga de solutos, determinada por la incorporación de leche de vaca u otros alimentos proteicos, situación que predispone a la deshidratación por diuresis osmótica agravada con casos febriles o diarreicos en el recién nacido. A esto se añade el hecho de que la manipulación o preparación de estos alimentos sin buenas condiciones de saneamiento aumentan las infecciones, fundamentalmente las enfermedades

diarreicas. La alergia alimentaria puede ser otra complicación, el aumento de la permeabilidad intestinal a macromoléculas, sumado a la inmadurez del sistema inmune, condiciona la aparición de cuadros atópicos en niños genéticamente predispuestos. (75)

Se conoce que los anticuerpos producidos por la albúmina sérica bovina, presente en la leche de vaca, reaccionan de forma cruzada con proteínas de superficie de las células β del páncreas, precipitando la aparición de diabetes mellitus de tipo I.

Beneficios de la Lactancia Materna

Sabemos con certeza, que es el alimento más adecuado para el desarrollo del lactante, por su equilibrado contenido de nutrientes, específicos en presencia y/o concentración para la especie humana, diseñada para su óptimo crecimiento y desarrollo.

Conocemos su contenido en inmunoglobulinas, que dan protección específica al lactante y su inmaduro sistema inmunológico. Sabemos que contiene una diversidad de factores bioactivos, que proporcionan protección contra infecciones (como lactoferrina, caseína, oligosacáridos, ácidos grasos, etc.); enzimas, hormonas y factores de crecimiento que favorecen el desarrollo de órganos y sistemas; nucleótidos, citosinas, y elementos que modulan la función inmunitaria; y componentes antiinflamatorios.

De modo que los lactantes que toman pecho materno crecen mejor, tienen menos obesidad, menos infecciones agudas (como otitis, diarreas, infecciones urinarias, etc.) y menos enfermedades crónicas (como diabetes, enfermedad celíaca, enfermedades intestinales crónicas y algunos tipos de cáncer de la niñez). Protege contra la hipoglicemia y la ictericia

en el recién nacido. Sabemos que el acto de mamar estimula el desarrollo facial del niño. Los niños consiguen un mejor desarrollo intelectual cognitivo, y alimentados al pecho se favorecen las relaciones de apego seguro.

A la vista de sus propiedades y beneficios, la leche humana no puede compararse con ninguna leche artificial ni de otros animales, y puede visualizarse claramente la enorme pérdida que significó para la humanidad, un siglo de bajos índices de lactancia.

Técnica de Amamantamiento (técnica en C)

- La madre sostiene el pecho con los dedos formando una “C”. La madre coloca la cara del niño o niña mirándole el pecho.
- Si el niño o niña no abre la boca la madre le roza los labios con el pezón para que la abra.
- Cuando el niño o niña abre la boca la madre lo acerca al pecho debe tomar completamente una buena parte de la areola.
- La barriga del niño o niña debe estar pegada contra la barriga de la madre y la cabeza, la nuca y la espalda del bebé están en línea recta sostenidas por el brazo de la madre.

Algunas posiciones para amamantar bien

- Lo importante es que la madre esté cómoda. La buena posición ayuda a mantener una buena producción de leche, evita el cansancio y que se le lastimen los pezones.
- Posición sentada: Apoye la espalda sobre un buen respaldo para estar lo más cómoda posible.

- Posición de sandía: Es una buena posición para después de una Cesárea y para amamantar gemelos
- Posición acostada: Es la posición más cómoda después del parto y durante la siesta o por la noche
- Hay otras posiciones para amamantar bien: La madre debe buscar la que sea de mayor comodidad para ella.

Extracción de la leche materna (Técnica de Marmet)

Hay diversas circunstancias en las que la mujer puede necesitar sacarse la leche:

- ✓ Si el bebé ha de permanecer separado de su madre por ser prematuro o estar enfermo.
- ✓ Para aliviar la ingurgitación mamaria.
- ✓ Para mantener la secreción de leche, cuando temporalmente no es posible dar el pecho.
- ✓ Para extraer la leche cuando no es posible dar el pecho en una toma determinada.
- ✓ Cuando la madre se incorpore al trabajo.

La extracción de leche puede hacerse de forma manual o con una bomba extractora.

Antes de manipular el pecho es importante lavarse siempre las manos; sin embargo, no es necesario lavar el pecho antes de la extracción, es suficiente con la ducha habitual.

Tanto si se va a extraer la leche de forma manual como con bomba, se debe primero preparar el pecho para facilitar la extracción, estimulando la bajada la leche; para ello se debe masajear el seno.

Problemas comunes y complicaciones al amamantar

Pezones planos o invertidos

No hay que preparar los pezones con ningún tratamiento de “fortalecimiento”, pero sí hay que informar y asesorar a la mujer de que podrá dar el pecho si lo desea, comenzando con un inicio precoz cuando el pecho esté aun blando, antes de la subida de la leche para que el bebé aprenda a agarrarse.

Si el problema radica en un solo pecho, se puede enseñar a la madre que puede criar al niño con el otro pecho exclusivamente. La producción de leche se adecuará a las necesidades del bebé, de modo que un pecho proporciona toda la leche que el niño necesita. (75)

Congestión mamaria

La congestión mamaria ha sido definida como “la inflamación y distensión de las mamas, normalmente en los primeros días tras el inicio de la lactancia, causadas por una dilatación vascular, así como por la llegada de la primera leche. Puede existir plétora fisiológica desde el tercer al sexto día después del parto, en el que los senos pueden estar muy llenos, pero rápidamente se evacúan mediante la succión por el niño. Sin embargo, en ocasiones pueden desarrollar congestión, y ambas afecciones se confunden a menudo.

Grietas del pezón

Aparecen en un 25% de las puérperas al 2º o 3er día del parto y provocan dolor que dificulta la lactancia materna. Se aconsejan lavados antes y después de cada toma, protección de los pezones con cremas lubricantes, y extracción manual de la leche. Si el dolor es muy intenso se deben prescribir analgésicos. No es preciso inhibirla lactancia materna. Pueden originar una mastitis posterior.

Galactocele

Se produce como resultado de la obstrucción de un conducto galactóforo. Inicialmente su contenido es lácteo, pero luego cambia a una sustancia cremosa. Al examen físico se encuentra un nódulo no doloroso, redondeado, fluctuante y bien delimitado que al comprimirlo puede expulsar leche por el pezón. El diagnóstico se hace por ecografía y el tratamiento es mediante punción. En raros casos es necesaria la extirpación.

Mastitis

Se presenta en el 10 al 33% de las mujeres lactantes. Es más frecuente en la 2ª y 3ª semana del puerperio, del 74% al 95% de los casos ocurren en las primeras 12 semanas. Sin embargo, puede suceder en cualquier momento de la lactancia, incluso en el 2º año. El absceso mamario es más frecuente en las primeras 6 semanas del posparto. Dentro de los factores de riesgo asociado a la mastitis están la primiparidad, episodios previos de mastitis, parto complicado, estrés y fatiga, trabajo fuera del hogar y traumatismo en los senos. Las dos principales causas de la mastitis son la estasis de la leche y la infección. (76, 77)

Infección.

Estas pueden ocurrir cuando el niño no extrae la leche que se produce por mal agarre, succión ineficaz, restricción de la frecuencia o duración de las tomas y el bloqueo de los conductos galactóforos. Los gérmenes implicados son: *Staphylococcus aureus* (65-90%), *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus pyogenes*, *Escherichia coli*, etcétera. Los gérmenes son transportados por las manos y las ropas de la puérpera hasta las grietas o fisuras del pezón, desde donde, por vía canalicular o linfática, alcanzan los alvéolos y el tejido intersticial.

Alimentos y líquidos

Una buena dieta es importante para las madres que están lactando. La mayoría de las madres que lactan encuentran que pueden comer o beber cualquier cosa en moderación, incluyendo la cafeína. Sin embargo, puede haber algunas cosas que coman que irriten al recién nacido, así que observar la dieta cuidadosamente y ver si lo que se está comiendo afecta al recién nacido. El calcio de los productos lácteos o de otras fuentes es importante para la salud de los huesos. También, tomar suficiente agua. (78)

Lineamientos de la Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia.

El Ministerio de la Protección Social (MPS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), en el año 2011 presentó al país los nuevos lineamientos de la Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAMI), que ayudarán a las instituciones de salud, al personal de salud y a los grupos comunitarios que apoyan las

acciones institucionales en los aspectos de salud y nutrición de madres, niñas y niños, a orientar, realizar y evaluar las acciones necesarias para mejorar el estado de salud y nutrición de mujeres, madres, niñas y niños, y en consecuencia avanzar en el cumplimiento de sus derechos y en el logro de los Objetivos del Milenio.

Esta estrategia está compuesta por 10 pasos para la implementación en Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) Hospitalarias y Ambulatorias, siendo el paso 6 específico hacia la lactancia materna exclusiva.

PASO 6. Promover y dar apoyo efectivo a las madres y sus familias para poner en práctica la lactancia materna exclusiva, a libre demanda durante los primeros seis meses de vida, y con alimentación complementaria adecuada hasta los dos años y más. No suministrar a las niñas y niños chupos ni biberones y cumplir con el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, las resoluciones posteriores que lo actualizan o modifican y la norma nacional que reglamenta la comercialización de alimentos para lactantes, niñas y niños pequeños.

Si la decisión informada es amamantar, el personal de salud debe brindar ayuda efectiva a las madres para poner a la niña o al niño al pecho, igualmente educar a los padres y/o familiares para apoyar la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida y a libre demanda, esto es cada vez que la niña o el niño lo pida y el tiempo que lo requiera. Así mismo, fortalecer los conocimientos y habilidades de las madres en las técnicas para amamantar, como posiciones correctas, agarre, succión efectiva, mecanismo de respiración-succión-deglución, extracción y conservación de la leche materna y su suministro con taza en caso de que madre e hija o hijo tengan que ser separados.

El personal de salud de todas las áreas de la institución, tanto asistencial como administrativa debe saber que las acciones para “promover, proteger y apoyar la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida y con alimentación complementaria adecuada hasta los dos años y más” obedecen a las políticas públicas, planes nacionales, normas técnicas y guías de atención, y por tanto son de obligatorio cumplimiento por parte de aseguradores y prestadores, sean públicos o privados, y así mismo a respetar el derecho de las madres a amamantar y el de las niñas y niños a ser amamantados. En ese sentido el personal deberá tener los conocimientos teóricos y prácticos para garantizar este derecho a las madres que han decidido amamantar a sus hijas e hijos.

Diez Pasos Hacia Una Feliz Lactancia Natural

Todos los servicios de maternidad y de atención a los recién nacidos deberán:

1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de salud.
2. Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia materna durante la media hora siguiente al parto.

5. Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactación incluso si han de separarse de sus hijos.
6. No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados.
7. Facilitar la cohabitación de las madres y los niños durante las 24 horas del día.
8. Fomentar la lactancia natural cada vez que se solicite.
9. No dar a los niños alimentados a los pechos chupadores o chupetes artificiales.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica.

Actualmente, la OMS, UNICEF, OPS se han unido para promover la técnica de amamantamiento correcta, pues su desconocimiento ha contribuido al aumento de complicaciones y por ende al abandono de la lactancia, además se ha establecido la estrategia IAMI (Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia), donde retoma que las instituciones deben promover la lactancia feliz, libre y apoyada para que la madre se sienta segura de que está dando un cuidado eficaz a su hijo. Además de ello se fomenta la implementación de la Estrategia Madre Canguro para los recién nacidos prematuros y de bajo peso al nacer. (79).

8. Marco legal

La mujer durante la gestación y puerperio se convierte en uno de los focos principales en la atención en salud, ya que es un derecho fundamental que a través del cuidado asegura la vida de la madre y del producto, desde el surgimiento de la ley 100 de 1993, en la cual se establece el sistema general de seguridad social, reglamentándose en el principio de universalidad de la salud y contar con una seguridad social libre de discriminación, esto incluye la atención a la mujer embarazada, el control prenatal, la atención al parto, el control posparto y la lactancia materna (82)

La ley 1438 del 2011 en la cual por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social, en su artículo tercero de la prevalencia de los derechos resalta que es obligación de la familia, el Estado y la sociedad en materia de salud, cuidar, proteger y asistir a las mujeres en estado de embarazo y en edad reproductiva, a los niños, las niñas y adolescentes, para garantizar su vida, su salud, su integridad física y moral y su desarrollo armónico e integral. (83)

Otra ley que apoya el anterior fundamento es la ley 12 de 1991 a partir de la cual se plantean acciones de promoción, protección y apoyo a la lactancia natural en las instituciones con atención materna e infantil, lo cual se encuentra señalado en el artículo 24 de la misma ley, el cual también establece la asistencia médica y sanitaria posnatal, la lucha contra las enfermedades y la malnutrición. (84)

La Resolución 0412 del 2000, establece las normas técnicas de Vacunación según el Esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), Atención del Parto, Atención al

Recién Nacido y Atención en Planificación Familiar a hombres y mujeres, que hacen relación con la madre y su recién nacido, estableciendo parámetros de guía para los profesionales de la salud en la atención integral de este grupo de usuarios. (85)

La resolución 3280 de 2018 por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación en el capítulo 7 en el título III Establece los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal (86)

En la Ley 1098 de 2006 Código de Infancia y Adolescencia, en el artículo 17 especifica el derecho supone la generación de condiciones que les aseguren desde la concepción cuidado, protección, alimentación nutritiva y equilibrada, acceso a los servicios de salud; en el artículo 27 es importante resaltar el derecho a la salud, todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho recibir una salud integral. La salud es un estado de bienestar físico, psíquico y fisiológico y no solo la ausencia de enfermedad. Ningún hospital, clínica, centro de salud y demás entidades dedicadas a la prestación del servicio de salud, sean públicas o privadas, podrán abstenerse de atender a un niño, niña que requiera atención en salud. En relación con los niños, niñas y adolescentes que no figuren como beneficiarios en el régimen contributivo o en el régimen subsidiado, el costo de tales servicios estará a cargo de la nación. (87)

Se resalta en el artículo 29 de la ley 1098 del 2006 el Derecho al desarrollo integral en la primera infancia del código de infancia y adolescencia. La primera infancia es la etapa del

ciclo vital en la que se establecen las bases para el desarrollo cognitivo, emocional y social del ser humano. Comprende la franja poblacional que va de los cero (0) a los seis (6) años de edad. Desde la primera infancia, los niños y las niñas son sujetos titulares de los derechos reconocidos en los tratados internacionales, en la constitución política y en este código. Son derechos impostergables de la primera infancia, la atención en salud y nutrición, el esquema completo de vacunación, la protección contra los peligros físicos y la educación inicial. En el primer mes de vida deberá garantizarse el registro civil de todos los niños y las niñas. (88)

La Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva; establece dentro de metas a cumplir para los próximos cuatros años: Planificación familiar: incrementar el uso correcto de métodos anticonceptivos en la población en edad fértil, con especial énfasis en la población masculina, y reducir la demanda insatisfecha de planificación familiar en la población de mujeres unidas. (89)

La resolución número 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Se toma en cuenta el artículo 5, que dicta que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar. Cabe resaltar, que este proyecto se ajustará a los principios científicos y éticos; prevalecerá la seguridad e integridad de los beneficiarios. Finalmente, contará con el consentimiento informado escrito por parte de las beneficiarias. (90)

La ley 1804 de 2016 por la cual se establece la política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia de Cero a Siempre, tiene como propósito establecer una política de Estado en donde mediante siete bases conceptuales, técnicas y de gestión, se

garantice el desarrollo integral de los objetivos de dicha Ley. Este proyecto se ve sustentado con los lineamientos dados por esta política, además de dar contribución para el cumplimiento de los objetivos finales propuestos; dando énfasis en la atención integral, oportuna y eficiente, así mismo en la educación en pro del bienestar del menor, el seguimiento y evaluación de lo aprendido y los beneficios recibidos por parte del menor. (91)

En el Artículo 44 de la Constitución Política de Colombia, se hace énfasis en los derechos fundamentales de los niños, dentro de los cuales se nombran, la vida, la integridad física, la salud, la seguridad social, la alimentación equilibrada, tener una familia, ser protegidos de cualquier abandono, violencia física o moral, abuso sexual, explotación laboral, entre otros. Se tiene como obligación garantizar el desarrollo armónico e integral, teniendo en cuenta que los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás. (92)

9. Marco contextual

Cúcuta, oficialmente San José de Cúcuta, es un municipio colombiano, capital del departamento de Norte de Santander. Se encuentra situado en el nororiente del país, sobre la Cordillera Oriental de los Andes, cerca de la frontera con Venezuela. Cúcuta cuenta con una población aproximada de 703 mil habitantes, tiene una longitud de 10 km de norte a sur y 11 de oriente a occidente. Está constituida por 10 comunas, y es el epicentro político, económico, administrativo, industrial, académico, artístico, cultural, deportivo y turístico de Norte de Santander. (93)

El desarrollo urbano ha excedido los límites administrativos y se ha extendido por los municipios cercanos que conforman el Área Metropolitana de Cúcuta, cuya población

asciende a más de 850.000 habitantes.³ Las ciudades venezolanas de San Antonio y Ureña hacen parte de la conurbación,⁶ aunque no son parte oficial del área metropolitana. La ciudad está conectada por carreteras con Bogotá, Bucaramanga, Valledupar, Tunja y Cartagena de Indias y debido su posición fronteriza también con toda Venezuela. Su terminal aéreo es el Aeropuerto Internacional Camilo Daza. La Universidad Francisco de Paula Santander es la Universidad pública de la ciudad.

La Ley 100 de 1993 es la que rige la salud en Colombia, que es regulada por el Ministerio de Salud y la Protección Social. En Cúcuta y Norte de Santander, la salud es administrada por el Instituto Municipal de Salud (IMSALUD) y el Instituto Departamental de Salud, respectivamente. Entidades como la Cruz Roja Colombiana, la Defensa Civil colombiana (emergencias, calamidades y desastres de origen natural) y el Bienestar familiar (ICBF), hacen parte del sistema de protección social. (94)

La ciudad cuenta con las siguientes instituciones públicas de salud (o Empresas Sociales del Estado, ESE): La ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz, La ESE Centro de Rehabilitación Cardio Neuro Pulmonar, La ESE Hospital de Los Patios y La ESE Hospital de Villa del Rosario. En Centros de Salud Privados se destacan la Clínica San José, la Clínica Medical Duarte, la Clínica Norte, la Clínica Santa Ana, Clínica Leones, Clínica La Samaritana y Profamilia (salud sexual y reproductiva).

Las entidades anteriormente mencionadas hacen parte de la red de instituciones prestadoras de servicios en salud adscritas a la Secretaría de Salud Municipal y la Secretaría de Salud Departamental. La Clínica Medical Duarte ostenta envergadura de mediana y alta

complejidad, posee unidades de cuidados intensivos en neonatología, pediatría, adultos y cardiovasculares.

Esta institución cuenta con una atención de más de 15 especialidades con herramientas de tecnologías de punta como un equipo de tomografía axial computarizada tac de 64 cortes que permite realizar un diagnóstico muy preciso un microscopio especializado para realizar intervenciones de neurocirugía, salas de unidad de cuidados intensivos UCI para neonatos niños y adultos, sala de cirugía general, cardiovascular, y ortopedia y salas de hemodinámica las 24 horas del día, equipos como el resonador, el argeografo, el laboratorio especializado la unidad de braquiterapia, son algunas herramientas que permiten que los usuarios de la clínica reciban una atención más precisa y eficiente.

Además, es un importante centro de prácticas para los alumnos de pre-grado y post-grado de las facultades de Medicina, Bacteriología, Fisioterapia, Enfermería, Fonoaudiología, Psicología, Terapia ocupacional y Nutrición y Dietética, de la Universidad Francisco de Paula Santander, la Universidad de Pamplona, la Universidad de Santander, la Universidad Autónoma de Bucaramanga, la Universidad Industrial de Santander, la Universidad Cooperativa de Colombia y la Universidad de los Andes (Venezuela).

Esta institución nos permite la selección de las pacientes a las cuales va dirigido el estudio dándonos la posibilidad de realizar el seguimiento a esas puérperas que egresan, aclarando que esta institución no cuenta con un programa que vaya dirigido a este tipo de población, generando nuevas rutas para el fortalecimiento de esta institución en este campo.

10. Metodología y aspectos éticos

En el proceso de selección se considerarán los criterios de inclusión y exclusión para ingresar al plan, los criterios considerados son los siguientes:

10.1. Criterios de inclusión al programa

- Puérperas en cualquier rango de edad.
- Puérperas egresadas de La Clínica Medical Duarte en el periodo: 1 septiembre de 2019 – 14 enero de 2020.
- Residentes en el área metropolitana de Cúcuta.
- Que acepten participar del programa.
- Puérperas con post parto menor o igual a 7 días

10.2. Criterios de exclusión

- Población venezolana
- Que no accedan a participar en el programa.
- Que presenten alteraciones mentales.
- Puérperas mayores o igual a 45 días de posparto

El proyecto de investigación se sustenta en diferentes leyes y resoluciones bajo su marco ético, las cuales están todas orientadas hacia los estándares éticos de la práctica de la

enfermería: La Ley N ° 266 de 1996 regula las actividades, la naturaleza y el propósito de la profesión de enfermería, encaminadas a lograr el bienestar general de las personas, familias y comunidades. En la revisión del artículo 2, señaló que la práctica de enfermería se basa en la ética y los principios éticos y respeta los derechos humanos, lo que significa la aplicación de estos principios en diversos roles de desempeño (docencia, asistencia, investigación y educación y administración). (95)

El proyecto utiliza tecnologías y métodos (aspectos biológicos, físicos, psicológicos o sociales de las madres y recién nacidos que participan en el estudio) que no sufrirán ninguna intervención o cambios deliberados; aprobó la Resolución No. 008430 de 1993, en su artículo 11, Proporciona un método de investigación sin riesgos para el proyecto porque utiliza el cuestionario de evaluación como herramienta para lograr sus objetivos. (96)

La Ley N ° 911 de 2004 establece la responsabilidad moral de la profesión de enfermería en Colombia, establece el sistema disciplinario correspondiente y demás normativas. Se basa en los siguientes principios morales de autonomía, no malicia y buena fe. (96)

Tal proyecto se llevará a cabo considerando los aspectos éticos que se encaminan hacia el desarrollo del proyecto de investigación, en beneficio de la comunidad y los aspectos de interés en salud, respetando y brindando un desarrollo integral de la persona y su entorno.

Se aplicará el instrumento elaborado por Carolina Vargas, formado por preguntas y respuestas codificadas frente a los cuidados en el puerperio. Además del instrumento Pre-

valoración de la madre y su recién nacido. Para la aplicación de este se solicitó la autorización de su autora.

Para la participación de este proyecto, se adjunta un consentimiento informado escrito (Ver Anexo No 1) el cual es de fácil comprensión y aclaración de inquietudes frente al propósito, objetivos y beneficios del proyecto de investigación.

Después del consentimiento informado verbal es importante que estas madres dejen la evidencia de aceptación de participación en el proyecto a través del consentimiento escrito. Se garantiza la confidencialidad del manejo y utilización de la información, teniendo en cuenta los principios éticos que se rigen a través del marco legal. Las investigadas deben tomar la decisión de formar parte o no del proyecto, siendo de manera libre y voluntaria su retiro o permanencia en el mismo.

La evolución de las investigaciones ha sido base para el fortalecimiento de marcos éticos que tienen como fin el respeto, beneficio mutuo y velar por la justicia. Se encuentran múltiples aspectos éticos, sociales y legales que no están descritos en este marco ético, pero que cualquier materna y recién nacido integrante de este proyecto puede sentirse seguro de que se respetaran los principios de una investigación. Tales aspectos éticos no solo protegerán a los investigados sino a los investigadores evitando complicaciones legales mediatas.

11. Descripción del programa

Descripción Programa de cuidado en casa a las puérperas egresadas de la Clínica Medical Duarte y a su recién nacido hasta los seis meses de edad durante el II semestre del año 2019 y I semestre del año 2020 diseñado por Doris Amparo Parada.

Para la ejecución del programa, se plantearon 4 fases, de la siguiente forma:

11.1. Fase I: captación de la puérpera y recién nacido

En esta fase se realizará la captación de las puérperas y recién nacidos, mediante la utilización de la base de datos de sala de partos la Clínica Medical Duarte, y posteriormente se contactarán a través de los teléfonos móviles y fijos logrando la ubicación de la usuaria e inclusión al programa, a través de llamadas telefónicas que logren concretar la programación de la primera visita domiciliaria.

Actividades:

- Realizar llamadas telefónicas para confirmar la información de la puérpera, familiar u acompañante acerca de datos de identificación, domicilio y horario en el que pueda ser atendida la puérpera y recién nacido, para las siguientes visitas domiciliarias.
- Presentar el programa y enseñarle los beneficios de este, a la puérpera y familiar u acompañante.
- Programar la primera visita en el domicilio y darle la fecha y hora probable a la paciente.
- Entregar ayuda educativa con los datos del programa y cuidados generales de la puérpera y el recién nacido.
- Efectuar el consentimiento informado de la puérpera, verbalmente y de manera escrita (Ver Anexo N° 1).

11.2. Fase II: visita domiciliaria en el 7 día posparto.

En esta fase de seguimiento, se busca identificar las diferentes prácticas que realizan las maternas respecto al cuidado aplicado consigo misma y a su recién nacido; a su vez, se brindara educación sobre cuidados especiales para esta etapa durante el puerperio para el binomio madre e hijo recién nacido. Dentro de los temas de educación para las puérperas y la familia, se dan cuidados durante el postparto para la madre y el recién nacido y signos de alarma, lactancia materna y planificación familiar.

Actividades:

- Aplicación del instrumento en la visita domiciliaria denominado formato valoración de la puérpera y el recién nacido (Ver Anexo No 2 y 3) y Practicas de cuidado que realizan consigo mismas las mujeres en el posparto (Ver Anexo No 4).
- Aplicación de la lista de chequeo: formato de evaluar la alimentación del lactante (Ver Anexo No 5).
- Sesión educativa a las puérperas y a sus familias sobre: signos de alarma, cuidados del recién nacido y la puérpera y educación en lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses.
- Exponer la importancia de los programas de control: Crecimiento y Desarrollo, Vacunación en el recién nacido y planificación familiar para la madre y su pareja; con el fin de proporcionar un mejor bienestar en el binomio madre hijo.
- Valoración física del estado de la puérpera: herida quirúrgica, episiotomía, evolución de los senos, involución uterina, presencia de loquios.

- Valoración física en el recién nacido, con énfasis en cambios de la piel: color y lesiones, presencia de signos de infección, aumento de temperatura, vómitos.
- Remitir a las instituciones de salud y al servicio correspondiente, las puérperas y recién nacido con alteraciones en el estado de salud.

11.3. Fase III: Seguimiento a los 40 días de posparto en el domicilio

Esta fase hace referencia a la evaluación de las madres, si realizaron de manera adecuada las actividades propuestas y enseñadas por los estudiantes durante la visita anterior, con el fin de realizar un seguimiento que permita medir la continuidad de adecuados cuidados, a través del trabajo mutuo de las madres, familiares y estudiantes, dando respuesta positiva a la finalidad del programa de cuidado en casa.

Actividades:

- Aplicación del instrumento en la visita domiciliar denominada formato valoración de la puérpera y el recién nacido (Ver Anexo No 2 y 3) y Prácticas de cuidado que realizan consigo mismas las mujeres en el posparto (Ver Anexo No 4)
- Aplicación de la lista de chequeo: formato de evaluar la alimentación del lactante (Ver Anexo N° 5).
- Sesión educativa a las puérperas y sus familiares: educación en salud sexual y reproductiva, controles control de crecimiento y desarrollo y vacunación.
- Remitir a la madre y a su recién nacido si se encuentra alguna alteración en la valoración durante las visitas domiciliarias.
- A través de la revisión de los respectivos carnets, se verificará que haya ingresado y asistido a los programas de crecimiento y desarrollo, y planificación familiar.

11.4. Fase IV: Seguimiento a los 2, 4 y 6 meses de posparto en el domicilio

Esta fase hace referencia a la evaluación de las madres, si realizaron de manera adecuada las actividades propuestas y enseñadas por los estudiantes durante las visitas anteriores, con el fin de realizar un seguimiento que permita medir la continuidad de adecuados cuidados, a través del trabajo mutuo de las madres, familiares y estudiantes, dando respuesta positiva a la finalidad del programa de cuidado en casa.

Actividades:

- Aplicación del instrumento en la visita domiciliaria denominado formato valoración de la puérpera y prácticas de cuidado.
- Aplicación de la lista de chequeo: evaluación de la alimentación del lactante.
- Reforzar los conocimientos adquiridos por la madre y sus familiares, durante las visitas anteriores aclarando dudas.
- Remitir a la madre y a su recién nacido si se encuentra alguna alteración en la valoración durante las visitas domiciliarias.
- A través de la revisión de los respectivos carnés, se verificará que haya ingresado y asistido a los programas de crecimiento y desarrollo planificación familiar y vacunación.

12. Resultados

Realizar la captación temprana de las puérperas durante el periodo postparto

Para dar inicio y ejecución al programa, se realizó el anteproyecto “programa de cuidado en casa a las puérperas y su recién nacido hasta los seis meses de edad, egresadas de la Clínica Medical Duarte durante el segundo semestre 2019 y primer semestre de 2020” el cual fue enviado a las directivas de la UFPS para su evaluación contando con el apoyo de la coordinadora del proyecto que así mismo es la coordinadora de docencia servicio UFPS.

Posteriormente se realizaron cartas que fueron llevadas a la Clínica Medical Duarte para su aprobación ya que no se cuenta con un proyecto anterior para dar continuidad; Se dan a conocer cada uno de los objetivos del proyecto siendo este aprobado por las comitivas de la UFPS y de la Clínica. Seguidamente, la coordinadora de Gineco Obstetricia facilita el ingreso a la base de datos de sala de partos de la institución.

12.1. Primera fase del programa

Se inició la captación de las puérperas que cumplieran con criterios de inclusión. Durante la fase de captación, se presentaron algunas limitaciones, tales como: números telefónicos equivocados o fuera de servicio, direcciones erróneas o cambios de residencia. Habiendo ya identificado a las puérperas, se da inicio al proyecto logrando captar hasta diciembre del 2019 un total de 88 y durante enero del 2020 un total de 49. Desde el primer momento de captación donde se informó el proyecto y se logró la firma de consentimiento informado, se dio inicio a las visitas correspondientes

Para la selección de la muestra del proyecto se utilizó como fuente de información la base de datos suministrada por la coordinación de ginecoobstetricia de la Clínica Medical Duarte. Fue notoria la cantidad de puérperas debido la contratación de la clínica con EPS, además que se atienden partos vaginales y cesárea de mujeres pertenecientes a cualquier municipio del departamento. Las 137 pacientes se encontraban en el periodo de puerperio

inmediato entre los 1 – 10 días postparto; en algunos casos la primera visita se realizó de un promedio entre 7 días después del parto.

12.2. Segunda fase del Programa

Es importante resaltar que la población total para las primeras dos visitas se calculó sobre 137 puérperas, las cuales fueron de manera exitosa en su totalidad gracias a que fue posible la comunicación y organización de las citas.

12.3. Tercera fase del Programa

En esta etapa se realizaron visitas a 132 puérperas de 137, lo equivalente a 96.3% las cuales cumplían con los 40 días postparto, donde se presentó una deserción de 5 maternas lo que equivale a 3.7%, los motivos por los cuales se presentó la deserción del programa el cambio de residencia, motivos personales y pérdida de contacto.

12.4. Cuarta fase del programa

SEGUIMIENTO DE 2 MESES: En esta etapa del programa se realizaron visitas a 130 puérperas de 132, correspondiente al 98,4%, aclarando que el porcentaje restante (1.6%) pertenece a 2 puérperas que se trasladan de municipios.

SEGUIMIENTO DE 4 MESES: En esta etapa del programa se presenta la particularidad de declararse el aislamiento preventivo obligatorio en el territorio nacional a partir del 24 de marzo debido a la pandemia del covid-19, razón por la cual se replantean las estrategias de seguimiento pasando a modalidad virtual (videollamadas, llamadas telefónicas), siendo este el motivo principal de la mayor deserción de las participantes del

programa (10 puérperas) equivalente a 7,7%, ya que no contaban con los elementos para dar continuidad al mismo; siendo así que se realizaron visitas a 120 puérperas, correspondiente al 92,3%.

SEGUIMIENTO DE 6 MESES: En esta etapa se continúa con el aislamiento preventivo obligatorio en el territorio nacional declarado por el presidente de la república, continuando con la estrategia anteriormente mencionada, en esta fase no se presentó ninguna deserción de las participantes en el programa, obteniendo una población final de 120 puérperas, manteniendo el porcentaje de la visita anterior de 92.3%.

Tabla 1 Puérperas egresadas de La Clínica Medical Duarte del II semestre del 2019 hasta el I semestre del 2020

FASES DEL PROGRAMA	BENEFICIARIAS DEL PROGRAMA						DESERTARON
	CAPTACIÓN	7 DÍAS	40 DÍAS	2 MESES	4 MESES	6 MESES	
I	137	-	-	-	-	-	0
II	.-	.137	-	-	-	-	0
III	-	-	132	-	-	-	5
IV	-	-	-	130	120	120	12
TOTAL	137	137	132	130	120	120	17

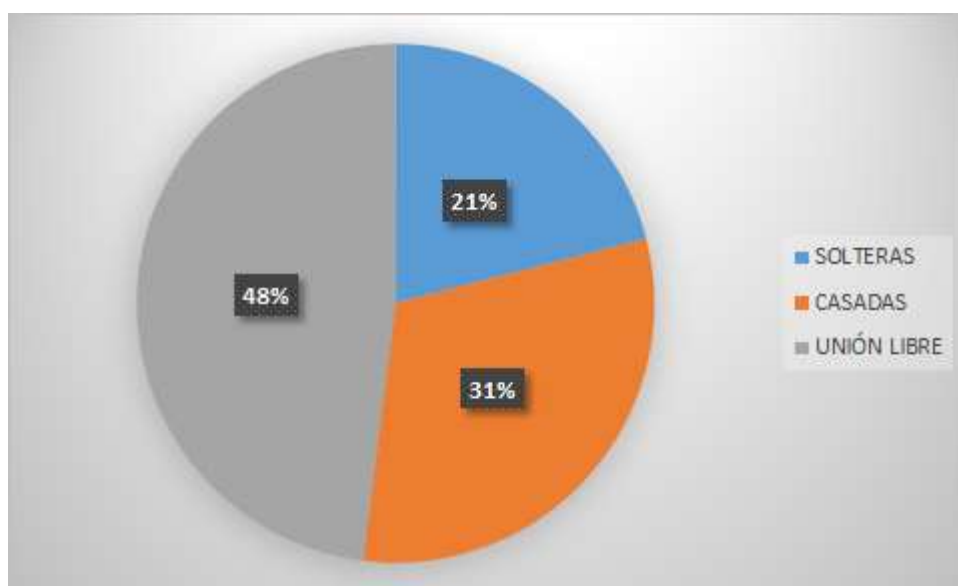
Caracterizar la población objeto de estudio según aspectos de interés de las puérperas egresadas de La Clínica Medical Duarte del II semestre del 2019 hasta el I primer semestre del 2020

Tabla 2 Edad de las puérperas egresadas de La Clínica Medical Duarte del II semestre del 2019 hasta el I semestre del 2020

CARACTERIZACIÓN DE LAS PUÉRPERAS Y EL RECIÉN NACIDO	PORCENTAJE ENCONTRADO		
	VARIABLE	TOTAL	%
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	< DE 15 AÑOS	0	0%
	15 -19	15	10.9%
	20-24	43	31.4%

	25-29	47	34.3%
	30-34	32	23.4%
	35-39	0	0%
	> DE 40 AÑOS	0	0%
TOTAL		137	100%

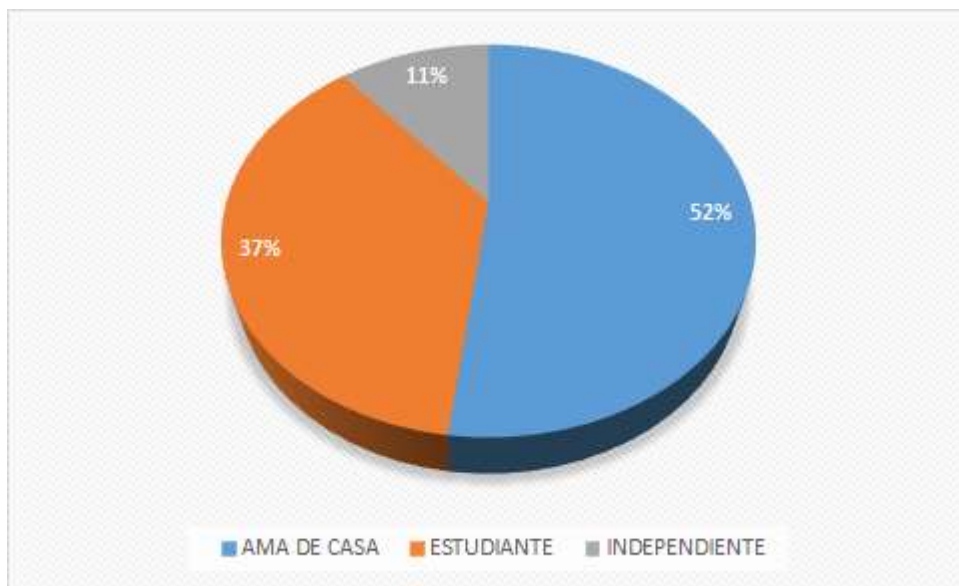
En cuanto a la caracterización sociodemográfica se encontró que la edad más prevalente de las usuarias fue de 25.29 años con un 34.3% (47 puérperas) y la menos predominante fue las puérperas con la edad 15-19 años con un 10.9% (15 puérperas), se aclara que en los rangos de edades de <15, 35-39 y >40 años no se incluyeron puérperas; se considera que la gran mayoría de las puérperas están dentro de los rangos normales para una gestación sin presentar riesgos. En estudio realizado por Alviz C, denominado “Prácticas de cuidado durante el puerperio mediato por mujeres egresadas de una IPS Sincelejo” realizado en el año 2013 en Sincelejo, Sucre, mostrando el rango de edad predominante que fue el de adultos jóvenes con un 52.5% y el de adultos medios con un 47.5%(37).



Gráfica 1 Estado civil de las puérperas egresadas de la Clínica Medical Duarte del II semestre del 2019 hasta el I semestre del 2020

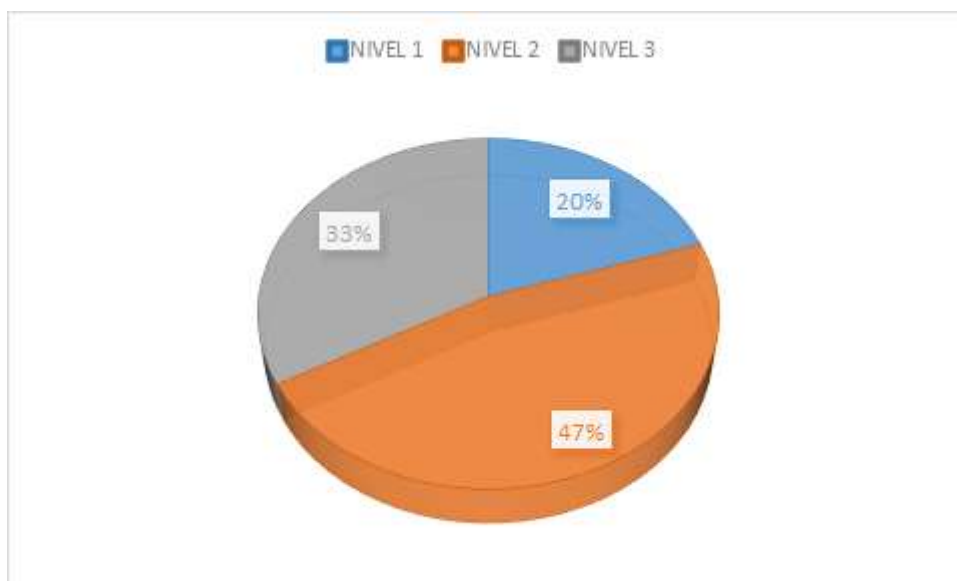
En el ítem del estado civil de las puérperas, se encontró que la unión libre es la más prevalente con un 48% (64 puérperas), 32% (44 puérperas) son casadas y el 21% (29 puérperas) son solteras, siendo este ítem el menos predominante. Se evidencia que el mayor porcentaje de las pacientes consideran el convivir con la pareja representa un apoyo importante en todo el proceso convirtiéndose en un factor protector para estas mujeres.

En un estudio realizado por Parada rico titulado “Adopción de prácticas saludables en puérperas adolescentes” en el año 2013, dirigido a usuarias entre los 10 y 19 años y a sus hijos, egresados del servicio de Ginecoobstetricia de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario Erasmo Meoz en Cúcuta. Donde se realizaron visitas domiciliarias aplicándose un formato de valoración por dominio para las puérperas y su recién nacido y el cuestionario de “prácticas de cuidado que realizan consigo mismas las mujeres en el posparto” donde pudo evidenciar que la mayoría de las pacientes se encontraban en la etapa de adolescencia media y tardía, con un estado civil de unión libre (43). Mostrando una similitud con los datos obtenidos en el presente estudio, donde se puede evidenciar que la mayoría de las gestantes se encontraban en este mismo estado civil. Así mismo con el estudio realizado por Rincón et. Al. “programa de cuidado en casa a las puérperas egresadas del control prenatal del municipio de los patios y a su recién nacido, hasta los 6 meses de edad de noviembre de 2014 a noviembre de 2015” donde mostró que el 44% de las pacientes del estudio se encontraban en un estado civil unión libre. (42)



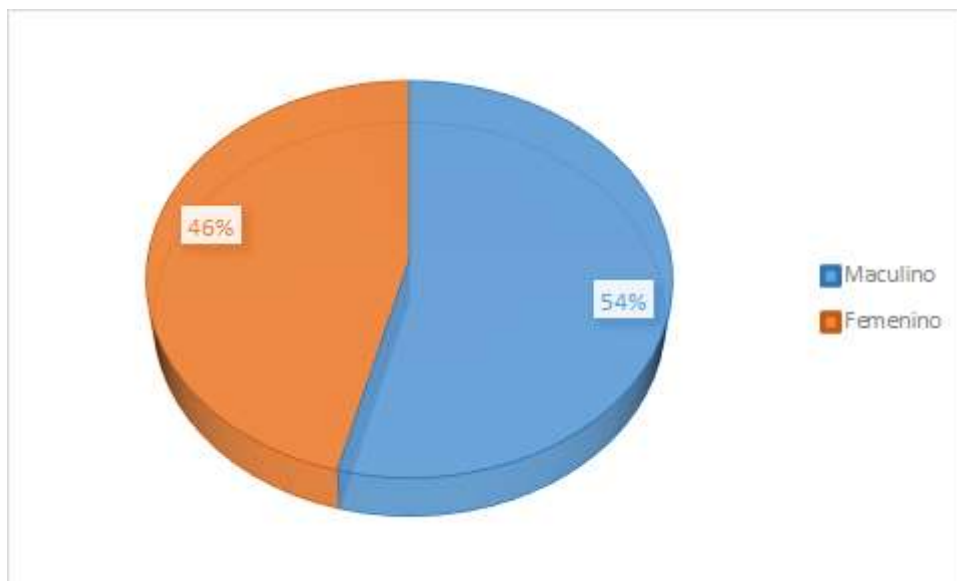
Gráfica 2 Ocupación de las puérperas egresadas de la Clínica Medical Duarte del II semestre del 2019 hasta el I semestre del 2020

La ocupación más predominante de las puérperas es ama de casa con un 52% lo que corresponde a 71 puérperas, seguido de estudiantes con un 37% correspondiente a 51 puérperas y la ocupación menos predominante es Independiente con 15 puérperas. En un estudio realizado por Rincón G, Díaz K, Camacho D, titulado “Programa De Cuidado En Casa A Las Puérperas Egresadas Del Control Prenatal Del Municipio De Los Patios Y A Su Recién Nacido Hasta Los Seis Meses De Edad De noviembre De 2014 A noviembre De 2015”, se encontraron semejanzas donde la ocupación que mayormente se encontró fue la de ama de casa en un 75% de la población. Evidenciando que en ambos estudios la mayor parte de la población eran amas de casa (42).



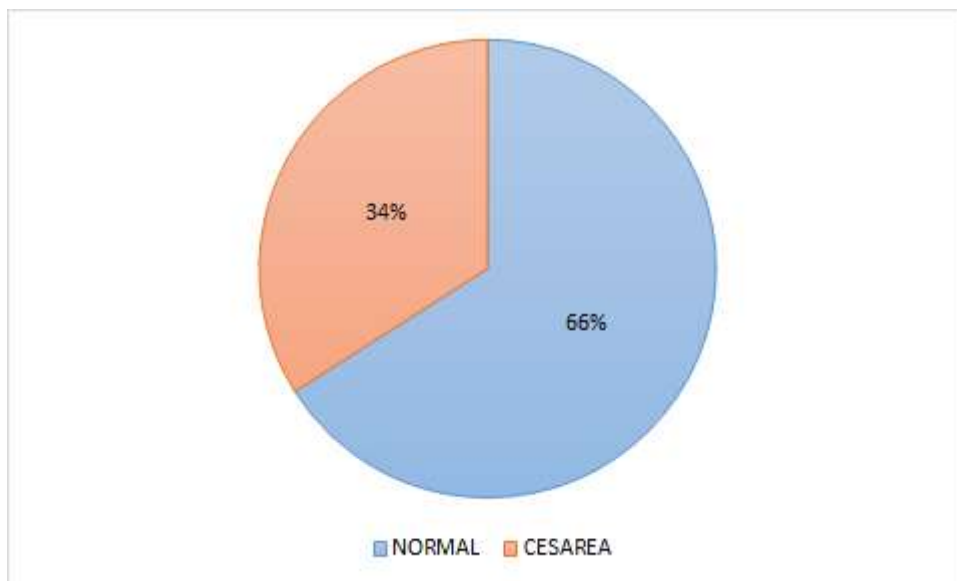
Gráfica 3 Nivel socio demográfico de las puérperas y recién nacidos egresados de la Clínica Medical Duarte del II semestre del 2019 hasta el I semestre del 2020

En el nivel sociodemográfico, se encontró que el 47% (65 puérperas) pertenecen al nivel 2, el 33% (45 puérperas) al nivel 3 y en un menor grado pero estando presente el estrato 1 con un 20% (27 puérperas). Resultado similar al encontrado por Rincón G, Díaz K, Camacho D, titulado “Programa De Cuidado En Casa A Las Puérperas Egresadas Del Control Prenatal Del Municipio De Los Patios Y A Su Recién Nacido Hasta Los Seis Meses De Edad De noviembre De 2014 A noviembre De 2015”, donde los niveles socioeconómicos que predominaron fue 1 y 2.(42)



Gráfica 4 Género de los recién nacidos de madres egresadas de la Clínica Medical Duarte del II semestre del 2019 hasta el I semestre del 2020

En cuanto al género de los recién nacidos de las puérperas se obtuvo que un 54% de los recién nacidos equivalen al género masculino (73 recién nacidos) y el 46% restante son de género femenino (64 recién nacidos). Se pudo evidenciar resultados similar a los encontrados por Rincón G, Díaz K, Camacho D, titulado “Programa De Cuidado En Casa A Las Puérperas Egresadas Del Control Prenatal Del Municipio De Los Patios Y A Su Recién Nacido Hasta Los Seis Meses De Edad De noviembre De 2014 A noviembre De 2015”, exponiendo que se encontró que el 56% (41 recién nacidos) son de sexo masculino y el 43% (32 recién nacidos) son de sexo femenino (42).



Gráfica 5 Tipo de parto de madres egresadas de la Clínica Medical Duarte del II semestre del 2019 hasta el I semestre del 2020

El tipo de parto más prevalente en las puérperas del estudio es el normal con un 66% (90 puérperas) y por cesárea con un 34% (47 puérperas), resultado que favorece la recuperación en la mayoría de las puérperas ya que su parto fue de forma natural lo que disminuye algunos dolores presentes en aquellas puérperas a las que deben tener un cuidado adicional por la herida presente en su parte baja del abdomen.

En esta institución se promueve el parto vaginal por los beneficios que tiene la mujer, además de su rápida recuperación.

Evaluar las Prácticas de cuidado de las puérperas egresadas de la Clínica Medical Duarte durante los primeros seis meses posparto durante el II semestre del año 2019 y I Semestre del año 2020

Tabla 3 Prácticas de cuidado de las puérperas durante los primeros seis meses posparto.

PRÁCTICAS DE CUIDADO	7 DÍAS			40 DÍAS			2 MESES			4 MESES			6 MESES		
	Nunca	Algunas veces	Siempre	Nunca	Algunas veces	Siempre	Nunca	Algunas veces	Siempre	Nunca	Algunas veces	Siempre	Nunca	Algunas veces	Siempre
1. ¿Consume mínimo 2 porciones, bien sea de carne, pollo, huevo, pescado o vísceras?	28 %	45 %	27 %	23 %	47 %	30 %	22 %	46 %	32 %	23 %	44 %	32 %	25 %	42 %	33 %
2. ¿consume al día mínimo 2 porciones de hortalizas o verduras (zanahoria berenjena tomate coliflor)?	30 %	42 %	28 %	32 %	47 %	21 %	28 %	41 %	38 %	25 %	44 %	31 %	23 %	41 %	36 %

3. ¿consume al día mínimo 3 o 4 veces leche o sus derivados (queso, yogurt)?	36 %	46 %	18 %	32 %	45 %	32 %	33 %	48 %	19 %	28 %	42 %	30 %	31 %	47 %	22 %
4. ¿en su alimentación diaria las frutas están presentes?	28 %	28 %	44 %	20 %	38 %	42 %	25 %	42 %	33 %	26 %	48 %	26 %	23 %	51 %	26 %
5. ¿toma al día entre 7 y 8 vasos de líquido?	13 %	52 %	35 %	22 %	48 %	30 %	15 %	58 %	27 %	18 %	52 %	30 %	23 %	55 %	22 %
6. ¿se cepilla los dientes mínimos tres veces al día?	29 %	45 %	22 %	25 %	49 %	26 %	23 %	50 %	27 %	27 %	52 %	21 %	15 %	23 %	62 %
7. acostumbra a dialogar con su pareja o con alguna persona cercana a usted?	12 %	49 %	39 %	18 %	46 %	36 %	15 %	52 %	33 %	17 %	48 %	35 %	16 %	51 %	33 %
8. ¿busca apoyo en situaciones difíciles?	30 %	39 %	31 %	29 %	47 %	24 %	23 %	56 %	21 %	25 %	49 %	26 %	18 %	53 %	29 %
9. ¿consume hierro formulado por el personal de salud?	30 %	36 %	34 %	29 %	42 %	29 %	25 %	47 %	28 %	26 %	53 %	21 %	15 %	49 %	36 %
10. ¿asistió o asistirá al control postparto?	38 %	39 %	23 %	36 %	42 %	22 %	32 %	50 %	28 %	29 %	46 %	25 %	23 %	56 %	21 %

11. ¿Cuándo se enferma acude a los servicios de salud?	15 %	39 %	46 %	20 %	36 %	44 %	18 %	41 %	41 %	16 %	40 %	44 %	13 %	45 %	42 %
12. ¿se realiza el autoexamen de mama?	39 %	39 %	22 %	38 %	42 %	20 %	35 %	46 %	19 %	31 %	52 %	17 %	12 %	59 %	29 %
13. ¿cumple con las recomendaciones sobre el cuidado dadas por el personal de salud?	29 %	45 %	26 %	25 %	42 %	29 %	25 %	49 %	26 %	27 %	51 %	22 %	19 %	54 %	27 %

Se aplicó el formato de prácticas de cuidado que realizan consigo mismo las mujeres en el postparto aplicándolo a la totalidad de las puérperas ingresadas al programa de cuidado en casa, en la primera y segunda etapa y la totalidad de las madres que a la fecha cumplían los días post parto correspondientes a la tercera y cuarta etapa. Se encontró que en la primera visita (7 días) la práctica de cuidado a la que más respondieron “Nunca realizarla” fue ¿se realiza el autoexamen de mama? con un predominio de 39% de ellas, con razones tales como: “no sé cómo se hace”; “no sé cuándo hacérmelo”; “se me olvida hacerlo”. Y el 46% de ellas refiere “Siempre” acudir a los servicios de salud cuando se enferma.

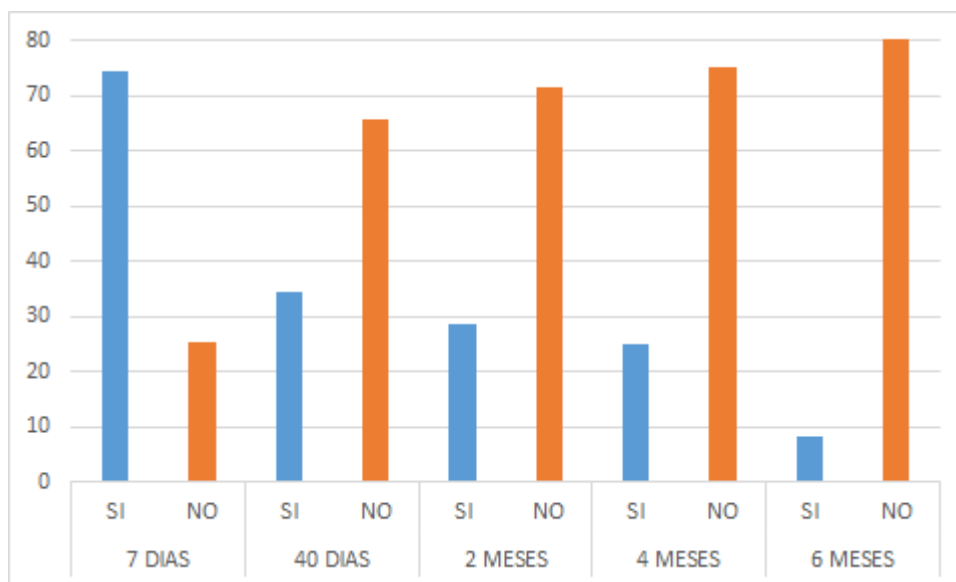
En la segunda visita (40 días) se encontró que las prácticas que más prevalecen en este periodo son: ¿cuándo se enferma acude a los servicios de salud? con el 44% respondiendo “siempre”, así mismo cabe resaltar que el 32% respondió “nunca” consumir al día mínimo 2 porciones de hortalizas o verduras y tomar de 3 a 4 veces leche o sus derivados, refiriendo “siento que eso me cae pesado”; “me da miedo que le caiga mal al bebe”; “me han recomendado mejor no tomar nada de eso”.

En la tercera visita (2 meses), el 25% de las madres visitadas, refiere no consumir el hierro formulado por el personal de salud, asegurando que “ya no lo necesitan”; mientras el 32% refiere siempre consumir mínimo 2 porciones proteína al día y 41% afirma que algunas veces consume mínimo 2 veces verduras y hortalizas.

Al realizar la cuarta visita (4 meses) se logró observar que el 35% siempre acostumbraba a dialogar con su pareja o algún amigo cercano, cuando está presentaba alguna situación difícil o para tomar una decisión, El 44% afirma que cuándo se enferma acude a los servicios de salud, esto con el fin de mantener un control de su salud. En este periodo se evidenció que 52% de las madres algunas veces toma al día entre 7 y 8 vasos de algún tipo de líquido y con este mismo porcentaje las madres algunas veces realizan el autoexamen de mama.

En la quinta visita (6 meses) se puede evidenciar que el 13% de estas nunca acude a los servicios de salud cuando se enferma, el 56% algunas veces asistió al control postparto, el 18% de las puérperas nunca busca apoyo en las situaciones difíciles y así mismo el 51% de estas algunas veces acostumbra a dialogar con su pareja o con alguna persona cercana y el 27% siempre cumple con las recomendaciones dadas sobre el cuidado por el personal de salud, el 51% afirma que algunas veces en su alimentación diaria las frutas están presentes y solo el 15% nunca consume hierro formulado por el personal de salud, Lo anterior coincide con lo referido Carmen Alviz C et al, titulado “Prácticas de cuidado durante el puerperio mediato por mujeres egresadas de una IPS Sincelejo” del año 2013, se evidencio que las puérperas en lo que respecta a los hábitos y estilos de vida saludable , practican una dieta adecuada para su recuperación, así mismo, mostrando que el 67.5% de las puérperas no consumen suplementos vitamínicos(37).

Es importante destacar que al realizar las visitas se ha identificado diversas creencias culturales que adoptan las pacientes por la cual se ha reforzado en aquellas prácticas que se podrían mejorar, sin afectar la creencia de las púerperas y obtener así avances de mejoría en el cuidado postparto; siendo el objetivo principal de este proyecto, educar a las pacientes, tomando como referencia la teoría de Madeleine Leininger, que consiste en el cuidado basado en la cultura, creencias de salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas, para ayudarlas a mantener o recuperar su salud.

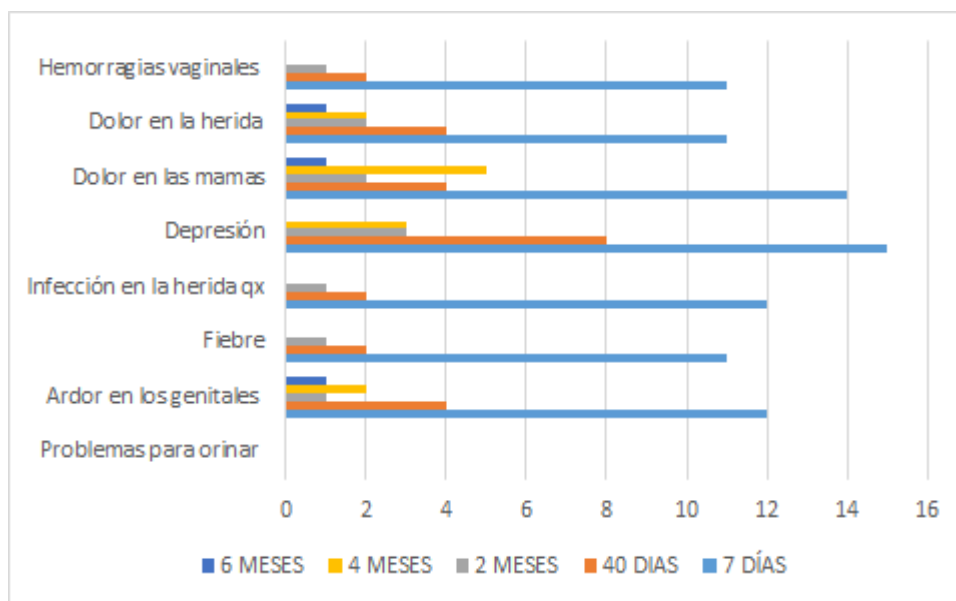


Gráfica 6 Restricción de algún tipo de alimento durante la etapa del puerperio

En cuanto a la alimentación para la primera visita (7 días) el 74.4% de las púerperas manifestaron que SÍ realizaron restricción en algún tipo de alimento, mientras que el 25.5% NO lo hicieron. Durante la segunda visita (40 días) el 65.7% de las púerperas NO realizaron modificación en la alimentación, mientras que el 34.2% SI basado en datos subjetivos como “inicie dieta”, “debo cuidar mi cuerpo” más por cuidar su físico, en contraparte las púerperas que NO dejaron de consumir ningún tipo de alimento se basan en “mientras más consuma alimentos más alimentado va a estar mi bebe o al menos eso dice me han dicho”, así mismo,

en la tercera visita (2 meses) el 28.8% de las madres visitadas manifestaron SI hacer cambios en su dieta, mientras el 71.1% respondieron NO hacerlo, en la cuarta visita (4 meses) el 25.2% refirieron SI realizan cambios en su dieta mientras que el 74.8% manifestó que NO lo hacían, en la quinta y última visita se observó que el 8% de las puérperas hacen cambios en su dieta y el 25% que respondió No, en la quinta visita (6 meses) el 91.7% equivalente a 110 personas afirmaron que no tenía ninguna restricción a algún alimento y solo el 8.3% de las puérperas presentaba restricción de algún tipo de alimento; sin embargo estos hábitos o estilos de vida se inician a modificar a medida que la puérpera va recibiendo educación impartida por el profesional de enfermería, utilizando la teoría transcultural de Madeleine Leininger donde se negocia con la paciente para cambiar sus hábitos alimenticios.

El presente estudio no tienen similitud con el elaborado por Prieto B, Ruiz H; titulado “Significados durante el puerperio: a partir de prácticas y creencias culturales”, en Chía, Colombia el en año 2013, en donde el tema 5; los alimentos protectores; donde una algunos alimentos son considerados irritantes por la puérpera y por tanto suprimidos de la dieta.



Gráfica 7 Alteraciones encontradas en las puérperas egresadas de la Clínica Duarte durante el II semestre del 2019 hasta el I semestre del 2020.

Durante la primera visita (7 días) se evidenció que el 63% (86 puérperas) presentó un signo o síntoma de alarma, del cual, el 11 % (15 puérperas) refirieron tener depresión, seguido del 10% (14 puérperas) dolor en las mamas, el 9,4% (12 puérperas) refirió haber tenido infección en la herida quirúrgica para aquellas que tuvieron cesárea, además, el mismo porcentaje de puérperas refirieron ardor en los genitales y el 8% (11 puérperas) presentaron fiebre, dolor en la herida y hemorragias vaginales, siendo estos los resultados más significativos para esta visita.

Para la segunda visita (40 días) el signo o síntoma de alarma que más se evidenció fue la depresión con un porcentaje del 9% (8 puérperas), seguido de ardor en los genitales, dolor en las mamas, dolor en la herida con el 5% (4 puérperas), sin embargo, para la tercera visita (2 meses) se evidenció que el signo que más se encontró siguió siendo la depresión con el 4% (3 puérperas) seguido del dolor en las mamas y la herida con el 3% (2 puérperas), cabe

resaltar que los resultados de la segunda y tercera visita, se basan en la totalidad de las madres visitadas que cumplen con el tiempo post parto correspondientes a esas etapas.

En la cuarta visita (4 meses) el síntoma de alarma que más se pudo evidenciar fue el dolor en la mama donde 5 puérperas manifestaron haberlo tenido, seguido de depresión (3 puérperas), para la quinta visita (6 meses) se pudo evidenciar que presentaron ardor en los genitales, dolor en las mamas y dolor en la herida una puérpera por cada signo de alarma, presentando una disminución significativa de las alteraciones posparto de las puerperas en comparacion de las primeras visitas, siguiendo estas con su cuidado en los lactantes sin ninguna complicación.

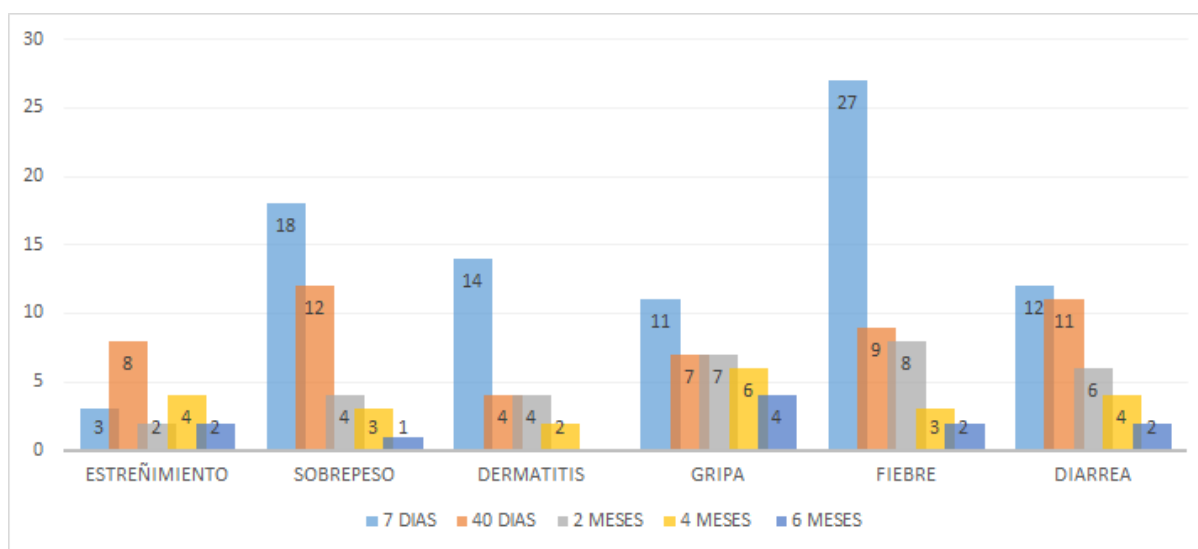


Gráfico 8 Alteraciones en el recién nacido de la puérpera egresada de la Clínica Medical Duarte durante el II semestre del 2019 hasta el I semestre del 2020

Las alteraciones en los recién nacidos identificados para la primera visita (7 días) equivale al 62% (85 recién nacidos) con algún tipo de complicación, predominando la fiebre con un valor numérico de 27 recién nacidos con un porcentaje del 20% sobre la población total 137, seguido de sobrepeso con un valor de 13% (18 recién nacidos) refiriendo las

madres “el niño nació muy gordo” “me dijeron que había nacido con mucho peso por mi alimentación en el embarazo”

Durante la segunda visita (40 días) se evidencia que el sobrepeso predomina con el valor porcentual del 16% (12 recién nacidos), por otra parte, la diarrea también se evidencia como complicación con el valor de 14% (11 lactantes), es decir, para esta visita el 66% (51 lactantes) presentaban algún tipo de complicación, para la tercera visita (2 meses), la fiebre con el 6% (4 lactantes), se evidencia como complicación, así mismo, la diarrea vinculado con un porcentaje del 9 % (6 lactantes).

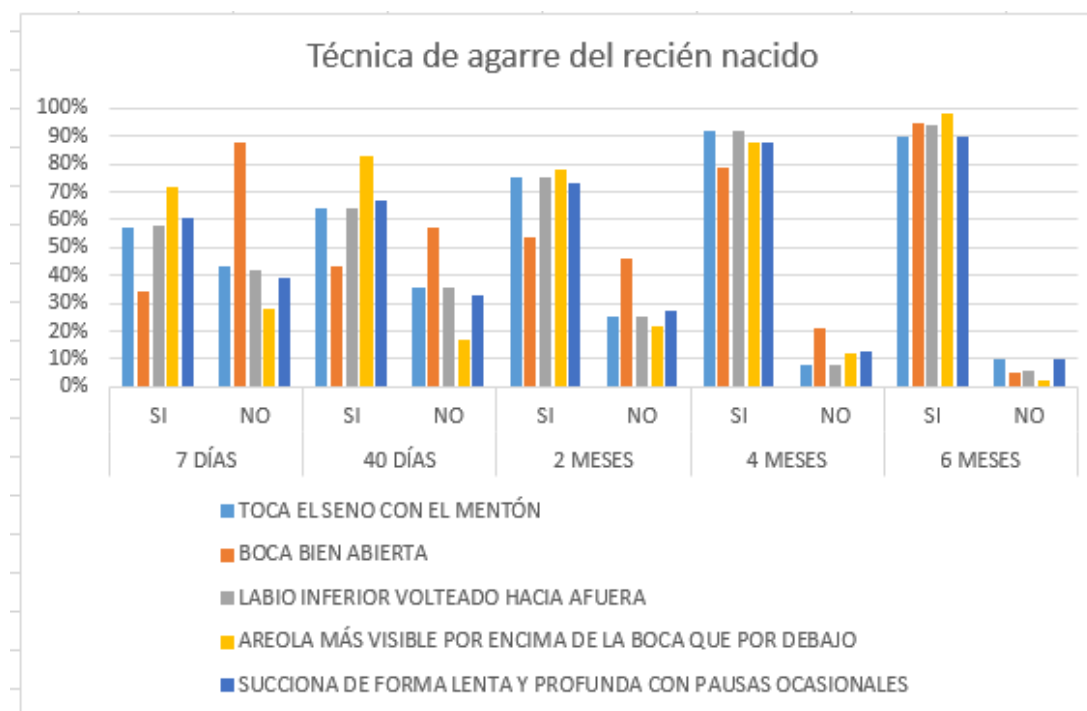
En la cuarta visita (4 meses) se pudo evidenciar que el 5% (6 lactantes) del total de los recién nacidos presentaron gripe, con respecto a las visitas anteriores se pudo evidenciar una disminución significativa de la presencia de alteraciones, durante la quinta visita (6 meses) se pudo evidenciar que los lactantes con gripe habían disminuido de 6 a 4 lactantes, el estreñimiento de 4 lactantes en la visita anterior a 2 lactantes y la dermatitis de 2 a no presentarse en los lactantes, así mismo, se pudo evidenciar que las alteraciones disminuyeron al paso de las fases.

En un estudio realizado por Sánchez F et al. Titulado “Estreñimiento y Encopresis”, menciona que los recién nacidos y lactantes con lactancia materna suelen tener al menos dos deposiciones al día y un lactante con alimentación complementaria tendrá al menos tres por semana, evidenciando con este estudio la importancia de la lactancia materna exclusiva para prevenir estreñimientos en los recién nacidos.

Tienen similitud con el estudio elaborado por Cu L, Villarreal E, Rangel B, Galicia L, Vargas V, Martínez L; denominado “Factores de riesgo para sobrepeso y obesidad en lactantes” en Chile en el año 2015 resultó que la presencia de obesidad pregestacional y

alimentación con fórmula láctea exclusiva, existe un riesgo 64,38% mayor de desarrollar sobrepeso u obesidad a los 12 meses de edad. (31)

Evaluar la alimentación del lactante y su adherencia a la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida.



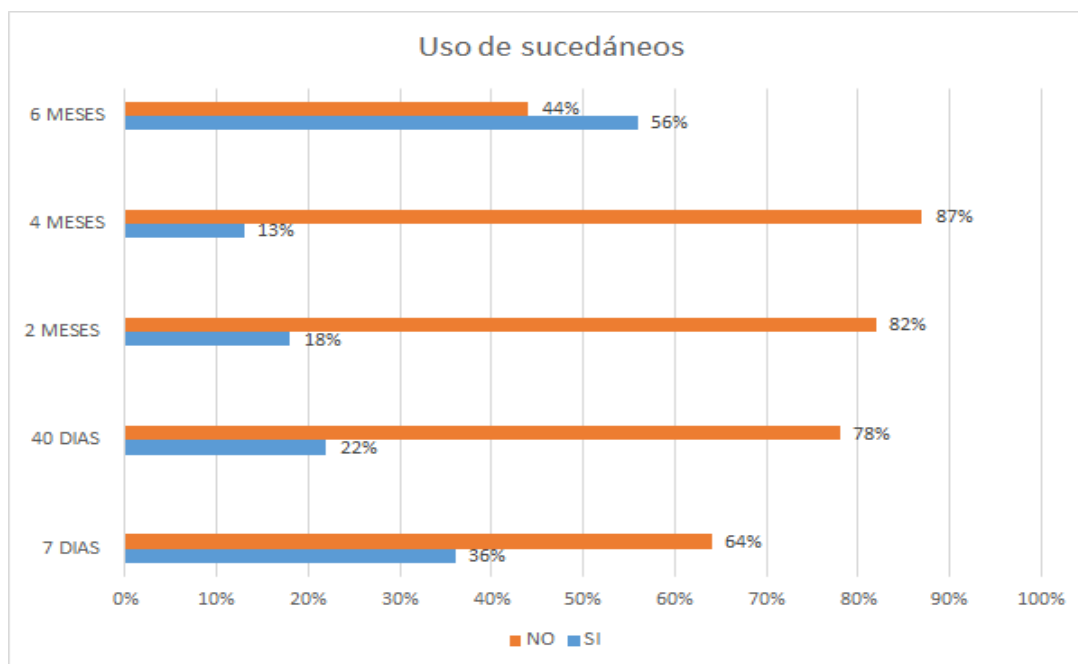
Gráfica 9 Técnica de agarre de recién nacido egresado de la Clínica Medical Duarte durante el II semestre del 2019 hasta el I semestre del 2020

Al evaluar la alimentación del lactante y la adherencia en la técnica de agarre hasta los seis meses de vida, se resalta que los ítems de *toca el seno con el mentón*, *boca bien abierta* y *labio inferior volteado hacia afuera* con una representación del han presentado una mejoría en los porcentajes pasando de 57%, 34% y 58% a 92% 79%, 92% y 32% respectivamente, teniendo en cuenta que para el último encuentro se han visitado 40 púerperas correspondientes al 33,3% del total, esto analizando con la visita del 4 mes que se hizo en su totalidad, siendo así que se observa que las púerperas empleaban de manera inadecuada estas pautas, siendo las falencias más representativas durante la primera visita (7 días) que avanzó de forma positiva. Por otra parte, el ítem *areola más visible por encima de la boca que por*

debajo con una representación del 72% para SÍ, siendo la técnica mejor evidenciada durante la primera visita (7 días) y que a la visita de 4 meses ha logrado llegar a un 88%.

Lo anterior permite entender que el proceso de visitas y educación ha mejorado en gran medida el comportamiento de las puérperas en el proceso de lactancia materna, influyendo en su técnica contribuyendo a que ésta mejore y así mismo el bebé se vea beneficiado. En el estudio realizado por Ferrer (32) llevado a cabo en pediatra del Centro de Atención Primaria Florida Norte. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona que se titula lactancia materna: ventajas, técnicas y problemas; mayo 2015 resalta que la mayor parte de los problemas de la lactancia materna son por una mala técnica. Hay que apoyar a la madre y ofrecerle educación repasando la técnica de lactancia para detectar y corregir errores; existen varias posturas adecuadas y hay que escoger la que resulte más cómoda para madre e hijo.

Para la etapa final (6 meses) se evidencia que 2 maternas (2%) dejaron de amamantar a sus bebés, lo cual se ve reflejado en los resultados de la evaluación realizada; en contraste, se obtiene que en todos los ítems más del 90% tiene una técnica de agarre correcta, lo que permite visibilizar que el proceso de educación mejoró significativamente el proceso de lactancia de las maternas.



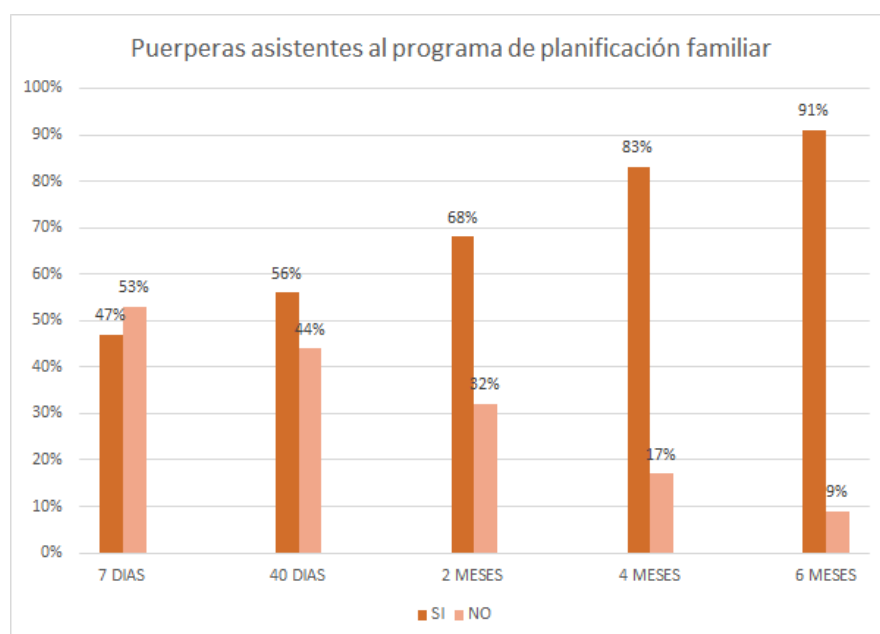
Gráfica 10 Uso de sucedáneos en los recién nacidos egresados de la Clínica Medical Duarte desde el II semestre del 2019 y el I semestre del 2020

Cabe resaltar que, del total de puérperas visitadas, fue evidenciado en la primera visita (7 días) que el 36% de ellas (49 puérperas) y segunda visita (40 días) el 29% (22 puérperas) usó algún tipo de sucedáneo en sus recién nacidos con razones expuestas por ellas, tales como: “no tengo suficiente leche materna” y “siento que él bebe no queda lleno”; en la tercera y cuarta etapa (2 y 4 meses respectivamente) se evidenció que más del 80% de las maternas NO usan sucedáneos; sin embargo se logra identificar que en la etapa final (6 meses) hubo un aumento en el porcentaje de puérperas que usaban los sucedáneos como apoyo en el proceso de alimentación, llegando al 56% (67 puérperas).

Se evidencia que hay similitud en los resultados dados por el estudio realizado en Cuba denominado Factores socioculturales y psicológicos vinculados a la lactancia materna exclusiva, realizado por Regla Broche et al. (33) cuyo objetivo principal fue determinar el comportamiento de los principales factores socioculturales y psicológicos vinculados a la práctica y abandono de la lactancia materna exclusiva y su repercusión en el estado de salud

de los lactantes; Se encontró mayor frecuencia de madres con conocimientos deficientes sobre la lactancia materna, y fueron estas las que lactaron a sus bebés por menor tiempo. Más de las tres cuartas partes de las mujeres refirieron como causa de abandono de la lactancia materna exclusiva, que el niño se quedaba con hambre y la insuficiente disponibilidad de leche en las mamas, así como fue también referido por las madres participantes del presente proyecto.

Evaluar La Adherencia De Las Puérperas Al Programa De Planificación Familiar.

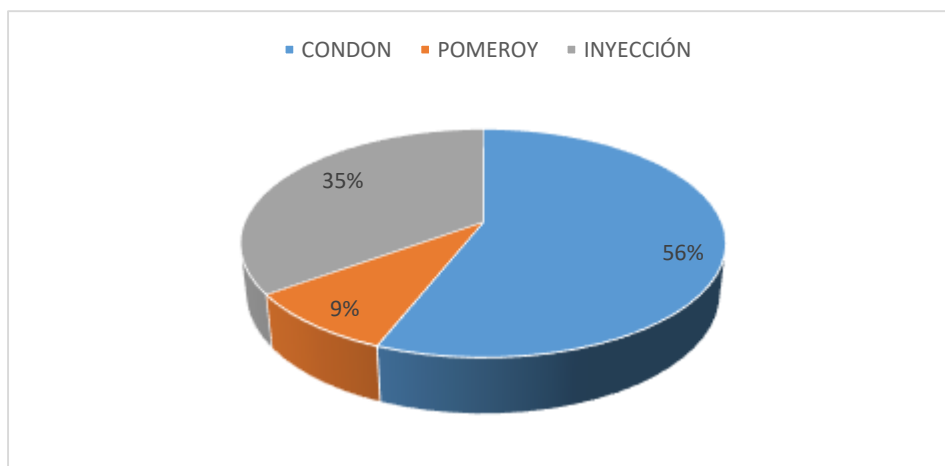


Gráfica 11 Puérperas asistentes al programa de planificación familiar egresadas de La Clínica Medical Duarte en el II semestre del 2019 y I semestre del 2020

Se logró evidenciar que, del total de puérperas valoradas, durante la primera visita el 47% (65 puérperas) asistieron a planificación familiar y el 53% (73 puérperas) no asistieron a control de planificación familiar, estas siendo un total de 137 puérperas beneficiarias de la primera visita del programa. Para la segunda visita se evidencio que el 56% de las puérperas ya habían asistido al control de planificación sobre un total de 67 puérperas del total visitado. Durante la visita número tres se encontró que el 68% de las puérperas había ido a consulta de

control e iniciado un método de planificación esté siendo hasta la fecha un total de 82 puérperas, para la visita a las puérperas de 4 meses postparto se evidencio que el 83% de las puérperas asistieron a planificación familiar (100 puérperas), ya para la última fase del proyecto (6 meses) el 91% de las puérperas están asistiendo a los programas de planificación evidenciándose un aumento significativo.

En contraste con un artículo realizado en Paraguay, por Pérez y Aparicio (34) denominado: Métodos anticonceptivos de elección en el puerperio inmediato en pacientes que asistieron al Hospital Materno Infantil San Pablo de enero 2014 a junio 2014; tuvo como objetivo general investigar la planificación familiar de las madres en su puerperio inmediato, en donde se evidenció que ninguna madre en el puerperio inmediato deseó estar en control de planificación y así mismo no usar ningún método anticonceptivo, lo cual a comparación del presente proyecto, se evidenció que para el puerperio inmediato el 47% de la madres asistieron a control de planificación.



Gráfica 12 Métodos anticonceptivos empleados por las puérperas egresadas de La Clínica Medical Duarte en el II semestre del 2019 y I semestre del 2020

Los principales métodos anticonceptivos usados por las puérperas durante el transcurso del proyecto del programa de cuidado en casa se evidencio que el uso del condón

es fundamental representado el 56%, seguidamente la inyección trimestral con un 35% y el pomeroy con 9%.

Respecto de lo anterior, se logra identificar que la mayor representación porcentual corresponde al uso del condón, siendo este el adecuado para las mujeres lactantes ya que no afecta la producción de leche materna. Estos resultados no tienen similitud con los resultados del artículo Métodos anticonceptivos de elección en el puerperio inmediato en pacientes adolescentes que asistieron al Hospital Materno Infantil San Pablo de enero 2014 a junio 2014; donde el 62,03% de las pacientes no desea método anticonceptivo alguno, en relación con el 37,97 que, si lo desea, siendo DIU con un 24,35% el de mayor predilección. (34)

Como parte de las intervenciones educativas para las puérperas que no planifican como referencia expresaban “lactando no quedó embarazada”, por consiguiente, se informó que la lactancia materna es una medida útil para espaciar las gestaciones de forma global, pero no es en absoluto una medida efectiva a nivel individual, por ello, se sugirió acompañar esta actividad con el uso del condón, así mismo, la importancia de asistir al programa de planificación familiar para ayudar a elegir el método anticonceptivo más adecuado.

Evaluar la adherencia del recién nacido en el programa de crecimiento y desarrollo y vacunación hasta los seis meses de edad.



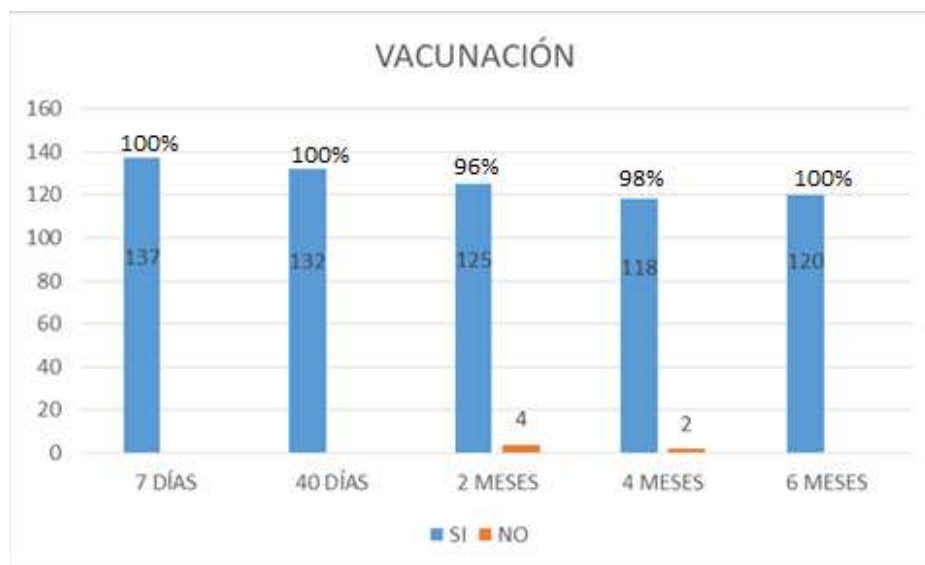
Gráfica 13 Recién nacidos inscritos al programa de crecimiento y desarrollo egresados de La Clínica Medical Duarte en el II semestre del 2019 y I semestre del 2020

Se logró evidenciar que durante la primera visita 70 de 137 recién nacidos valorados siendo este el 51% fueron vinculados al programa de crecimiento y desarrollo y el 49% de estas madres no lo habían realizado, las respuestas que se recibieron por partes de estas fueron “No sé muy bien sobre ese programa”, “no he podido ir”, “¿a dónde me debo dirigir?”. Consecuentemente para la segunda visita (40 días postparto) el 57% (75 puérperas) del total de visitas realizadas, estas habían realizado la inscripción y asistido a el programa de C Y D y el 45% de esta población no lo había hecho.

Durante la tercera visita (2 meses postparto) del proyecto se pudo evidenciar que el resultado de la asistencia al programa es del 69% (90 puérperas) y 31% no habían vinculado a sus recién nacidos referenciado que “no me parece muy importante” o “no tengo dinero para llevarlo”. En la siguiente fase del proyecto para los 4 meses postparto el 74% de las madres habían vinculados al programa de crecimiento y desarrollo y para la etapa final del proyecto 89% (107 puérperas) tienen vinculados a sus hijos en el control de Crecimiento y Desarrollo,

teniendo afirmaciones como “Es importante para saber cómo está mi hijo más en estos tiempos”, “Como usted me dijo allá le dan información a uno que es importante”; el restante 11% (13 puérperas), no habían inscrito a sus hijos a estos controles dando frases “Me da miedo ir con el bebé a un puesto de salud y exponerlos”

Comparando los resultados obtenidos con el estudio realizado por Estrada et al. (35). Donde se evidencio que entre las causas principales de inasistencia al programa, la primera es el olvido de la cita programada en un 31%, seguida por falta de un adulto que acompañe al menor en un 18%; comportamiento similares reflejan el hecho de vivir lejos y la falta de dinero en un 17% y 16% respectivamente; concuerda con algunas de las justificaciones dadas por las familiares para no llevar a sus hijos al control de Crecimiento y Desarrollo.



Gráfica 14 Esquema de vacunación según edad en los recién nacidos egresados de La Clínica Medical Duarte en el II semestre del 2019 y I semestre del 2020

Respecto a la adherencia con el programa de vacunación las puérperas se evidencio que para la primera visita (7 días postparto) existía un cumplimiento del 100% (137) de los niños que recibieron las respectivas vacunas al nacer, las cuales son BCG y hepatitis B,

administradas por el personal de la Clínica Medical Duarte. En los 40 días postparto (segunda visita) el 100% (132) presentaban el esquema al día.

Para la tercera visita disminuye la adherencia al programa de vacunación 4% de los lactantes no tenían completo el esquema, el mayor motivo referenciado es que para las fechas programadas el o la menor presentaba algún síntoma como fiebre o malestar general que les impidió salir de su hogar o que no podían asistir porque viven muy lejos del puesto de salud. En la cuarta visita (4 meses) la adherencia al programa de vacunación aumentó a 98% y en la última fase (6 meses) de las 100% de las púerperas tienen esquema de vacunación de sus hijos completo, reconociendo la importancia de este proceso para la salud de sus hijos

Estos resultados obtenidos en el estudio no concuerdan con el realizado por Pardo et. Dónde se encontró que El 65,7% cumplieron con el esquema PAI según la edad, mientras que un 34,2% tenía aún el esquema PAI incompleto, caso contrario al programa dónde al final del proyecto el 100% de los niños se encontraban con el esquema completo

13. Conclusiones

El programa de atención domiciliaria dirigido a puérperas egresadas de la Clínica Medical Duarte y sus recién nacidos consiguió un alto porcentaje la captación temprana de madres que tienen entre siete y diez días posparto, siendo la vía vaginal de parto la que predomina.

Las principales características sociodemográfica de las puérperas son: mujeres de entre 25 y 29 años, con nivel socioeconómico 2, teniendo como ocupación más común las amas de casa y resaltando las uniones libres en el estado civil.

Tomando como base la anamnesis, valoración física y la aplicación del instrumento de valoración de la puérpera realizada a las 137 beneficiarias del programa se encontró relevante que dentro de las principales alteraciones que presentan las madres en su mayoría, cefalea. En los recién nacidos las alteraciones más frecuentes son fiebre, sobrepeso y diarrea.

En este plan, en cada visita domiciliaria se realizó el desarrollo educativo por parte de Enfermería, aumentando el conocimiento materno, y así fortalecido los conceptos clave de lactancia materna exclusiva, técnica, ubicación, conservación y almacenamiento de la leche. La mayoría de las mujeres beneficiarias tenían deficiencias en estos componentes. Cabe señalar que las estrategias de información, como los folletos educativos, se utilizan para promover la adquisición de conocimientos.

Además de la capacitación continua en lactancia materna, también se discutieron temas muy importantes, como la detección de señales de advertencia neonatales, el cuidado del ombligo y el manejo del estreñimiento infantil. Cabe mencionar que, se hizo énfasis en

importancia de la planificación familiar, la asistencia en el control del crecimiento y desarrollo y los beneficios de la vacunación, para prevenir posibles riesgos o complicaciones.

Cabe destacar que, las actividades educativas realizadas por los profesionales de Enfermería en el plan de atención domiciliaria tuvieron un impacto significativo y beneficioso en la madre y su recién nacido, lo que se refleja en los resultados encontrados durante el desarrollo del plan, cambios observados de la conducta y la adquisición de conocimientos para mantener el binomio madre e hijo con el mayor bienestar.

El formato de prácticas de cuidado que realizan consigo mismo las mujeres en el postparto es aplicable a todas las madres que reciben planes de atención domiciliaria, y se encontró que muchas de ellas no siguieron las recomendaciones de atención médica del personal por las siguientes razones: "Sigo los consejos de mi madre". y "Me guie por la experiencia de mis amigas". Comprobó que existen múltiples creencias culturales adoptadas por los pacientes, por tal motivo se aplicó el concepto teórico y se fortalecieron las prácticas que pueden mejorarse sin afectar las creencias de las madres y se integró el cuidado "científico" con el cuidado "cultural", contribuyendo así a poder mejorar atención posparto.

Por último, se evidencio la importancia del cuidado transcultural y el gran papel que puede cumplir Enfermería en el cuidado postparto, siendo un punto clave para mejorar los conocimientos y prácticas que tienen las puérperas en este proceso que se hace fundamental, para ella, el recién nacido y su familia, integrándolos a todo como un núcleo del cuidado.

14. Recomendaciones

Se recomienda dar continuidad con los proyectos de extensión, enfocándose en profundizar la educación, control y seguimiento de más madres y recién nacidos.

En cuanto a la Clínica Medical Duarte, se sugiere seguir apoyando este tipo de proyectos en esta institución. Además, se aconseja establecer un departamento de atención dirigido por Enfermería para brindar educación individual y grupal sobre temas de cuidado infantil con el fin de unificar los conocimientos de las personas y prevenir complicaciones.

Por último, para los estudiantes y profesionales de Enfermería, se da como recomendación fortalecer el cuidado cultural en las atenciones brindadas y permitir que el o los seres de cuidados se integren en el proceso encaminados a mantener y mejorar su salud o la de sus familiares, integrando los conceptos propios y tradicionales de las personas con los clínicamente recomendables.

15. Bibliografía

1. Reducir la mortalidad de los recién nacidos [Internet]. 2019 [Citado el 12 de mayo].
Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality>
2. Bohórquez A, Rosas A, Pérez J, & Munévar R. Seguimiento De Enfermería A La Madre Y Al Recién Nacido Durante El Puerperio: Traspasando Las Barreras Hospitalarias [Internet]. Av. Enfermera Vol. 27, No 2. [Citado el 13 de mayo del 2018]. Disponible en: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvii2_14.pdf
3. MYSU Mujer Y Salud en Uruguay, [Internet]. [citado el 13 de mayo del 2019]. Disponible en: <http://www.mysu.org.uy/>
4. DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadística), Boletín técnico. ESTADÍSTICAS VITALES; Cifras definitivas 2018. [Internet]. [Citado el 15 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/nacimientos/nacimientos-2018>
5. Programa De Las Naciones Unidas Para El Desarrollo. México, Cuba, República dominicana. Objetivos del milenio. 6-7 de septiembre de 2000, [Internet]. [Citado el 16 de mayo del 2019]. Disponible en: <http://www.undp.org/spanish/about/>
6. Análisis De Situación De Salud (ASIS) Colombia, 2016. Dirección de Epidemiología y Demografía. [Internet]. Bogotá, noviembre de 2016. [Citado el el 15 de mayo 2019].
Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2016.pdf>
7. Análisis de la situación de salud- Departamento Norte de Santander 2017, Instituto Departamental de salud de Norte de Santander (IDS) Gobernación de Norte de Santander,

Coordinación de Vigilancia en Salud Pública. [Internet]. [Citado el 15 de mayo de 2019].

Disponible en: <http://salasituacionalidsnds.weebly.com/uploads/1/0/7/1/10714324/asis-departamental-2017-nortedesantander.pdf>

8. Ramos, F. (2019). *Nacimientos 2018* . [Internet] Dane.gov.co. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/nacimientos/nacimientos-2018> [Citado el 16 de mayo de 2019].
9. Ramos F. Nacimientos 2019 [Internet]. Dane.gov.co. 2019 [citado el 28 de junio 2019]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/nacimientos/nacimientos-2019>
10. Cardozo L, Bernal C. Adolescentes en puerperio y sus prácticas de cuidado. [Internet]. Colombia, Girardot. [Citado el 16 de mayo del 2019]. Disponible en: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvii2_9.pdf
11. Sanabria Z, Fromherz.C. Comportamiento patológico del puerperio. [internet]. Hospital Docente Ginecobstétrico "Dr. Julio R. Alfonso Medina". Matanzas, Cuba. [Citado 18 de mayo de 2019]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000300005
12. Centro Latinoamericano de Desarrollo. Tasa de mortalidad infantil. [Internet]. [Citado el 18 de mayo de 2019]. Disponible en: http://celade.cepal.org/redatam/PRYESP/SISPPI/Webhelp/helpsispi.htm#tasa_de_mortalidad_infantil.htm.
13. Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS, 2015) tomo 1. [Internet]. [Citado el 19 de mayo de 2019]. Disponible en: <http://profamilia.org.co/docs/ENDS%20%20TOMO%20I.pdf>
14. Así vamos en salud, seguimiento al sector salud en Colombia. Soportado por: e-Salud. Centro de Innovación, Fundación Santafé de Bogotá, [Internet]. [Citado el 19 de mayo de 2019]. Disponible en: <http://www.asivamosensalud.org/inidicadores/estado-de-salud/grafica.ver/9>

15. Ministerio De Salud. Norma técnica de atención al recién nacido. [Internet]. Colombia.
[Citado el 19 de mayo de 2019]. Disponible en:
[http://www.hospitalraulorejuelabuenoese.gov.co/SOPORTE_MAGNETIC
O DE NORMAS 2009/SUBDIRECCION CIENTIFICA/Resolucion 412 de 2000/Normas
s_Tecnicas/AtenciondelRecienNacido.pdf](http://www.hospitalraulorejuelabuenoese.gov.co/SOPORTE_MAGNETIC_O_DE_NORMAS_2009/SUBDIRECCION_CIENTIFICA/Resolucion_412_de_2000/Normas_Tecnicas/AtenciondelRecienNacido.pdf)
16. Royert J, Peñate M. Prácticas de cuidado que realizan las puérperas en los municipios de Sincelejo, Corozal, Tolú, Sampués y San Onofre (Sucre, Colombia) 2014. [Internet].
(2016). Revista Científica Salud Uninorte, Vol. 32, No 1 [Citado el 23 de mayo de 2019].
Disponible
en:<http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/8427/8883>
17. Programa Ampliado de Inmunización, Ministerio de Salud y Protección Social [Internet].
[Citado el 3 de junio de 2019]. Disponible en:
[http://www.minsalud.gov.co/Lineamientos/Documento_Marco_Jornada_de_
Vacunacion_de_las_Am%C3%A9ricas_abril2012.pdf](http://www.minsalud.gov.co/Lineamientos/Documento_Marco_Jornada_de_Vacunacion_de_las_Am%C3%A9ricas_abril2012.pdf)
18. Coberturas de Vacunación Programa Permanente 2014 [Internet]. [Citado el 3 de junio de
2019]. Disponible en:
[http://calisaludable.cali.gov.co/saludPublica/2014_SaludAmbiental/2015_PA
I/Presentacion%20Coberturas%20PAI%202014.pdf](http://calisaludable.cali.gov.co/saludPublica/2014_SaludAmbiental/2015_PA_I/Presentacion%20Coberturas%20PAI%202014.pdf)
19. Bohórquez O. Seguimiento de Enfermería a la Madre y al Recién Nacido durante el
Puerperio: Traspasando las Barreras Hospitalarias; [Internet]. 2010. [Citado el 3 de junio
de 2019]. Disponible
en:<http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12976/14009>
20. OMS. Mortalidad Materna. [Internet]. Septiembre del 2016. [Citado el 3 de junio de
2019]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>

21. Secretaria Del Senado, Ley 100 [Internet]. 1993. [Citado el 5 de junio de 2019].
Disponible en:http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1993/ley_0100_1993_pr005.html
22. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). De cero a Siempre. [Internet]. [Citado el 5 de junio de 2019]. Disponible en:
<http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/Especiales/prueba/PrimeraInfancia/DeCeroaSiempre>
23. Organización Mundial de la Salud. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. [Internet]. [Citado el 5 de junio de 2019]. Disponible en: <
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/imci/es/>.
24. Ministerio de Salud Nacional. Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI. [Internet]. [Citado el 10 de junio de 2019]. Disponible
en:<[http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/ProgramaAmpliadodeInmunizaciones\(PAI\).aspx](http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/ProgramaAmpliadodeInmunizaciones(PAI).aspx)
25. Esteban D. Nivel de conocimiento de púerperas en el cuidado el recién nacido en el Instituto Nacional Materno Perinatal: enero 2016. Tesis doctoral; Universidad Nacional Mayor De San Marcos; Facultad De Medicina; E.A.P. De Medicina Humana. [Citado el 10 de junio de 2019]. Disponible en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4697/Esteban_md.pdf?sequence=1
26. Díaz N. Análisis de los cuidados en el puerperio de una mujer brasileña desde la teoría de Leininger2015. [Citado el 10 de junio de 2019]. Disponible en: <http://academica-e.unavarra.es/xmlui/handle/2454/18607>

27. Martínez M. Impacto del programa de educación maternal sobre la madre y el recién nacido. [Internet]. 2013. [Citado el 10 de junio de 2019]. Disponible en: <http://0-hera.ugr.es.adrastea.ugr.es/tesisugr/21277709.pdf>
28. Patrocinio S, & Rosa P. “Nivel de satisfacción de la puérpera sobre el cuidado integral que brinda el personal de enfermería en el servicio de Gineco-Obstetricia del HNAL, Lima 2013. [Internet]. 2014. [Citado el 10 de junio de 2019]. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3985>
29. P. Martínez-Galán, E. Martín-Gallardo, D. Macarro-Ruiz, E. Martínez-Martín, & J. Manrique-Tejedor. Educación prenatal e inicio de la lactancia materna: Revisión de la literatura. 2016. Revista Enfermería Universitaria.2017; vol. 14:54-66 [Citado el 10 de junio de 2019]. Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/view/58410/51665>
30. Diaz S, & Webster M. La actuación del enfermero en promover la lactancia materna a través de acciones educativas. [Internet]. Brasil 2014. 66 [Citado el 10 de junio de 2019]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2216-09732012000100021&script=sci_abstract&tlng=es
31. Villarreal R, Rangel P, Galicia R, Vargas D, & Martínez G. Factores de riesgo para sobrepeso y obesidad en lactantes. [Internet] Revista Chilena de Nutrición Vol. 42, N°2, junio 2015. [Citado el 10 de junio de 2019]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchnut/v42n2/art04.pdf>
32. Ferrer A. Lactancia materna: ventajas, técnicas y problemas [Internet] volumen XIX; número 4; mayo 2015. Barcelona; [Citado el 10 de junio de 2019]. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2015-05/lactancia-materna-ventajas-tecnica-y-problemas/>

- 33.** Broche R, Sánchez O, Rodríguez D; & Pérez L. Factores socioculturales y psicológicos vinculados a la lactancia materna exclusiva. [Internet] Revista Cubana Med Gen Integr vol.27 no.2 Ciudad de La Habana abr.-jun. 2011. [Citado el 10 de junio de 2019]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000200013
- 34.** Pérez L, Aparicio C. Métodos anticonceptivos de elección en el puerperio inmediato en pacientes adolescentes que asistieron al Hospital Materno Infantil San Pablo de enero 2014 a junio 2014; [Internet] publicado en el año 2015 [Citado el 10 de junio de 2019]. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/hn/v7n2/v7n2a05.pdf>
- 35.** Estrada V, & Barragán M. Motivos de inasistencia al programa de crecimiento y desarrollo de la ESE Hospital San Vicente de Paúl llevado; [Internet] Caldas, Antioquia; 2009-2010; (pág. 42) [Citado el 10 de junio de 2019]. Disponible en: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/936/1/Motivos_inasistencia.pdf
- 36.** Evaluación de la adherencia al esquema de vacunación Plan Ampliado de Inmunizaciones Clínica Infantil Colsubsidio1; publicado por Rev. Cienc. Salud. Bogotá (Colombia) 5 (1): 18-32, abril-junio de 2007 disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v5n1/v5n1a3.pdf>
- 37.** Alviz C, Payares L, Aldana L, & Arrieta Q, Prácticas de cuidado durante el puerperio mediato por mujeres egresadas de una IPS Sincelejo. Revisalud Unisucre [Internet]. 2013, Vol. 1, Núm. 1 [Citado el 14 de junio de 2019]. Disponible en: <http://revistas.unisucre.edu.co/index.php/revisalud/article/view/74/72>
- 38.** Prieto B.; Brigitte M.; Ruiz, & Helena C. Significados durante el puerperio: a partir de prácticas y creencias culturales. Aquichán [Internet]. 2013, vol.13, n.1, pp.7-16. [Citado el 14 de junio de 2019]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972013000100002&script=sci_abstract&tlng=es

39. Moreno C. La mujer en posparto: un fenómeno de interés e intervención para la disciplina de enfermería. *Revista Cuidarte* 2014, vol.5, n.2, pp.739-747. [Citado el 14 de junio de 2019]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v5i2.86>.
40. Giraldo G, Muñoz C, & Buitrago M. Interacciones entre el cuidado doméstico y hospitalario durante la gestación y el puerperio entre mujeres que viven en condiciones socioeconómicas adversas que asisten a una clínica de maternidad en Cartagena, Colombia. *Revista colombiana de anestesiología*. [Internet]. 2016, vol.44, n.3, pp.222-227. [Citado el 14 de junio de 2019]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-33472016000300007&script=sci_abstract&tlng=es
41. Rico A, Castillo C, & Benítez C, Programa de atención integral a la adolescente gestante. *Rev. Ciencia y cuidado* [Internet]. 2010, vol. 10. Núm. 1. Pag: 67-77. [Citado el 14 de junio de 2019]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4454860>
42. Rincón G, Díaz K, Camacho D. & Rincón A. Programa de cuidado en casa a las puérperas egresadas de control prenatal del municipio de los patios y a su recién nacido hasta los seis meses de edad de noviembre 2014 a noviembre 2015. [Internet]. 2015. [Citado el 14 de junio de 2019]. Disponible en: <http://alejandria.ufps.edu.co/descargas/tesis/1800509.pdf>
43. Parada Rico, D. Adopción de prácticas saludables en puérperas adolescentes. *Revista Cuidarte* 2013; Vol. 4 (1): 450-8). [Citado el 14 de junio de 2019]. Disponible en: <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/4>
44. Chaustre A, Ramírez R, Ruiz A, Rivera P, Rolón H, & Contreras R. Frecuencia y factores de riesgo asociados a la cefalea postparto en el Hospital Universitario Erasmo Meoz de san José de Cúcuta. [Internet]. 2013. *INBIOM* Vol. 1 No.2 pág. 34-45. [Citado el 24 de junio de 2019]. Disponible en:

http://revistas.unipamplona.edu.co/ojs_viceinves/index.php/INBIOM/article/view/2165/10

53

- 45.** Casella C, Gómez V, & Domingo J. [Internet]. Revista de Posgrado de la Cátedra VIa Medicina N° 100 [Citado el 24 de junio de 2019]. Disponible en:
http://med.unne.edu.ar/revista/revista100/puerperio_normal.htm
- 46.** Ministerio De Protección Social. Norma Técnica del Parto. [Internet]. [Citado el 24 de junio de 2019]. Disponible en:
http://207.58.191.15:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/44/Legal_36.pdf?sequence=1
- 47.** Llanera O. El Puerperio. [Internet]. [Citado el 24 de junio de 2019]. Disponible en:
<http://es.scribd.com/doc/175072/EL-AUXILIAR-DE-ENFERMERIA-Y-ELPUERPERIO>
- 48.** Peralta M. Octavio, Aspectos Clínicos del Puerperio. [Internet] Instituto Chileno de Medicina Reproductiva. [Citado el 24 de junio de 2019]. Disponible en:
http://www.icmer.org/documentos/lactancia/puerperio_octavio.pdf.
- 49.** Jiménez J, & Mares A. Modelo de atención de enfermería obstétrica. [Internet] Comisión interinstitucional de enfermería de la secretaría de salud del gobierno federal de México [Citado el 24 de junio de 2019]. Disponible en:
http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/descargas/cod_maeo.pdf.
- 50.** Sánchez G, Morejón J, & Herrera M. Puerperio complicado. [Internet] Estudio en unidad de cuidados intensivos. [Citado el 24 de junio de 2019]. Disponible en:
www.indexmedico.com/publicaciones/indexmed_journal/edicion3/puerperio_complicado/martinez_lopez.htm.
- 51.** Nardin J. Hemorragia posparto. [Internet] Centro rosarino de estudios perinatales. 2004. [Citado el 24 de junio de 2019]. Disponible en:
http://www.gfmer.ch/Educacion_medica_Es/Pdf/Hemorragia_Posparto.pdf

52. Deller B, Prevención de la hemorragia posparto. [Internet] Informe técnico de salud mundial. 28 de febrero de 2008. [Citado el 24 de junio de 2019]. Disponible en: <http://www.maqweb.org/techbriefs/spanish/stb48posthem.shtml>.
53. ANESVAD-ONU. El inicio temprano de la lactancia materna ayuda a prevenir muertes infantiles. [Internet] [Citado el 24 de junio de 2019]. Disponible en: <http://www.anesvad.org/actualidad/el-inicio-temprano-de-lalactancia-materna-ayuda-a-prevenir-muertes-infantiles>.
54. Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Facultad de Medicina. Dpto. Ginecología y Obstetricia. Alumbramiento patológico. [Internet] [Citado el 24 de junio de 2019]. Disponible en: <http://biblioteca.vitanet.cl/colecciones/600/610/612/chile-alumbramiento.pdf>
55. Secretaría de Salud de México.. Prevención, diagnóstico y manejo de la hemorragia obstétrica. [Internet] [Citado el 24 de junio de 2019]. Disponible en: <http://www.generoysaludreproductiva.gob.mx/IMG/pdf/HEMORRAGIAOBSTETRICA.pdf>.
56. Secretaria de Salud. Dirección General de Salud Reproductiva. Urgencias obstétricas en unidades de primer nivel, manual de atención. [Internet] Primera edición diciembre 2001. México D.F [[Citado el 24 de junio de 2019]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/UrObstetricas.pdf>
57. PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. [Internet] [Citado el 24 de junio de 2019]. Disponible en: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR334/FR334.2.pdf>
58. Gómez M. Clasificación de los niños recién nacidos, [Internet] Revista de pediatría Medigraphic. [Citado el 24 de junio de 2019]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2012/sp121g.pdf>

- 59.** Cifuentes J. Recién nacido, concepto riesgo y clasificación. [Internet] Pontificia Universidad Católica de Chile. Escuela de Medicina. [Citado el 24 de junio de 2019].
Disponibile en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/rnconcep.html>
- 60.** Alarcón J. Curvas antropométricas de recién nacidos, [Internet] ArchPediatr Uruguay 2010; 81(3): 200-207, [Citado el 24 de junio de 2019]. Disponible en:
http://www.sup.org.uy/Archivos/adp81-3/pdf/adp81-3_13.pdf
- 61.** Organización Mundial de la Salud (OMS), Mortalidad y registros de defunciones (tasas de mortalidad neonatal) [Internet] [Citado el 24 de junio de 2019]. Disponible en:
http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/newborn_deaths_2011_0830/es/
- 62.** Beca, P., Catanni, A., Colombo, M., Muzzo, S., Nazer, J., & Youlton, R.: Mortalidad Neonatal: Definiciones y Limitaciones.) [Internet] Rev. Chil.Pediatr. Vol. 59 (3); 203 - 205 1988. [Citado 26 el junio de 2019]. Disponible en:
<http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/rnconcep.html>
- 63.** Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de la Protección Social. Cuadro de Procedimientos Bogotá D.C., Colombia: OPS, 2010. (Serie 2) 572 páginas Segunda Edición Corregida y Aumentada [Citado el 26 de junio de 2019].
- 64.** PARODI J. Ictericia neonatal. [Internet] Servicio Neonatología Hospital “JR Vidal”. [Citado el 26 de junio de 2019]. Disponible en:
http://med.unne.edu.ar/revista/revista151/3_151.pdf.
- 65.** Sancho L AM. Criptorquidia. [Internet] Hospital Universitario Puerta del Mar. [Citado el 26 de junio de 2019]. Disponible en:
http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/03_criptorquidia.pdf.
- 66.** University Medical Center. Newborn Care Manual. [Internet] [Citado el 26 de junio de 2019]. Disponible en: <http://umc.ua.edu/files/2010/03/NewbornCare-Manual-Spanish.pdf>

67. Barreda P. Primeras enfermedades al nacer. [Internet] [Citado el 26 de junio de 2019].
Disponible en: http://www.pediatraldia.cl/primeras_enfermedades_al_nacer.htm
68. Morales J. Infección Respiratoria Aguda (IRA) [Internet] [Citado el 26 de junio de 2019].
Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/infeccion%20respiratoria.pdf>
69. Generalitat V, Conselleria S. Cuidados básicos en el recién nacido. [Internet] [Citado el 26 de junio de 2019]. Disponible en:
<http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/V.4775-2007.pdf>
70. Ministerio de Salud Nacional. Guía de Práctica Clínica del recién nacido sano. [Internet] [Citado el 26 de junio de 2019]. Disponible en:
http://gpc.minsalud.gov.co/Documents/Guias-PDFRecursos/RN%20sano/GPC_Ptes_RNSano.pdf
71. Jornada de vacunación en las Américas 2012, ministerio de salud y protección social, [Internet] [Citado el 26 de junio de 2019]. Disponible en:
http://www.minsalud.gov.co/Lineamientos/Documento_Marco_Jornada_de_Vacunacion_d_e_las_Am%C3%A9ricas_abril2012.pdf
72. Organización Mundial De La Salud (OMS). Organización Panamericana De La Salud (OPS). Fondo De Las Naciones Unidas Para La Infancia (UNICEF). Consejería en Lactancia Materna: Curso de Capacitación. [Internet] [Citado el 26 de junio de 2019].
Disponible en:
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/pdfs/bc_participations_manual_es.pdf
73. Organización Mundial de la Salud. Salud y Desarrollo del niño y del Adolescente. Lactancia Materna.2011. [Internet] [Citado el 26 de junio de 2019]. Disponible en:
http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/prevention_care/child/nutrition/breastfeeding/es/index.html.

- 74.** Hernández S, Cabrera G, & Báster M. Temas de Medicina General Integral. [Internet] La Habana: ECIMED, 2001; vol. 1:112-23. [Citado el 26 de junio de 2019]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S102930192009000400013&script=sci_arttext.
- 75.** Sierra E, Solarana J, Velázquez G, Parra C, Serra Y, & González P. Intervención educativa. Efectividad sobre la lactancia materna. [Internet] Policlínica “Mario GutiérrezArdaya”. 2003. Correo Científico Médico de Holguín 2003; 7(4) [Citado el 26 junio de 2019]. Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no74/n74ori3.ht>
- 76.** Academia Medica de Lactancia materna, Protocolo clínico de congestión mamaria, [Internet] [Citado el 26 de junio de 2019]. Disponible en: <http://www.bfmed.org/Media/Files/Protocols/VERSION%20FINAL%20PROTOCOL%20Spanish.pdf>
- 77.** Ramirez V. Hospital discharge and early puerperal complications. [Internet] Salud Pública Mex 2009;(51): 212-218 [Citado el 26 de junio de 2019]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/2795/20/9789584476180.17.pdf>
- 78.** Edmondson E. Cuidado del pecho durante la lactancia. Práctica privada de obstetricia y ginecología en Clearwater, FL. [Internet] [Citado el 26 de junio de 2019]. Disponible en: http://nursing.advanceweb.com/sharedresources/advanceforlpls/resources/DownloadableResources/spanish_handouts/LW_Cuidadodel.pdf
- 79.** Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAMI). Ministerio de la Protección Social (MPS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). [Internet] Bogotá, enero 2011 [Citado el 26 de junio de 2019]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/lineamientos-ami-2011.pdf>

- 80.** Fernández V. Perspectiva de la enfermería transcultural en el contexto mexicano. [Internet]
[Citado el 26 de junio de 2019]. Disponible en:
http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/45F1E36C-85DF-4B1F-9822BECB2E39847A/0/Informacion_Gral4.pdf
- 81.** Teorías en Enfermería. El Cuidado. Madeleine Leininger. [Internet] [Citado el 26 de junio de 2019]. Disponible en:
<http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/madeleineleininger.html>
- 82.** LEY 100 DE 1993. Sistema general de seguridad social en salud. Diciembre 23 de 1993 [Internet] [Citado el 8 de julio de 2019]. Disponible en:
http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1993/ley_0100_1993.html
- 83.** LEY 1438 DE 2011 por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones; el Congreso de Colombia, Santafé de Bogotá, disposiciones generales, artículo 3. [Internet] [Citado el 8 de julio de 2019]. Disponible en: http://66.7.201.232/~saludput/documentos/NORMAS/ley1438_2011.pdf
- 84.** LEY 12 DE 1991. Convención internacional sobre los derechos del niño. Enero 22 de 1991. [Internet] [Citado el 8 de julio de 2019]. Disponible en:
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=10579>.
- 85.** RESOLUCIÓN 0412 DEL 2000. República de Colombia, Santafé de Bogotá, ministerio de salud. [Internet] [Citado el 8 de julio de 2019]. Disponible en:
http://www.pos.gov.co/Documents/Archivos/Normatividad_Regimen_Contributivo/resolucion_412_2000.pdf
- 86.** RESOLUCIÓN 3280 DEL 2018. República de Colombia, Santafé de Bogotá, Ministerio de salud [Internet] [citado el 8 de julio de 2019]. Disponible en:
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf

87. Ley 1098 del 2006, Código de Infancia y adolescencia, Congreso de la república de Colombia [Internet] [Citado el 8 de julio de 2019]. Disponible en:
http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2006/ley_1098_20_06.html.
88. Ley de la Infancia y Adolescencia. República de Colombia, Santafé de Bogotá, congreso de Colombia. [Internet] [Citado el 8 de julio de 2019]. Disponible en:
http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2006/ley_1098_20_06.html.
89. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, febrero de 2013. [Internet] [Citado el 8 de julio de 2019]. Disponible en:
http://www.unfpa.org.co/home/unfpacol/public_htmlfile/%20politicassr.pdf
90. Resolución número 8430 de 1993, República de Colombia, Santafé de Bogotá, ministerio de salud. Octubre de 1993. [Internet] [Citado el 8 de julio de 2019]. Disponible en
91. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
92. Icbf.gov.co. (2019) *Derecho del Bienestar Familiar [LEY_1804_2016]* . [internet] Disponible en: https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1804_2016.htm
[Consultado el 12 de noviembre de 2019].
93. Constitucioncolombia.com. (2019) *ConstitucionColombia.com* . [internet] Disponible en: <http://www.constitucioncolombia.com/titulo-2/capitulo-2/articulo-44> [Consultado el 12 de noviembre de 2019].
94. Oviedo J. Resultados preliminares censo nacional de población y vivienda en Cucuta. DANE [Internet] 2018. [Citado el 25 de junio de 2019]. Disponible en:
<https://dane.gov.co/C%C3%BAcuta#Salud>
95. Ministerio de salud y protección social. Resolución número 08430 de 1993.); [internet] (octubre 4 [Citado el 8 de julio de 2019]. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

96. Ley 266 de 1996. Congreso de la república de Colombia [Internet]

Diario Oficial No. 42.710, del 5 de febrero de 1996. [Citado el 8 de julio de 2019].

Disponible en:

<http://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/280/ley%20266%20de%201996.pdf?sequence=15&isAllowed=y>

97. Ley 911 de 1994. Congreso de la república de Colombia [Internet]

Diario Oficial No. 45.693 de 6 de octubre de 2004. [Citado el 8 de julio de 2019]. Disponible

en: <http://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/280/ley%20911%20de%202004.pdf?sequence=15&isAllowed=y>

98. Galvis V, Bustamante M, & Sarmiento C. [Internet]. Minsalud.gov.co. [citado el 22 de septiembre de 2020]. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/17Atencion%20de%20EDA.PDF>

16. Anexos

Anexo 1 Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERÍA CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ identificado(a) con cédula N° _____ de _____ hago constar que he recibido explicación sobre el proyecto de investigación y dispuesto a participar en el estudio que tiene como título de investigación PROGRAMA DE CUIDADO EN CASA A LAS PUÉRPERAS EGRESADAS DE LA CLÍNICA MEDICAL DUARTE Y A SU RECIÉN NACIDO HASTA LOS SEIS MESES DE EDAD DURANTE EL II SEMESTRE DEL AÑO 2019 Y I SEMESTRE DEL AÑO 2020 con el objeto de valorar oportunamente e identificar riesgos en la puérpera y el recién nacido, brindar educación oportuna a la madre y familia, incluir a la familia en la etapa del puerperio e incluir a la madre y al recién nacido a los programas de planificación familiar y crecimiento y desarrollo.

Los investigadores responsables Freddy Elias Perilla Portilla C.C. 1094268979; Meybet Alejandra Alba Leon C.C. 1090528770 y Duban Alexis Castro Galvan C.C. 1010068848 se han comprometido a darme información oportuna sobre cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que se plantee acerca del diligenciamiento del cuestionario; también me han dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio, me complace poder ayudar de manera desinteresada a su desarrollo pues considero que se rige por los principios éticos de la práctica de enfermería y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

A cambio de mi participación en el estudio solo recibiré la satisfacción de contribuir al desarrollo de la investigación.

FIRMA

FECHA: _____

Anexo 2 Formato de valoración de la puérpera



UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD ENFERMERÍA

FORMATO VALORACIÓN DE LA PUÉRPERA

A. ENTREVISTA

Datos De Identificación:

Nombre: _____

Edad: _____

#Historia Clínica: _____

Estado civil: _____

Ocupación: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Afiliación en salud: _____

Días Postparto: _____

1. Promoción De La Salud:

- ¿Ha asistido a los controles postparto? SI___ NO___ en caso negativo Diga la razón:

- Ha presentado algún signo o síntoma de alarma en el postparto como: hemorragias vaginales_____ infección en la herida quirúrgica_____ dolor en la herida (episiotomía o herida quirúrgica) _____ entuertos _____ edema en MMII_____ fiebre_____ dolor en las mamas_____ ardor en los genitales_____ depresión _____ problemas para orinar _____ ¿otro?_____ ¿Cuál?: _____
- ¿Ingiere algún tipo de medicamento? SI___ NO___ ¿Cual?

3. Nutrición

- ¿Ha dejado de consumir algún tipo de alimento durante este periodo? SI___ NO___
Diga la

razón: _____

- ¿Consume al día mínimo 2 porciones, bien sea de carne, pollo, huevo, pescado o vísceras?
NUNCA_____ ALGUNAS VECES _____ SIEMPRE _____
- ¿Consume al día mínimo 2 porciones de hortalizas o verduras (como zanahoria, berenjena, tomate, coliflor, remolacha, apio, lechuga, repollo, acelga, espinaca, pepino)?
NUNCA_____ ALGUNAS VECES _____ SIEMPRE _____
- ¿Consume al día mínimo 3 o 4 vasos de leche o sus derivados (como queso, kumis, yogurt, cuajada)? NUNCA_____ ALGUNAS VECES _____ SIEMPRE _____
- ¿En su alimentación diaria las frutas están presentes? NUNCA____ ALGUNAS
VECES _____ SIEMPRE _____
- ¿Toma al día entre 8 vasos de líquido? NUNCA____ ALGUNAS VECES _____
SIEMPRE _____

4 ELIMINACIÓN:

- Numero de micciones diarias: _____
- Presencia de hematuria: SI__ NO__
- ¿Hay presencia de loquios? SI__ NO__ Especifique color: ROJO ____ ROSADOS ____
ALBA ____
- Numero de deposiciones diarias: _____
- Consistencia de las deposiciones: DURAS_____ BLANDAS_____ LIQUIDAS_____

5. REPOSO/SUEÑO:

- ¿Realiza algún tipo de esfuerzo físico durante este periodo? SI__ NO__
¿Cual? _____
- ¿Cuántos días guarda reposo en cama? _____
- ¿Realiza tareas domesticas durante este periodo? SI__ NO__ ¿Cuáles?: LAVA _____
COCINA _____ ASEO DE LA CASA _____
- ¿Realiza algún tipo de ejercicio posparto? SI__ NO__
¿Cual? _____ ➤ ¿Cuántas
horas duerme al día? _____ ➤ ¿Presenta pesadillas?
SI__ NO__
- ¿Ha tenido insomnio? SI__ NO__
- ¿Toma algún medicamento para dormir? SI__ NO__ ¿Cual?

- ¿Utiliza alguna terapia para dormir? SI__ NO__ ¿Cual?

6. ROL/RELACIONES:

- Vive con: FAMILIA NUCLEAR _____ FAMILIA EXTENSA _____
OTRA _____
- ¿Cómo considera que es afectivamente la relación con su hijo recién nacido? MALA _____
BUENA _____ REGULAR _____
- ¿Cómo considera que es la relación con su pareja? MALA _____ BUENA _____
REGULAR _____
- ¿Cómo considera que es la relación con sus familiares? MALA _____ BUENA _____
REGULAR _____
- ¿Cómo es la interacción social entre sus amigos y vecinos? MALA _____ BUENA _____
REGULAR _____

Tipo De Familiar O Amigo	Relaciones Fuertes	Moderadas	Malas O Superficiales
Hijo			
Pareja			
Familiar (Mama)			
Familiar (Papa)			
Amigos Y Vecinos			

7. SEXUALIDAD:

- ¿Mantiene relaciones sexuales durante este periodo? SI _____ NO _____ ¿Por qué?

- ¿A partir de qué día de postparto inicio relaciones sexuales? _____
- ¿Cuántos días después del parto inició relaciones sexuales? _____
- ¿Ya inició algún método de planificación familiar? SI _____ NO _____
¿Cual? _____
- ¿a qué día posparto inicio a planificar? _____
- ¿Quién se lo recomendó? _____

8. HIGIENE PERSONAL:

- ¿Se baña diariamente? SI _____ NO _____

- Omite alguna parte de su cuerpo a la hora del baño? si_____ No_____
- ¿Cada cuanto realiza limpieza a la herida?
 _____ ➤ ¿Se cepilla los dientes diariamente? SI___ NO___ ¿Cuántas veces?

EXAMEN FÍSICO

- Signos Vitales: T.A: _____ F.C: _____ F.R: _____ T°: _____

1. MEDIDAS ANTROPOMETRICAS

PESO (Kg)	TALLA	INDICE MASA CORPORAL

2. EXAMEN DE MAMAS

- INSPECCIONE ambas mamas (sentada y acostada) y compárelas en cuanto a:
- Tamaño: _____
- Simetría: _____ ➤ Retracción o depresiones: _____
- Color y textura de la piel: _____
- Lesiones: _____
- Inversión, eversión o retracción de los pezones: _____
- PALPACION de las mamas:

➤ ¿Cuánta leche se extrae aproximadamente en cada toma?

➤ **TECNICA DE AMAMANTAMIENTO**

➤ Posición: Acostada_____ Sentada_____ Decúbito lateral_____

➤ Presenta dificultades al momento de amamantar al recién nacido:

Si_____ no_____ cuál_____

3. EXAMEN DE OBSTETRICO:

INSPECCION DEL ABDOMEN:

➤ Forma:_____

➤ Presencia de signos de infección en la herida quirúrgica cuando sea cesárea:

➤ Presencia de dolor: EN LA HERIDA _____ ABDOMEN _____

Anexo 3 Instrumento: Formato de valoración del recién nacido



FORMATO DE VALORACION DEL RECIEN NACIDO
UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER
 FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD PROGRAMA DE ENFERMERÍA

El siguiente cuestionario tiene como objetivo recolectar información relacionado con el estado de salud y cuidados brindados al recién nacido por parte de la madre en la etapa de puerperio.

1. Datos de identificación

Fecha de Nacimiento: _____ Edad Gestación: _____ Sexo: M ___ F ___

2. Signos Vitales

TA: _____ FC: _____ FR: _____ T° _____

3. Promoción De La Salud.

a. Peso: _____

b. Talla: _____

c. ¿Le fue aplicada la vacuna BCG y HB?

SI: ___ NO: ___

En caso negativo diga la razón _____

d. ¿Le realiza baño diario al bebe? SI: ___ NO: ___

En caso negativo diga la razón _____

4. Nutrición

e. ¿alimenta exclusivamente con leche materna a su bebe?

SI: ___ NO: ___ Con que?: _____

En caso negativo diga la razón: _____

En caso positivo Cuantas veces al día: _____

f. ¿Realiza curación del ónfalo a su bebe?

SI: ___ NO: ___

En caso negativo diga la razón: _____

En caso positivo mencione las veces: _____

g. ¿Con que realiza usted la curación del cordón umbilical de su bebe?

Alcohol: ____

Isodine: ____

Alcohol yodado: ____

Otro: ____

2. Examen Físico

CABEZA: _____

OJOS: _____

NARIZ: _____

OIDOS: _____

BOCA: _____

CUELLO: _____

TORAX: _____

ABDOMEN: _____

ÓNFALO: _____

EXTREMIDADES

SUPERIORES: _____

GENITALES: _____

EXTERMIDADES

INFERIORES: _____

Valoración Neurológica

Reflejos		
	Presente	Ausente
Succión		
Moro		
Presión Palmar		
Presión Plantar		

Puntos Cardinales		
Marcha		
Signos De Babinski		
Tónico Cervical		

5. Eliminación

	1 a 3	4 a 7	Más de 8
¿Cuántas veces orina su bebe?			

a. ¿Frecuencia de las deposiciones del bebé?

b. ¿Cuál es el olor de la orina de su bebe?

Fétido: _____ característico: _____

6. Actividad/Reposo

	Menor de 1 hora	2 a 3 horas	Más de 3 horas
Duración del sueño menor			

c. ¿Su bebe duerme con facilidad?

SI: ___ NO: ___

En caso negativo diga la razón: _____

d. ¿Utiliza alguna técnica para dormir a su bebe?

SI: ___ NO: ___ ¿cuál? _____

7. Ingresó al programa de crecimiento a desarrolló SI: ___ NO: ___

ALTERACIONES ENCONTRADAS

Fecha:

¿Porqué? : _____

Anexo 4 Cuestionario prácticas de cuidado que realizan consigo mismas las mujeres en el posparto



UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ENFERMERÍA

CUESTIONARIO

PRÁCTICAS DE CUIDADO QUE REALIZAN CONSIGO MISMAS LAS MUJERES EN EL POSTPARTO.

FECHA: _____

No CONSECUTIVO: _____

ESTRATO: _____

DÍAS POSTPARTO: _____ EDAD:

G ____ P ____ A ____ C ____

A continuación, usted encuentra una serie de preguntas relacionadas con las prácticas de cuidado que generalmente realizan las mujeres en el postparto. Marque con una X en la columna correspondiente la respuesta que refleje su situación:

PRÁCTICAS DE CUIDADO	Nunca	Algunas Veces	Siempre
Consume al día mínimo 2 porciones, bien sea de carne, pollo, huevo, pescado o vísceras?			
Consume al día mínimo 2 porciones de hortalizas o verduras (como zanahoria, berenjena, tomate, coliflor, remolacha, apio, lechuga, repollo, acelga, espinaca, pepino)?			
Consume al día mínimo 3 o 4 veces leche o sus derivados (como queso, kumis, yogurt, cuajada)?			
En su alimentación diaria las frutas están presentes?			
5 ¿Toma al día entre 7 a 8 vasos de líquido?			
6 ¿Se cepilla los dientes mínimo tres veces al día?			
Acostumbra dialogar con su pareja o con alguna persona cercana a usted?			
8 ¿Busca apoyo en situaciones difíciles?			
Consume hierro formulado por personal de salud?			
10 ¿Asistió o asistirá al control postparto?			

¿Cuándo se enferma acude a los servicios de salud?			
¿Cumple con las recomendaciones sobre el cuidado dadas por el personal de salud?			

Anexo 5 Lista de chequeo: Formato de evaluar la alimentación del lactante



UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ENFERMERÍA

FORMATO DE EVALUAR LA ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE

<p>PREGUNTAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene alguna dificultad para alimentarse? _____ • ¿Ha dejado de comer? _____ • ¿Desde cuándo? _____ • ¿Se alimenta con leche materna? _____ • ¿Le ofrece leche materna en forma exclusiva? _____ • ¿Utiliza chupo? _____ • ¿Recibe el niño otros alimentos? _____ • ¿Cuáles y con qué frecuencia? _____ 	<p>OBSERVAR Y DETERMINAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peso para la edad: _____ • Peso para la talla: _____ • Agarre y posición en el amamantamiento _____ • Succión eficaz _____ <p>EL NIÑO LOGRA BUEN AGARRE SI:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toca el seno con el mentón _____ • Tiene la boca bien abierta _____ • Tiene el labio inferior volteado hacia afuera _____ • La areola es más visible por encima de la boca que por debajo
--	---

<ul style="list-style-type: none"> • ¿Toma otra leche? <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál y cómo la prepara? 	<hr/> <p>EL NIÑO SUCCIONA BIEN SI:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Succiona en forma lenta y profunda con pausas ocasionales <hr/>
--	--



<p>Uno o más de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Peso/Edad < -3DE (peso muy bajo/edad o DNT global severa) ● Peso/Talla <-3 DE (peso muy bajo para la talla o desnutrición aguda severa) ● Peso menor a 2.000 gr 	<p>MUY PESO BAJO</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Referir URGENTEMENTE al hospital siguiendo las normas de estabilización y transporte “REFIERA” ● Prevenir la hipoglucemia ● Prevenir la hipotermia
<p>Uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● No hay agarre ● No succiona nada ● Pérdida de peso del 10% o mayor en la primera semana ● Tendencia del peso descendente después de los siete días de edad. 		

--	--	--

<p>Uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Peso /edad ≥ -3 y < -2DE. Peso bajo/edad ● Peso/Talla: ≥ -3 y < -2DE. Peso bajo para la talla ● Peso /edad ≥ -2 y < -1DE. Riesgo de peso bajo/edad ● Peso/Talla: ≥ -2 y < -1DE. Riesgo de peso bajo para la talla 	<p>PESO BAJO O EN RIESGO</p>	<p>Si el niño recibe pecho:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Aconsejar a la madre que le dé el pecho las veces y el tiempo que el niño quiera de día y de noche, mínimo ocho veces al día ● Si el niño tiene agarre deficiente o no mama bien, enseñar a la madre la posición y el agarre correctos ● Si recibe otros alimentos o líquidos: aconsejar a la madre que le dé el pecho más veces, reduciendo los otros alimentos o líquidos hasta eliminarlos y

<p>Uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Tendencia de peso horizontal ● Pérdida de peso del 7 al 10% en la primera semana ● Agarre deficiente ● No succiona bien ● Se alimenta al pecho menos de 8 veces en 24 horas ● Recibe otros alimentos o bebidas ● Recibe fórmula 	<p>PROBLEMA DE ALIMENTACIÓN</p>	<p>que no use biberón.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Si la madre presenta molestias en las mamas, tratarla <p>Si el niño no se alimenta del pecho:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Referir para asesoramiento sobre lactancia materna. ● Iniciar un suplemento vitamínico recomendado ● En caso necesario enseñar a preparar una fórmula y a usar una taza. <p>En todos los niños:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Hacer el seguimiento para problema de alimentación dos días después
		<ul style="list-style-type: none"> ● Hacer el seguimiento de peso siete días después ● Enseñar a la madre signos de alarma para regresar de inmediato ● Remitir a consulta de pediatría. ● Incluir en consulta de crecimiento y desarrollo ● Enseñar medidas preventivas específicas.

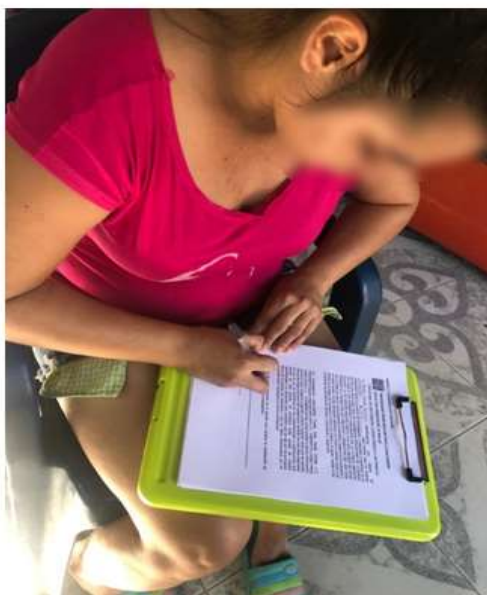
<p>Todos los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Peso/edad >-1 DE ● No hay ningún problema de alimentación ● Tendencia de crecimiento ascendente 	<p>PRÁCTICAS ADECUADAS DE ALIMENTACIÓN Y PESO ADECUADO</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Enseñar a la madre los cuidados del niño en el hogar ● Elogiar a la madre porque lo alimenta bien e indicar la importancia de lactancia exclusiva por 6 meses. ● Enseñar signos de alarma para regresar de inmediato. ● Control de peso en 30 días en consulta de crecimiento y desarrollo.
--	---	--

Anexo 6 Evidencia Fotográfica



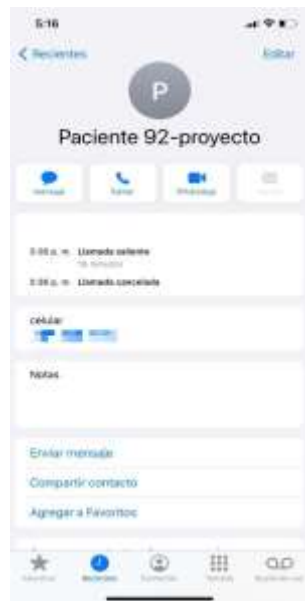


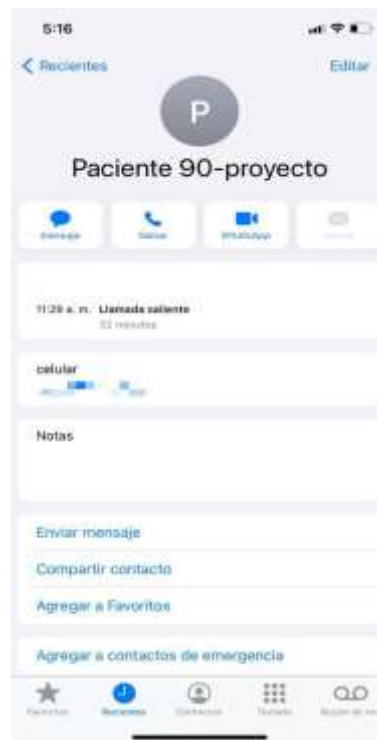






MODALIDAD VIRTUAL





Anexo 7 Material: Ayudas metodológicas de las intervenciones educativas

Volante: Señales de alarma en el puerperio



**¿Ya nació tu bebé?
¡Felicidades!**

Después del nacimiento del bebé, se producen cambios físicos, emocionales y afectivos en el organismo de la madre para recuperar las características que tenía antes del embarazo, a esta etapa se le conoce como **puerperio o cuarentena**.
Comprende las primeras seis semanas posteriores al parto (42 días).

¡Cuidado! Aunque tu bebé haya nacido, aún puede haber complicaciones.

Es muy importante que conozcas las **señales de alarma** durante el **puerperio o cuarentena**:

- ▶ Sangrado vaginal mayor a la menstruación y/o con mal olor.
- ▶ Fiebre superior a 38°C.
- ▶ Dolor de cabeza constante.
- ▶ Hinchazón de cara, manos, piernas y pies.
- ▶ Ver lucecitas o ver nublado.



- ▶ Escuchar zumbidos.
- ▶ Dolor abdominal intenso, como un "cinturón que aprieta".
- ▶ Secreción por la herida operatoria y/o enrojecimiento, en caso de cesárea.
- ▶ Molestias o dolor al orinar.

¡No espores!

Si presentas alguno de estos signos de alarma, acude de inmediato a tu unidad de salud.

Recuerda que después del nacimiento de tu bebé debes acudir a tres consultas médicas a los 7, 14 y 28 días.

En este periodo es normal que puedas sentir tristeza, se trata de una etapa transitoria llamada "depresión puerperal". Si este estado de ánimo dificulta tu vida diaria, coméntalo con tu médica/o.

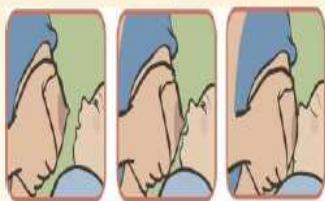
¡Códete, útildate, dedica tiempo para ti misma al apoyo de tu familia y de tu comunidad.



Fuente: <https://www.gob.mx/salud/cnegsr/acciones-y-programas/señales-de-alarma-durante-el-puerperio-o-cuarentena>

Folleto: Lactancia materna

Soporte el seno con la mano en forma de "C", colocando el pulgar por encima y los otros cuatro dedos por debajo del pezón detrás de la areola, pues si chocan los labios del bebé con los dedos de la madre se impide que pueda coger todo el pezón y parte de la areola para succión adecuada.



Independientemente de la postura adoptada, debe ser el bebé el que se acerque al pecho y no el pecho al bebé. Para conseguirlo se le estimula rozando con el pezón su labio superior, así abrirá la boca "de par en par" y sus labios deben abarcar no sólo el pezón sino también buena parte de la areola.

DESDE EL MOMENTO EN QUE EL BEBÉ HA SIDO ALOJADO EN EL PECHO, DEBE PERMITIRSE LA SUCCIÓN A LIBRE DEMANDA Y EL ALOJAMIENTO CONJUNTO.

CUÁNTO DEBE DURAR LA TOMA

Debemos permitir que el bebé mame hasta que quede satisfecho, y no retirarle del pecho aunque lleve tiempo en el mismo lado, sólo el bebé sabe cuándo se ha quedado saciado.



**"LACTANCIA MATERNA:
EL MEJOR REGALO
PARA TODA LA VIDA"**



¿QUÉ ES LA LACTANCIA MATERNA?



La lactancia es la alimentación con leche del seno materno, asimismo es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños.

¿QUÉ VENTAJAS TIENE PARA EL BEBÉ?



Influye en el aspecto emocional, ya que el vínculo afectivo que se establece entre una madre y su bebé constituye una experiencia especial, singular e intensa.

- Contiene anticuerpos (defensas) que le protegen frente a enfermedades infecciosas (e incluso frente a posibles enfermedades futuras)



- los niños y las niñas alimentados al pecho tienen menor riesgo de padecer el síndrome de muerte súbita del lactante e incluso favorece el desarrollo intelectual.



¿QUÉ VENTAJAS TIENE PARA LA MADRE?



- Las madres que amamantan tienen menor riesgo de tener depresión posparto y anemia.
- Aumenta su autoestima y confianza.
- La recuperación en cuanto a pérdida de peso es más fisiológica y rápida.
- Reduce el riesgo de padecer cáncer de mama o de ovario.

¿CÓMO AMAMANTAR CON ÉXITO?

CUÁNDO COMENZAR

Es recomendable ponerse al pecho al recién nacido lo más pronto posible tras el nacimiento. De esta manera, además de



facilitar las contracciones del útero, se establece un buen reflejo de succión en el bebé que favorece la salida de la leche.

PROCEDIMIENTO PARA AMAMANTAR

El éxito y posterior satisfacción de lograr una adecuada lactancia materna depende en gran medida de que la posición al colocar el bebé al pecho sea la correcta. Ante todo, tú debes estar cómoda y el bebé lo más cerca posible de ti (sigue esta regla: "barriga con barriga").



Volante: Cuidados del recién nacido

US Universidad Francisco
PS de Paula Santander
Vigilada Mineducación

CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO

VACUNACIÓN



CUIDADO DEL OMBLIGO





- 1 Lave sus manos.
- 2 Tome una gasa estéril por las 4 puntas, de forma que nuestros dedos no toquen la parte central de la gasa.
- 3 Inmepregne la zona central de la gasa con alcohol de 70°.
- 4 Limpie la base del ombligo con un movimiento de rotación alrededor del mismo.
- 5 Con otra gasa estéril limpie la parte distal del cordón, que lleva la placenta.
- 6 No cubra con gasa el ombligo para favorecer su desprendimiento. El cordón umbilical sufre un proceso de necrosis.
- 7 Coloque el pañal doblado por debajo del cordón.
- 8 Una vez desprendido el cordón, continúe la cura con alcohol de 70°, durante tres a tres días más, hasta que cicatrice.
- 9 Las curas se realizarán 5 veces al día.

OTRAS RECOMENDACION



Fuente: Propia del proyecto

Volante: Esquema de vacunación

 REPÚBLICA DE COLOMBIA MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN 			
EDAD	VACUNA	DOSIS	ENFERMEDAD QUE PREVIENE
Recién nacido	Tuberculosis (BCG)	Única	Meningitis tuberculosa
	Hepatitis B	De recién nacido	Hepatitis B
A los 2 meses	PENTAVA-LENTE Difteria - Tos ferina - Tétanos (DPT)	Primera	Difteria - Tos ferina - Tétanos
			Meningitis y otras enfermedades causadas por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b
	Haemophilus influenzae tipo b (Hib)	Primera	Hepatitis B
	Hepatitis B		Poliomielitis
	Polio		Diarrea por Rotavirus
	Rotavirus		Neumonía, otitis, meningitis y bacteremia
Neumococo	Primera	Neumonía, otitis, meningitis y bacteremia	
A los 4 meses	PENTAVA-LENTE Difteria - Tos ferina - Tétanos (DPT)	Segunda	Difteria - Tos ferina - Tétanos
			Meningitis y otras enfermedades causadas por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b
	Haemophilus influenzae tipo b (Hib)	Segunda	Hepatitis B
	Hepatitis B		Poliomielitis
	Polio		Diarrea por Rotavirus
	Rotavirus		Neumonía, otitis, meningitis y bacteremia
Neumococo	Segunda	Neumonía, otitis, meningitis y bacteremia	
A los 6 meses	PENTAVA-LENTE Difteria - Tos ferina - Tétanos (DPT)	Tercera	Difteria - Tos ferina - Tétanos
			Meningitis y otras enfermedades causadas por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b
	Haemophilus influenzae tipo b (Hib)	Tercera	Hepatitis B
	Hepatitis B		Poliomielitis
Polio	Primera	Enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza	
Influenza estacional	Primera	Enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza	
A los 7 meses	Influenza estacional*	Segunda	Enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza
A los 12 meses	Sarampión - Rubeola - Paperas (SRP)	Única	Sarampión - Rubeola - Paperas
	Varicela	Única	Varicela
	Neumococo	Refuerzo	Neumonía, otitis, meningitis y bacteremia
	Hepatitis A	Única	Hepatitis A
A los 18 meses	Difteria - Tos ferina - Tétanos (DPT)	Primer refuerzo	Difteria - Tos ferina - Tétanos
	Polio	Primer refuerzo	Poliomielitis
	Fiebre amarilla (FA)	Única	Fiebre amarilla

FUENTE: <https://www.envigado.gov.co/secretaria-salud/paginas/contenido/salud-publica/vacunacion>

Infograma: Planificación familiar

¿CONOCES LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS?

Actualmente, en cualquier centro de salud público podrás recibir información y el servicio de los siguientes métodos anticonceptivos de forma gratuita.



 <p>RITMO Útil para mujeres con ciclos regulares establecidos (27 y 30 días)</p>	<p>BILLINGS La mujer debe identificar el periodo fértil según las características del ciclo menstrual.</p>	<p>DÍAS FIJOS Útil para mujeres con ciclos regulares entre 26 y 32 días.</p>
<p>Métodos de abstinencia periódica (basado en el periodo fértil)</p>		
<p>Requiere orientación y consejería</p>		
<p>No protegen de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA.</p>		

<p>La mujer debe cumplir 3 condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> Amamantar de 10 a 12 veces durante el día y la noche No haber sangrado después de los 42 días postparto Estar dentro de los 6 meses postparto 	<p>No protege ITS y VIH/SIDA</p>	<p>LACTANCIA MATERNA</p> 
---	----------------------------------	--

<p>CONDÓN MASCULINO</p> <p>De fácil obtención y bajo costo</p>	<p>Métodos tipo barrera</p> <p>Protegen de ITS y VIH/SIDA</p> <p>Usar uno nuevo en cada acto sexual</p>	<p>CONDÓN FEMENINO</p> <p>Una opción para mujeres y hombres alérgicos al látex.</p>
---	---	--

Métodos tipo hormonal

<p>PÍLDORAS COMBINADAS</p> <p>Forma de uso: tomo diaria.</p> 	<p>INYECTABLES COMBINADO</p> <p>Forma de uso: mensual</p> 	<p>PROGESTINA</p> <p>Forma de uso: cada 3 meses</p>
<p>No recomendable para embarazadas, mujeres con hepatitis viral o fumadoras.</p>		
<p>No recomendable en mujeres con crisis, diabetes (más de 20 años) o con antecedentes de cáncer de mama.</p>		
<p>No protegen de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA.</p>		

<p>IMPLANTE CON PROGESTINA</p> <p>Brinda protección de 3 años.</p> <p>No recomendable en mujeres con cáncer de mama.</p> 	<p>DIU "T" DE COBRE</p> <p>Brinda protección por lo menos 10 años.</p> <p>No recomendable durante embarazo y postparto de 48 horas a 4 semanas.</p> 
---	---

<p>LIGADURA DE TROPAS</p> 	<p>Métodos tipo quirúrgicos</p> <p>Son definitivas, debe ser considerada irreversible.</p> <p>No protegen de ITS y VIH/SIDA.</p>	<p>VASECTOMÍA</p> 
--	--	--

Fuente: <https://rpp.pe/vital/salud/conoces-los-metodos-anticonceptivos-noticia-989743>

Infografía: Derechos Sexuales y Reproductivos




DERECHOS SEXUALES

- Derecho a fortalecer la autonomía y la autoestima en el ejercicio de la sexualidad.
- Derecho a explorar y a disfrutar de una vida sexual placentera.
- Derecho a elegir las parejas sexuales.
- Derecho a vivir la sexualidad sin ningún tipo de violencia.
- Derecho a tener relaciones sexuales consensuadas.
- Derecho a decidir libre y autónomamente cuándo y con quién se inicia la vida sexual.
- Derecho a decidir sobre la unión con otras personas.
- Derecho a vivir y expresar libremente la orientación sexual e identidad de género.
- Derecho a la protección y prevención de infecciones de transmisión sexual o embarazos no deseados.
- Derecho a recibir información y al acceso a servicios de salud de calidad sobre todas las dimensiones de la sexualidad, sin ningún tipo de discriminación.

DERECHOS REPRODUCTIVOS

- Derecho a tomar decisiones sobre la reproducción sin sufrir discriminación, coerción, ni violencia.
- Derecho a decidir libremente si se desea o no tener hijas o hijos.
- Derecho a decidir sobre el número de hijas o hijos que se desean y el espacio de tiempo entre un embarazo y otro.
- Derecho a decidir sobre el tipo de familia que se quiere formar.
- Derecho a ejercer la maternidad con un trato equitativo en la familia, espacios de educación y trabajo.
- Derecho a una educación integral para la sexualidad a lo largo de la vida.
- Derecho a acceder a métodos de anticoncepción modernos, incluida la anticoncepción de emergencia.
- Derecho al acceso a los servicios integrales de salud y atención médica para garantizar la maternidad segura.
- Derecho a acceder a los beneficios de los avances científicos en la salud sexual y reproductiva.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) es una agencia de cooperación internacional para el desarrollo que promueve el derecho de todas las personas a disfrutar de una vida sana, con igualdad de oportunidades. Apoya a los países para asegurar que cada embarazo sea deseado, cada parto sea sin riesgos y cada persona joven alcance su pleno desarrollo.


<http://colombia.unfpa.org>
 UNFPAColombia
  @UNFPAColombia

Fuente: <https://colombia.unfpa.org/es/publications/derechos-sexuales-y-derechos-reproductivos-infograf%C3%ADa>