



Universidad de Valladolid
Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico 2013 / 2014.

Diseño de un protocolo de prevención de las infecciones puerperales.

Autora: Elena Olivar Paz.

Tutora: Carolina González Hernando.

Cotutora: Rosa M^a Hernández Salgado.

ÍNDICE

Resumen.	2
Introducción.	4
Objetivos.	7
Material y Métodos.	8
Población diana.	8
Actividades a realizar.	9
Recomendaciones a seguir por la puérpera al alta hospitalaria.	9
Signos y síntomas a controlar en el puerperio.	10
Resultados y Discusión.	13
Resultados.	13
Extracción de la leche materna.	16
Técnicas de extracción.	17
Extracción manual mediante la técnica de Marmet.	17
Extracción mediante el uso del sacaleches.	18
Discusión.	19
Conclusión.	21
Bibliografía.	23

RESUMEN

La infección puerperal es una complicación obstétrica frecuente que ha ido disminuyendo a lo largo del tiempo gracias a la instauración de pautas profilácticas. Se define infección puerperal como la afectación inflamatoria séptica, localizada o generalizada que se produce en el puerperio en el cuál la paciente presenta una temperatura de 38°C o más en 2 días cualesquiera de los primeros 10 días posteriores al parto, salvo las primeras 24 horas. Las infecciones pueden ser genitales como la endometritis, infección de la episiotomía o de la incisión quirúrgica de la cesárea, mastitis, etc. Tanto la tromboflebitis venosa superficial como la profunda pueden originar fiebre puerperal al igual que la pielonefritis.

La importancia de este tipo de infecciones requiere un diagnóstico seguro, rápido y eficaz, así como un tratamiento antibiótico y ocasionalmente quirúrgico. A menudo las pacientes presentan síntomas iniciales de infección puerperal tras el alta, demandando la asistencia en el servicio de urgencias. Las pautas de prevención, cada vez más importantes, han disminuido la frecuencia de esta patología.

El objetivo de este Trabajo Fin de Grado es la elaboración de un protocolo de cuidados de enfermería para la prevención de las infecciones puerperales. El objetivo será realizar una prevención primaria a través de la educación para la salud, tanto durante la estancia hospitalaria, como tras el alta hospitalaria, permitiendo una continuidad de los cuidados enfermeros en los distintos niveles de atención.

Palabras clave: Infección puerperal. Episiotomía. Incisión quirúrgica abdominal. Mastitis puerperal.

INTRODUCCIÓN.

En este estudio vamos a abordar cómo se podrían prevenir las infecciones puerperales centrándonos en las infecciones del periné, las infecciones de las mamas y en las infecciones producidas por las incisiones abdominales mediante la elaboración de un protocolo de actuación.

Antes de centrarnos en estos tres tipos de infecciones es necesario saber que las infecciones puerperales se definen como “la afectación inflamatoria séptica, localizada o generalizada que se produce en el puerperio en el cuál la paciente presenta una temperatura de 38 o más grados centígrados en 2 días cualesquiera de los primeros 10 días posteriores al parto, salvo las primeras 24 horas” ^{(1), (2), (3)} .

Las infecciones del periné se producen entre el 0,35 - 5%, generalmente en el 1% de las púerperas ⁽¹⁾, aparecen tras la realización de la episiotomía que es la incisión en el periné para aumentar la apertura vaginal durante la última parte del periodo expulsivo del trabajo de parto o durante el parto en sí (Carroli, 2008) ⁽⁴⁾ o de los desgarros en los casos en los que no se mantiene una buena higiene perineal.

Cuando se produce la infección de la zona de episiotomía será necesario retirar los puntos de sutura, drenar las colecciones de pus y realizar un correcto desbridamiento de la zona ^{(1), (3)}. Se volverá a suturar si a los 12 - 15 días no se ha curado por 2ª intención y observemos tejido de granulación sin exudado ⁽⁵⁾.

Sera imprescindible el uso de antibióticos de amplio espectro cuando este infectado el tejido celular subcutáneo (celulitis) acompañado de antiinflamatorios no esteroideos ⁽⁶⁾.

Las infecciones que se producen en las incisiones abdominales al igual que las infecciones producidas en la episiotomía son debidas a una inadecuada higiene de la zona y unos insuficientes cuidados puerperales. Presentan una mayor

tasa de incidencia en comparación con las anteriores ya que éstas están entorno al 2 - 5% ⁽¹⁾.

Para evitar estas infecciones es muy importante la higiene de la paciente y la vigilancia de la zona ya que puede presentar signos de infección como dolor, calor, enrojecimiento, pus... ^{(1), (4), (5), (6)} y también de los loquios prestando atención al color, cantidad y olor ya que un olor fétido será indicativo de infección ⁽⁷⁾.

Si se produce la infección de la zona abdominal después de la cesárea será necesario drenar, irrigar, desbridar la zona extirpando todo el tejido necrótico y después esperar a que la herida cierre por 2ª intención ^{(1), (5), (6), (8)}.

Será imprescindible el tratamiento con antibióticos de amplio espectro como la Cefotaxima o la Cefuroxima durante unos 10 días ^{(1), (8)}.

Las infecciones de las mamas conocidas como mastitis puerperales se presentan en el 2-5 % de las puérperas ⁽¹⁾, se producen debido a la inflamación de la glándula mamaria causada por el bloqueo de los conductos galactóforos durante la lactancia generalmente a las 2 - 3 semanas del parto pero también pueden aparecer durante toda la lactancia. Los agentes etiológicos más frecuentes que la producen son los Staphylococcus en especial el tipo Aureus ⁽³⁾ pero también podemos observar Streptococcus ⁽⁵⁾ del tipo Agalactiae, Mitus, Salivarius y Pneumoniae. La paciente presenta mucho dolor en la mama, calor en el seno afectado e incluso fiebre generalizada, endurecimiento, enrojecimiento y como caso más grave la formación de un absceso ^{(1), (3), (5), (9), (10), (11), (12)}.

Cuando se produce una mastitis hay que empezar con el tratamiento de forma precoz, como medida terapéutica deberá poner al lactante frecuentemente a mamar para conseguir un buen vaciado de la mama; lo ideal sería cultivar la leche del pecho afectado para poder iniciar la antibioterapia más adecuada a la afección con una duración aproximada de 10 - 14 días ^{(3), (13)}, antiinflamatorios combinados con antitérmicos ya que es una afección muy dolorosa ^{(5), (11)}, el descanso de la madre y la ingestión de abundantes líquidos ⁽¹⁾.

Ante la presencia de una mastitis no debemos de suspender la lactancia ya que esta leche no es perjudicial para el bebé y va a favorecer el vaciamiento de la mama que es lo que más nos interesa ^{(9), (14)}. Cuando se produce el absceso será necesario el drenaje quirúrgico, la desbridación y la colocación de un drenaje ^{(1), (5)}. Se tomará un cultivo y se comienza con el tratamiento antibiótico más adecuado para evitar posibles resistencias previa realización de un antibiograma ^{(5), (9)}.

Se están realizando estudios para tratar las mastitis infecciosas con el uso de probióticos que en principio están dando buenos resultados pero estos estudios son recientes y todavía se necesita seguir investigando antes de afirmar que éstos sean mejores que los antibióticos en el tratamiento de las mastitis infecciosas ^{(9), (11), (13), (15), (16)}.

Es fundamental el inicio precoz de la lactancia materna siguiendo las directrices de los organismos internacionales como la OMS y la UNICEF, lo ideal es iniciarla en el paritorio o durante la primera hora de vida ya que en ese momento es cuando el recién nacido se encuentra más despierto y va a realizar una mayor succión favoreciendo así la subida de la leche ^{(5), (7), (12), (17), (18)}.

Es necesario dar unas correctas recomendaciones a la puérpera para que la lactancia materna sea satisfactoria, tales recomendaciones son las siguientes ^{(7), (12), (14)}.

Mantener una postura correcta: El niño deberá tener la boca abierta unos 180°, los labios evertidos (labios en forma de pez) y deberá abarcar con la boca toda la areola ⁽¹⁹⁾.

Se recomienda coger el pecho con la mano en forma de C y no hacer la pinza con los dedos ya que de esta forma obstruimos algunos conductos. Es importante colocar al niño de tal forma que el pezón le quede a la altura de la nariz o del labio superior y siempre aproximaremos el niño al pecho y no al revés siendo necesario que la barriga de la madre y la del niño se toquen ⁽¹⁹⁾.

Frecuencia y duración de las tomas: Se recomendará la lactancia a demanda, es decir, siempre que el bebé lo pida ^{(17), (20)}. Al principio el niño será más demandante ya que todavía no tiene establecida una rutina, en los casos en los que el niño no pida para comer será necesario despertarle cada 3 o 4 horas.

La duración de las tomas será variable y dependerá de la respuesta del niño ya que cada niño es diferente. Se recomienda iniciar las tomas por pechos alternos y no usar en las primeras semanas chupetes ni tetinas ya que estos objetos se cogen de forma distinta a la que se coge el pecho y les puede confundir dificultando el aprendizaje ⁽²⁰⁾. Es necesario saber que la concentración de grasa es mayor al final de cada toma por lo que se dejará que el niño vacíe completamente un pecho antes de ofrecerle el otro ya que así al tomar leche más rica en grasa el niño tendrá una mayor saciedad y espaciará más las tomas ^{(7), (17)}.

Para mejorar la eficiencia y evitar un gasto innecesario en el tratamiento de las infecciones puerperales se propone mejorar la atención de las usuarias e incrementar sus conocimientos para realizar correctamente los cuidados de forma autónoma. Es necesario disminuir este gasto ya que en algunas ocasiones necesitan reintervenciones quirúrgicas, consultas de enfermería para curas y tratamientos antibióticos entre otros por lo que es muy importante poder actuar para su prevención.

OBJETIVOS.

Objetivo general.

Diseñar un protocolo de prevención de infecciones puerperales para su aplicación en el ámbito hospitalario y en el de atención primaria.

Objetivos específicos.

- ✓ Reducir la incidencia de las infecciones puerperales.
- ✓ Disminuir las consecuencias físicas y emocionales producidas por las infecciones puerperales relacionadas con las alteraciones de la autoestima por el aspecto físico en los casos de que queden cicatrices visibles, alteraciones sexuales por complicaciones producidas en el periné, mastitis...
- ✓ Mejorar la comunicación entre las usuarias y el hospital ya que en las altas hospitalarias podemos dar consejos a las pacientes de cómo actuar frente a posibles signos de infección y después su remisión a su centro de atención primaria donde seguirán siendo vigiladas.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Este trabajo consiste en la elaboración de un protocolo de actuación encaminado a la prevención de las posibles complicaciones puerperales que puedan aparecer tanto en la atención hospitalaria como en la atención primaria centrándonos en las infecciones del periné, las infecciones de las incisiones abdominales y en las infecciones de las mamas.

Va a ser primordial una correcta educación sanitaria para las puérperas desde la atención hospitalaria y desde la atención primaria.

Población diana.

Consideramos población diana a las 248 puérperas que ingresan en el Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid durante un periodo de dos meses, para aplicar el protocolo que hemos realizado.

Actividades a realizar.

Control de infecciones puerperales durante la estancia hospitalaria.

Vigilancia de los posibles cambios que puedan aparecer en la puérpera durante su estancia hospitalaria y en su correspondiente centro de salud.

Fomentar el inicio precoz de la lactancia materna mediante el contacto piel con piel.

Recomendaciones a seguir por la puérpera al alta hospitalaria.

La puérpera deberá acudir a un centro sanitario si tiene un sangrado vaginal abundante o loquios mal olientes, si tiene una temperatura superior a 38°C, si aparece un bulto doloroso o un enrojecimiento en la mama o si se nota hinchazón, dolor fuerte y/o enrojecimiento en una pierna ^{(7), (20)}.

Estos son los signos de alerta más frecuentes que deben ser vigilados por los profesionales para poder evitar las posibles complicaciones posteriores.

En cuanto a las recomendaciones relacionadas con la higiene se recomienda la ducha diaria y no el baño ya que el baño aumenta el riesgo de posibles infecciones, se utilizará agua y jabón neutro y deberá secarse bien ya que la humedad predispone también a la aparición de infecciones ⁽¹⁴⁾.

Para los cuidados de la episiotomía es muy importante una buena higiene, el lavado de los puntos se realizará mediante la ducha diaria con agua y jabón siempre que se precise y secándose cuidadosamente de delante hacia atrás. La compresa deberá cambiarse con frecuencia para mantener la zona limpia y siempre que se pueda dejaremos los puntos al aire ya que así se facilitará su curación, éstos se caen solos en unos días ^{(3), (7), (14)}.

En cuanto a los loquios deberá de vigilar la cantidad, el color y el olor observando si son malolientes ⁽⁷⁾ o si aparece hemorragia.

Si presenta hemorroides y le molestan podrá ponerse hielo en la zona pero nunca el hielo directo ya que sino le producirá quemaduras ^{(3), (7), (14)}.

Respecto al cuidado de las mamas es esencial que después de las tomas extienda un poco de leche por el pezón y lo deje secar para prevenir la aparición de grietas ya que la leche posee inmunoglobulinas y linfocitos que protegen el pezón ⁽¹²⁾. En el caso de tener los pezones irritados o agrietados se recomendará el uso de pezoneras de abeja o de silicona o pomadas, cremas...

Si el pecho se carga y siente dolor o molestias puede aplicarse calor local mediante paños calientes, bolsas de agua caliente o duchas de agua templada ya que esto facilitará la relajación y el flujo de la leche ^{(1), (3), (11), (12)}. Si además del dolor también presenta grietas la aconsejaremos que comience la succión por la mama que esté menos afectada para estimular así el reflejo de la oxitocina ^{(1), (12)}.

Sera necesario aumentar la frecuencia de las tomas si el bebé succiona bien y en los casos en los que el bebé no haya vaciado bien el pecho se utilizará un sacaleches ⁽⁷⁾.

El reposo y el sueño también son muy importantes ya que es normal que la parturienta se sienta cansada por lo que debe aprovechar para dormir y descansar cuando lo haga el bebé ^{(7), (20)}, también deberá prestar atención a su imagen ya que si ella se ve bien también se sentirá mejor .

Respecto a la alimentación deberá seguir una dieta sana y variada tomando alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento, beber al menos 2 litros de agua ⁽⁷⁾ y evitar el alcohol y el tabaco durante toda la lactancia.

Signos y síntomas a controlar en el puerperio.

- ✓ Estado general.

Debemos de fijarnos en cómo se encuentra la madre tanto físicamente atendiendo a la coloración de la piel, si muestra expresiones de dolor... como

psíquicamente ya que a veces las puérperas se ven desbordadas por la situación y no viven los inicios de la maternidad de forma plena.

- ✓ Constantes vitales.

Es necesario tomar la tensión arterial, la frecuencia cardiaca y la temperatura corporal para ayudarnos a percibir posibles cambios.

- ✓ Altura del útero y el grado de contracción.

Es muy importante localizar la altura del útero, para ello palpamos el útero a través de la pared abdominal y medimos su distancia respecto al ombligo y debemos comprobar que esté centrado.

Inmediatamente después del parto, el útero debe estar duro y contraído dos dedos por debajo del ombligo.

Es necesario que enfermería realice la palpación del útero de forma repetitiva cuando hay un retraso en la involución uterina ya que es una complicación muy importante por el riesgo de hemorragia.

- ✓ Dolor con su localización y sus características.

Debemos administrar analgésicos a las puérperas si presentan dolor ya sea por la episiotomía, por la incisión quirúrgica o por la existencia de los entuertos que son unas contracciones uterinas que se producen de forma intermitente y que se acentúan en el momento de mamar.

- ✓ Características de los loquios en cantidad, color y olor.

Es muy importante fijarnos en los loquios ya que la cantidad, el color y el olor nos van a dar pistas de si la evolución de la puérpera es favorable o no.

Inmediatamente después del parto los loquios son de color rojo, se les denomina loquios rubra y tienen una duración aproximada de 3 – 4 días. En estos días se considera un sangrado normal la utilización de unas 6 compresas diarias ⁽³⁾ ⁽⁷⁾.

En los 4 – 5 días siguientes los loquios se vuelven marrones y se les denomina loquios fusca, en los 3 – 4 días siguientes se vuelven amarillentos (loquios flava) y hacia el día 20 más o menos los loquios se vuelven blanquecinos (loquios alba) ^{(3), (7)}.

A medida que pasan los días los loquios van disminuyendo de cantidad y van cambiando de color, el olor debe ser fuerte pero no fétido ya que si es fétido nos indica la existencia de una infección.

- ✓ Estado de la episiotomía o incisión quirúrgica abdominal.

Es necesario vigilar el aspecto de la herida registrando las características de la misma, si presenta signos de infección o si evoluciona de forma correcta.

- ✓ Función urinaria.

Cuando hay excesiva orina en la vejiga puede desplazarse el útero impidiendo que éste se contraiga correctamente.

Por tanto es necesario que la puérpera orine de forma espontánea y si no lo hace en el plazo de unas 6 horas se procederá a la realización de un sondaje intermitente.

- ✓ Función intestinal.

Es necesario controlar la función intestinal de la puérpera durante la estancia hospitalaria, si presenta estreñimiento de unos 2 – 3 días se le administrará un laxante y si no hace su efecto se utilizará un enema.

Normalmente este retraso en la defecación se produce por miedo al dolor cuando la puérpera tiene hemorroides, una episiotomía, una cesárea...

- ✓ Estado de las mamas.

Debemos de revisar las mamas por turno ya que a veces éstas están muy ingurgitadas, doloridas y con tensión siendo necesaria la extracción de la leche pudiéndonos ayudar de calor para que ésta fluya mejor y no hacer daño a la madre.

Si no resolvemos la ingurgitación mamaria se formará una mastitis la cual es mucho más dolorosa.

- ✓ Estado de ánimo.

Es importante vigilar el estado de ánimo de la madre desde el principio ya que la maternidad es algo novedoso para ellas y pueden verse desbordadas y con muchas dudas. Lo más importante es que vean que las apoyamos y que entendemos por todo lo que están pasando ^{(3), (5), (20)}.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

RESULTADOS.

Protocolo de actuación destinado a la prevención de las infecciones puerperales: Episiotomía, desgarros, incisión abdominal quirúrgica y mastitis.

Definición:

Nos referimos a los cuidados que realiza el personal de enfermería durante el ingreso hospitalario después del parto (vaginal o cesárea) y los posteriores cuidados que realiza la matrona en el centro de atención primaria.

Objetivos:

- ❖ Disminuir las tasas de infecciones que se producen durante el puerperio.
- ❖ Unificar criterios de actuación.
- ❖ Prevenir y detectar de forma precoz las complicaciones que puedan aparecer en el puerperio.

Personal que lo realiza:

- ❖ Enfermera.
- ❖ Matrona.
- ❖ Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

Material necesario:

- ❖ Agua.
- ❖ Jabón neutro.
- ❖ Clorhexidina.
- ❖ Esponja suave.
- ❖ Toalla o secador.

Acciones:

Una vez que la puérpera regresa del paritorio enfermería debe encargarse de realizar una valoración integral de la paciente prestando atención en primer lugar al estado general, los signos vitales y al sangrado (loquios) de la paciente fijándonos en la cantidad, color y olor, consideramos un sangrado normal a la pérdida hemática aproximada de una compresa en una hora, el color debe ser hemático y el olor debe ser fuerte pero no fétido ya que un olor fétido será signo de infección ⁽⁷⁾.

Debemos de vigilar por turno el estado de la zona perineal para ver su evolución ya que en nuestro protocolo las puérperas tendrán episiotomías o desgarros suturados. Es normal que en las horas posteriores al parto la zona esté dolorida y edematizada siendo recomendable el uso de hielo local en el periné, nunca de forma directa ya que sino producirá quemaduras ⁽¹⁴⁾. En los días posteriores es importante vigilar la zona de la episiotomía ya que la presencia de enrojecimiento, edema importante, equimosis, exudados y tensión en los bordes de la herida serían signos de infección ^{(4), (12)}.

Es importante recomendar a la puérpera la ingesta de líquidos y una dieta rica en fibra ya que así evitará el estreñimiento favoreciendo una menor tensión de la zona perineal ⁽⁷⁾.

Respecto al cuidado de la zona de episiotomía es muy importante la higiene de la paciente, no hace falta curar la zona simplemente bastará con la ducha diaria utilizando un jabón neutro y un correcto secado a toques de la zona o mediante el empleo de secadores ^{(3), (7), (14)}.

La zona de episiotomía deberá de permanecer la mayor parte del día sin ropa interior ya que queremos mantener la zona lo más seca posible para evitar la aparición de infecciones.

Es necesario recordar a las puérperas que la sutura se desprenderá sola a los 7 - 10 días.

En la incisión quirúrgica abdominal los cuidados son los mismos siendo importante revisar por turno el aspecto de la incisión para poder detectar posibles signos de infección.

Se recomendará el uso de prendas no ajustadas que cubran o no sobrepasen la incisión ya que la presión en la zona podría provocar la dehiscencia de la herida quirúrgica.

Se revisará la aparición de posibles flictenas producidas por el apósito quirúrgico.

En cuanto a la higiene al igual que en la episiotomía se recomendará la ducha diaria con jabones neutros, sin frotar la zona y secándola a toques ya que nos interesará mantener la zona lo más seca posible.

Una de las funciones de enfermería en el puerperio será la vigilancia de las mamas ya que nuestros cuidados se centrarán en evitar la aparición de la mastitis puerperal.

Es necesario comprobar que los pechos drenan con facilidad por lo que para ello realizaremos presión a distancia del pezón extrayendo algunas gotas de calostro.

Si observamos dificultad en el drenaje o las mamas excesivamente ingurgitadas iniciaremos masajes y aplicación de calor húmedo sobre el pecho unos minutos antes de iniciar la lactancia ya que esto contribuirá a la abertura de los conductos de la glándula mamaria ^{(1), (3), (12)}.

Tras la toma comprobaremos que la ingurgitación mamaria es menor y en caso contrario se empleará un sacaleches para facilitar el vaciamiento del pecho siempre enseñando su utilización a la puérpera.

Si después del empleo del sacaleches todavía persiste el dolor podrá aplicarse frio local como dijimos anteriormente nunca de forma directa en la piel ⁽⁷⁾.

Es muy importante evitar soluciones de continuidad como las grietas por lo que para ello utilizaremos la leche materna ⁽¹²⁾ y si no es suficiente la lanolina.

Las grietas son la puerta de entrada del agente infeccioso ⁽¹⁾ y también deberemos prestar especial atención al lavado de manos antes del amamantamiento ⁽¹²⁾.

Extracción de la leche materna.

La extracción de la leche materna se hace necesaria en los casos en los que la madre y el bebé no pueden estar juntos ya sea por la ausencia de la madre o cuando el bebé presenta alguna enfermedad pero también se puede utilizar la extracción cuando se desea establecer la lactancia estimulando así la subida de la leche, aumentar o mantener la producción como un método de apoyo.

Para la extracción de la leche materna es esencial lavarse las manos antes de la manipulación del pecho, buscar un lugar tranquilo y privado en el que se encuentre relajada y cómoda y es aconsejable la aplicación de calor sobre el pecho ya que éste favorece la salida de la leche ⁽¹⁾.

Para estimular la bajada de la leche tanto si se hace de forma manual como si se hace a través de un sacaleches se deberán seguir los siguientes pasos:

- Masajear el pecho oprimiéndolo hacia la caja torácica, realizando un movimiento circular con los dedos en un mismo punto evitando deslizar los dedos sobre piel, después de unos segundos volveremos a hacer lo mismo en otras zonas del pecho.
- Frotaremos el pecho con cuidado desde la parte superior hacia el pezón hasta que sienta como un cosquilleo y se continuará el movimiento desde la periferia del pecho hacia el pezón.
- Sacudir los pechos con suavidad inclinándose la mujer hacia delante ⁽²¹⁾.

Técnicas de extracción.

La leche materna se puede extraer de forma manual o a través de un sacaleches.

Extracción manual mediante la técnica de Marmet.

- ✓ Una vez hecha la higiene de las manos colocaremos el pulgar y los dedos índice y medio formando una C a unos 3 - 4 centímetros por detrás del pezón.
- ✓ Empujaremos los dedos hacia atrás sin separarlos, deberemos de tener en cuenta que en los pechos grandes o caídos será necesario primero levantarlos y después empujar los dedos hacia atrás y siempre evitaremos que el pecho descansa sobre la mano.
- ✓ Rodaremos los dedos y el pulgar hacia el pezón con movimiento como si fuera un rodillo, sin deslizar.
- ✓ Repetiremos el punto anterior para ir ayudando a vaciar los depósitos.
- ✓ Iremos rotando la posición de los dedos para poder vaciar las diferentes partes del pecho utilizando las dos manos en cada pecho.

- ✓ Procederemos a la extracción de la leche hasta que el flujo de leche se enlentezca y estimularemos el reflejo de bajada en los dos pechos masajeando, frotando y sacudiendo los pechos.
- ✓ Se repetirá el paso anterior una o dos veces más de tal forma que el flujo de la leche se enlentecerá antes la 2ª y 3ª vez ya que los reservorios van vaciándose ⁽²¹⁾.

Extracción mediante el uso del sacaleches.

- ❖ Se colocará el embudo o el reborde con copa suave sobre el pecho como lo indique el fabricante.
- ❖ Para comenzar se utilizarán tracciones rápidas y cortas que imiten la llamada a la leche del bebé.
- ❖ Cuando se obtiene algo de leche se realizarán aspiraciones largas y uniformes. Una excesiva aspiración puede causar dolor en el pecho bloqueando el mecanismo de liberación de la leche, siempre se comenzará con el nivel más bajo de aspiración y lo iremos aumentando hasta que la leche fluya adecuadamente y no cause malestar en la madre.
- ❖ Se utilizará unos 5 - 7 minutos en cada pecho siempre habiendo masajeado previamente o hasta que el flujo de leche o las gotas sean más lentas. Después cambiaremos de pecho y repetiremos lo anterior.
- ❖ Volveremos a cada pecho unas veces más hasta que el flujo de leche sea lento.
- ❖ Verteremos la leche extraída en un recipiente limpio y lo cerraremos, le pondremos la fecha de extracción y lo meteremos en el refrigerador o en el congelador.
- ❖ Finalmente lavaremos las partes del extractor con agua caliente y jabón, las aclararemos y secaremos. Se recomienda su esterilización una vez al día o meterlas en el lavavajillas a una temperatura superior a 50° C ⁽²¹⁾.

DISCUSIÓN.

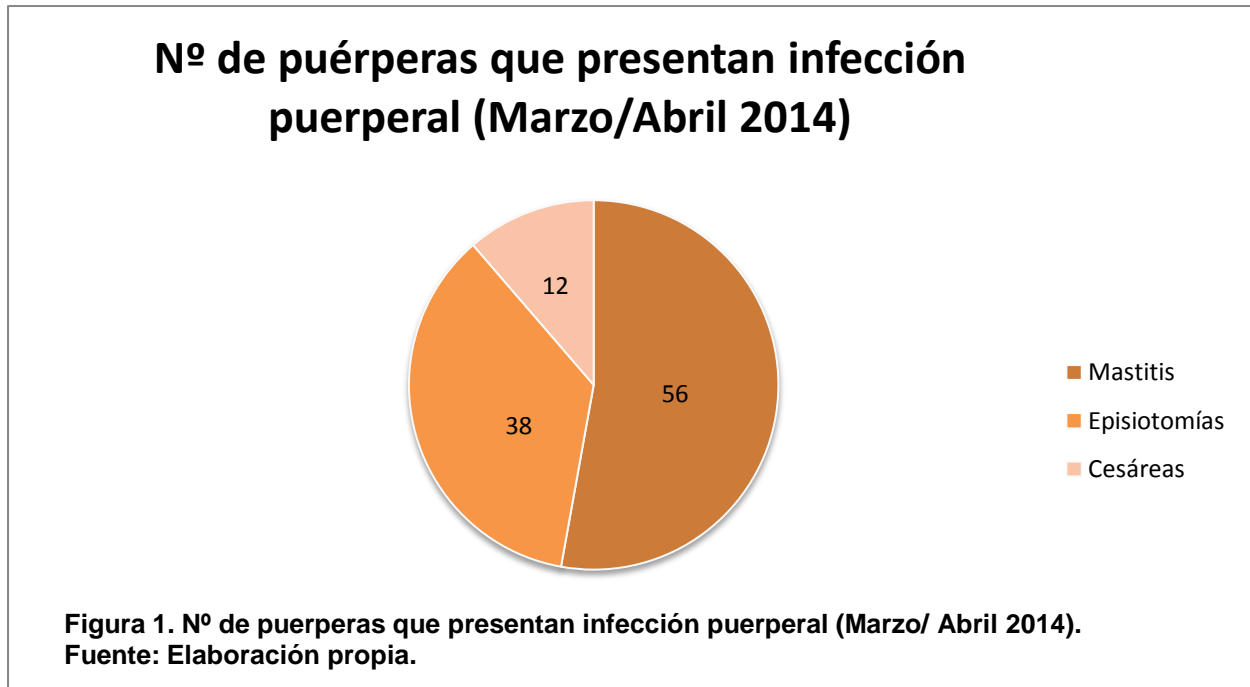
Consideramos que podría ser útil implantar el protocolo porque según se observa en los gráficos el Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid durante los dos meses en los cuales ha aplicado el protocolo ha presentado una tasa no muy alta de incidencia de infecciones y efectos adversos que eran provocados por cuidados en algunos casos escasos de la zona de episiotomía e incisión abdominal debidos al exceso de carga de trabajo o por tiempo insuficiente y por el mal uso del sacaleches que suponen, en algunos casos, como en los que requieren intervención quirúrgica, un gasto económico elevado para el Sacyl que podría verse disminuido sustancialmente si se implantara el protocolo.

La implantación del protocolo sería favorable tanto para el personal de enfermería obstétrica del Hospital Universitario Río Hortega como para las matronas de los centros de salud de Valladolid ya que trabajarían siguiendo unos mismos criterios de actuación en el cuidado de las puérperas teniendo ésto como resultado la disminución de la incidencia de infecciones lo que conllevaría también a un menor gasto sanitario.

La implantación del protocolo además de reducir la tasa de infecciones puerperales nos permitiría la instauración de la prevención primaria dentro de la atención especializada lo cual también es esencial para evitar costes en sanidad.

Este protocolo tiene limitaciones respecto a la población diana y al tiempo en que ha sido puesto en práctica pero creemos que es necesario continuar con él durante 4 meses más para que pueda ser revisado, validado y posteriormente implantado ya que pensamos que va a ser una importante herramienta de ayuda para el personal de enfermería obstétrica del Hospital Universitario Río Hortega y para el personal de matronas de los centros de salud de Valladolid.

En esta imagen podemos observar que la infección puerperal más presentada entre las púerperas del Hospital Universitario Río Hortega en los meses de Marzo y Abril de 2014 ha sido la mastitis.



Respecto a la aplicación de tratamientos para la curación de las infecciones puerperales en los meses de Marzo y Abril de 2014 podemos observar en este gráfico que la mayoría de las púerperas han sido dadas de alta siguiendo un tratamiento antibiótico.

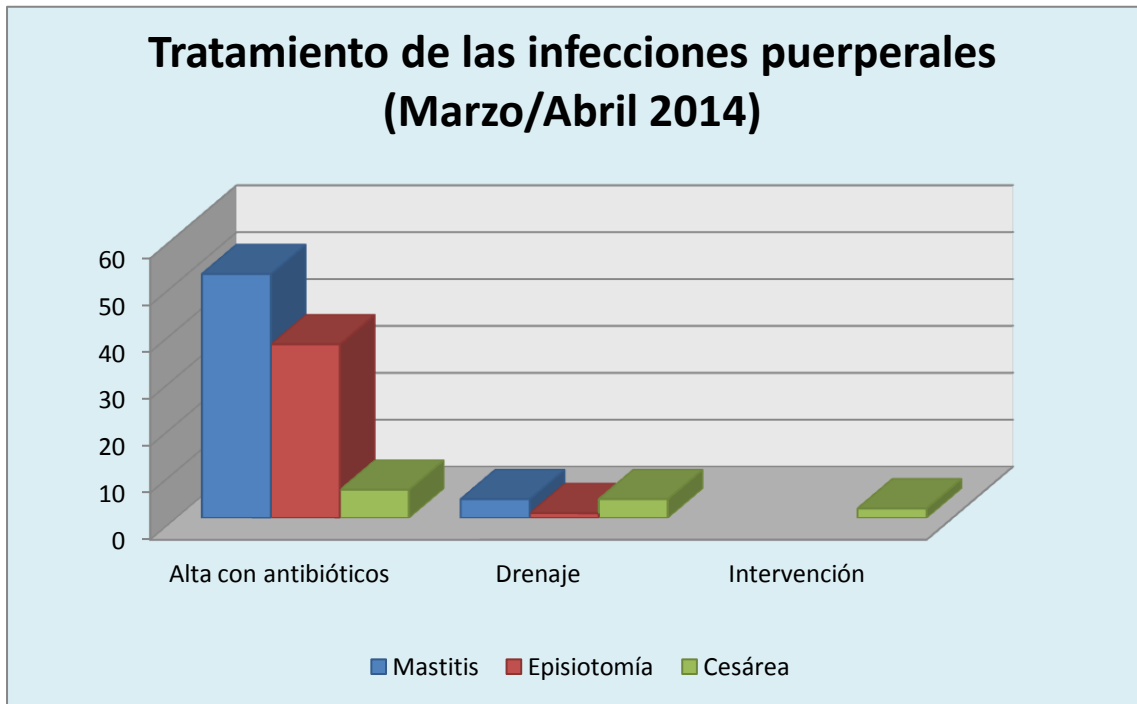


Figura 2. Tratamiento de las infecciones puerperales (Marzo/ Abril 2014).
Fuente: Elaboración propia.

CONCLUSIÓN.

- 1- De acuerdo a los resultados de la investigación a través de la revisión bibliográfica, se puede afirmar que es necesario utilizar protocolos consensuados para la prevención de complicaciones en el puerperio, con esta herramienta se seguirá una atención de enfermería basada en la evidencia científica que evitará infecciones como la mastitis, la infección de la zona de episiotomía y de la zona de la incisión quirúrgica abdominal entre otras. La utilización de protocolos consensuados es una necesidad básica ya que estos medios permiten al personal de enfermería ampliar sus conocimientos y mejorar en la práctica profesional.

- 2- Tras haber elaborado este protocolo, pendiente de aprobación y validación por la Comisión de Investigación del Hospital Universitario Río

Hortega de Valladolid se decide el pilotaje en la Unidad de Obstetricia durante un periodo de dos meses, en colaboración con un equipo ad hoc formado por 3 DUE y 3 TCAE. Sin embargo, la aplicación del protocolo durante dos meses es insuficiente para comprobar su validación, sería necesario prolongar el período de aplicación durante 4 meses más para que pueda ser revisado, validado y posteriormente implantado.

- 3- Con el seguimiento del protocolo propuesto se observa una mejora de la salud sexual y reproductiva de las pacientes porque disminuyen las complicaciones y todo lo que éstas conllevan, se evita la pérdida de la autoestima de la mujer que influye en la esfera sexual, al prevenir complicaciones, cicatrices en el periné o como consecuencia de una mastitis.

Consideramos que los objetivos planteados en este trabajo se han cumplido, aunque esta investigación tiene limitaciones de tiempo y además solo ha sido posible aplicar el protocolo en el contexto del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Bezares B, Sanz O, Jiménez I. Patología puerperal. An. Sist. Sanit. Navar. 2009; 32 (Supl. 1): 169-175.
2. Bataglia – Araujo V, Rojas de Rolón G, Ayala J. Prevención y manejo de la infección puerperal. Rev Per Ginecol Obstet. 2006; 52 (3): 154-158.
3. Actualización en técnicas, procedimientos, cuidados y normativa para enfermería en el ámbito hospitalario y de atención primaria. Vol 4. Alicante: CECOVA; 2007.
4. Guía de Práctica Clínica [Internet]. México; 2013. Prevención, diagnóstico y tratamiento quirúrgico de episiotomía complicada. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS_608_13_EPISIOTOMIACOMPLICADA/608GER.pdf
5. Puerperio normal y patológico. SEGO [Internet]. 2008 [Citado 25 Marzo 2014].
6. Aguiar da Cruz L, Vieira Freitas L, Moura Barbosa R C, De Souza Gomes L F, Teixeira Vasconcelos C M. Infección de herida operatoria tras cesárea en un hospital público de Fortaleza. Enfermería Global [Internet]. 2013 [citado 10 Feb 2014]; 12 (1): 105–117. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000100005&lng=es.
7. Albiñana Soler A, Aparisi Nihí S, Barona Vilar C, Bertomeu Llorens I, Calvo Mas C, Carpio Gesta M L et al. Guía para la educación grupal en

- el embarazo, parto y puerperio.1ª ed. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat; 2004.
8. Santalla A, López-Criado M S, Ruíz M D, Fernández-Parna J, Gallo J L, Montoya F. Infección de la herida quirúrgica. Prevención y tratamiento. Clin Invest Gin Obst. 2007; 34 (5): 189-96.
 9. Miranda Moreno M D, Navío Poussivert C, Rodríguez Villar V. Mastitis en la mujer lactante. Trances. 2014; 6 (1): 35-44.
 10. Delgado S, Arroyo R, Jiménez E, Fernández L, Rodríguez J M. Mastitis infecciosas durante la lactancia: un problema infravalorado (I). Acta Pediatr Esp. 2009; 67 (2): 77-84.
 11. Vintanel López S. Abordaje de la mastitis puerperal y sus diferentes posibilidades de prevención y tratamiento. Universidad de Zaragoza; 2012.
 12. Carrasco García M A. Plan de cuidados estandarizado de la mastitis puerperal. Nure Inv. 2012; 9 (59): 1-8.
 13. Jiménez E, Delgado S, Arroyo R, Fernández L, Rodríguez J M. Mastitis infecciosas durante la lactancia: un problema infravalorado (II). Acta Pediatr Esp. 2009; 67 (3): 125-132.
 14. Díaz Díaz C, Riaño Galán I, Rodríguez Posada R, Palencia González Z, Candás Villar M A. Guía de lactancia para profesionales. Asturias: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios; 2012.

15. Arroyo R, Martín V, Maldonado A, Jiménez E, Fernández L, Rodríguez J M. Treatment of Infectious Mastitis during Lactation: Antibiotics versus Oral Administration of lactobacilli Isolated from Breast Milk. *Clinical Infectious Diseases*. 2010; 50 (12): 1551-1558.
16. Rodríguez J M, Dalman J. Probióticos para el binomio madre – hijo (II). *Acta Pediatr Esp*. 2007; 65 (10): 513 – 518.
17. Guía de la Leche [Internet]. España; 2014. Las diez claves de la lactancia materna. Disponible en:
http://www.laligadelaleche.es/lactancia_materna/diez_claves.htm
18. Ota - Lospaus S, Morera Liáñez L, Bernal-Montañés M J, Tabueña - Acin J. El contacto precoz y su importancia en la lactancia materna frente a la cesárea. *Matronas Prof*. 2012; 13 (1): 3-8.
19. Guía de la Leche [Internet]. España; 2014. Colocación al pecho. Disponible en:
http://www.laligadelaleche.es/lactancia_materna/colocacion.htm.
20. De Miguel Sesmero J R, De la Puente Campano E, García Rodríguez J, Bustamante Estébanez E, Basabe Blanco E, Arce Belo C et al. Protocolo de atención al embarazo y puerperio. Cantabria: Dirección General de Salud pública, Consejería de Sanidad, Gobierno de Cantabria; 2007
21. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Programa de salud infantil. Promoción de la salud. 2009.