

1. CONCEPTO

La palabra puerperio procede etiológicamente de los vocablos latinos *puer* (niño) y *peri* (alrededor de). De este modo, la expresión hace referencia al momento biológico que sucede tras el nacimiento y que presenta una serie de características propias que diferencian esta etapa del resto del proceso reproductivo.

En la actualidad, debido a la reducida morbilidad, se considera al puerperio una fase poco conflictiva desde una perspectiva sanitaria. Sin embargo, hasta las primeras décadas del siglo pasado representó una fase de alto riesgo obstétrico, siendo las infecciones y las hemorragias las principales causas de muerte en este periodo.

En cuanto a las infecciones, se considera a *Semmelweis* el primero en vencer la fiebre puerperal, tras haber establecido en los hospitales el lavado de manos como medida antiséptica de especial interés que se realizará antes de llevar a cabo cualquier maniobra obstétrica. Sometida a control la infección puerperal, hoy en día es la hemorragia de causa obstétrica la principal causa de muerte en el puerperio, siendo ésta de tendencia descendente en los países desarrollados.

2. FISIOLÓGÍA

El puerperio es el periodo de tiempo que transcurre desde el parto hasta que los órganos reproductores de la mujer recuperan su estado de normalidad tras los cambios fisiológicos producidos durante el embarazo, finaliza tras la aparición de la primera menstruación.

Abarca, aproximadamente, un periodo de 6 semanas caracterizado no sólo por cambios físicos, sino también psicológicos y familiares. Estos cambios suponen para la mujer un proceso de adaptación a la involución de todas las modificaciones anatomofisiológicas, del sistema reproductor y de los sistemas corporales más implicados en el embarazo y en el parto, así como la instauración de la lactancia materna.

La valoración y el cuidado que dé un buen profesional de enfermería a la mujer que se encuentre en esta etapa debe incluir tanto un enfoque fisiológico como psicosocial, otorgando mayor relevancia a aquel aspecto que en función de las necesidades de cada momento lo requiera.

El puerperio se divide en tres etapas, diferenciadas entre sí por los acontecimientos fisiológicos y psicológicos que albergan, los riesgos de salud que pueden aparecer, así como los cuidados de salud determinados que requiere cada fase. Éstas son:

- **Primera fase o puerperio inmediato**→ abarca las primeras 24 horas postparto
- **Segunda fase o puerperio precoz**→ se sitúa entre el segundo y el décimo día.
- **Tercera fase o puerperio tardío**→ comprende el periodo de tiempo que va desde el décimo día hasta los 45 días.

3. CAMBIOS ANATÓMICOS EN EL PUERPERIO

En el proceso del puerperio tienen lugar cambios de vuelta a la normalidad de la fisiología del sistema reproductor y del organismo en general. Las modificaciones anatómicas suelen estar involucionadas al final de la sexta semana del puerperio con el retorno a la normalidad del organismo de la mujer, en especial el aparato genital. Se considera que la fisiología reproductiva está normalizada con la aparición de las primeras menstruaciones.

3.1. *Involución del útero*

El útero, una vez expulsada la placenta, se contrae y disminuye rápidamente de tamaño. La causa de la involución uterina es un proceso de autólisis (atrofia de tejidos y contracción y retracción del propio útero).

La contracción del útero permite que se cierren los vasos vasculares de la zona de inserción de la placenta mediante las *ligaduras de Pinard*, formándose un globo de seguridad que garantiza una correcta homeostasia (en las 12 primeras horas el útero se contrae para expulsar los coágulos y asegurar la homeostasia, estas contracciones por lo general son indoloras y reciben el nombre de entuertos).

En el proceso normal de la involución, a las doce horas, el útero se desplaza hacia el hipocondrio derecho. A las 24 horas se palpa el fondo del útero a nivel del ombligo descendiendo a través de dedo por día, para llegar al décimo día a nivel del pubis, quedando así escondido detrás de éste.

La capa superficial del endometrio se necrosa y se desprende para formar los loquios, mientras que la capa profunda permanece y es la base de la regeneración del mismo.

3.1.1. Los loquios

Exudado uterovaginal, constituido por hematíes, células deciduales y de la capa de descamación del endometrio y del cérvix. Su cantidad, composición y aspecto varía a lo largo del proceso. La evolución de los loquios presenta las siguientes características:

- *Lochia rubra*: cuatro primeros días. La secreción es predominantemente hemática de color rojo, formada por partículas de desecho celular decidual y trofoblástico.
- *Lochia serosa*: hacia el décimo día de secreción. La pérdida aparece mezclada con suero volviéndose rosada. Su composición consta de hematíes, tejido necrótico, leucocitos y bacterias.
- *Lochia alba*: los loquios se transforman en una pérdida entre blanca y amarillenta. Están formados por suero, leucocitos, pequeñas cantidades de moco y bacterias. Al finalizar la tercera semana desaparecen, aunque puede observarse la persistencia de una secreción de color amarronado.

La observación de los loquios es esencial para identificar un proceso infeccioso o de lentitud en la involución.

3.1.2. Peso del útero

El peso del útero se reduce de forma progresiva, pasando de 1'5 kg después del parto hasta los 100 g a las seis semanas del puerperio.

3.2. Involución del cuello uterino

Inmediatamente después del parto está blando y dilatado. El cuello uterino vuelve a su tamaño anterior después de la primera semana. El orificio cervical interno se cierra, pero el externo presenta una dehiscencia (separación).

3.3. Involución de la vagina

La vagina se repliega y vuelven a aparecer las rugosidades. La mucosa vaginal permanece edematosa (acumulación excesiva de líquido en el tejido) con riesgo de sangrado; su elasticidad favorece una rápida recuperación, volviendo a la normalidad

a la sexta semana y a la octava en las mujeres que lactan. Este retraso es debido a la falta de estrógenos, lo que ocasiona con frecuencia molestias en las relaciones sexuales, por la escasa lubricación vaginal que se recupera una vez iniciada la menstruación.

3.4. *Involución perineo-vulvar*

La vulva permanece edematosa durante unos días posteriores al parto; si se ha practicado episiotomía (incisión en el periné de la mujer) o si se ha producido un desgarro. Si no aparecen complicaciones, cicatriza a los seis o siete días.

3.5. *Pared abdominal*

Permanece blanda y flácida debido a la distensión, paulatinamente se recupera el tono, que dependerá en gran medida de la consistencia muscular previa al embarazo y del ejercicio de recuperación postparto. Los ligamentos y músculos de la pelvis pueden recuperar su posición a las cuatro o seis semanas.

3.6. *Cambios mamarios*

La estructura de la glándula mamaria se vuelve más firme, sensible y dolorosa al tacto y las mamas aumentan su tamaño (ingurgitación mamaria). La producción de leche se inicia en este proceso con la producción del calostro.

La producción de la leche materna depende de la estimulación producida por la hormona lactógena o prolactina (liberada por la hipófisis). En el proceso de la lactancia interviene: la succión y vaciamiento de las mamas, que a su vez estimula la liberación de la prolactina.

3.7. *Función cardiovascular*

El volumen de sangre aumentado durante el periodo del embarazo es de un 35% y se reduce gradualmente hasta alcanzar los volúmenes de normalidad. No obstante, hay un incremento temporal en el volumen circulante a causa del cese de la circulación placentaria y del aumento del retorno venoso. Este hecho incide en el descenso del hematocrito, iniciado con las pérdidas de sangre producidas durante el parto (alrededor de 400 ml en el parto normal).

Las dos primeras semanas del puerperio son un periodo de riesgo de insuficiencia cardíaca sobre todo en mujeres con enfermedad cardíaca y con reserva

cardíaca limitada, debido a la combinación de cambios hemodinámicos y al consecuente aumento del gasto cardíaco.

Hay un descenso de leucocitos, de la velocidad de sedimentación globular, de los factores tromboplásticos y del fibrinógeno.

3.8. Función endocrina

Los niveles de estrógenos, progesterona y prolactina disminuyen. Con la lactancia tiene lugar un aumento inicial de prolactina. Se puede producir una recuperación en la producción de estrógenos hasta cifras similares a las previas antes de la gestación y también puede producirse la ovulación.

3.9. Función renal

La normalización se produce con la aparición de una micción espontánea, alrededor de cinco horas después del parto.

Como consecuencia del parto puede haber una disminución del tono vesical que comporta una disminución del deseo miccional y una mayor capacidad vesical.

La distensión vesical y la retención urinaria pueden causar una hiperdistensión de la musculatura de la vejiga. Ésta, también puede producirse debido a alguna lesión traumática del parto.

3.10. Función gastrointestinal

La motilidad y el tono gastrointestinal se restablecen a medida que se incrementa el apetito y la ingestión de líquidos, lo que requiere aproximadamente una semana.

Los siguientes factores inciden en la necesidad de eliminación favoreciendo el estreñimiento:

- Enema preparto.
- Restricción de líquidos durante el trabajo de parto.
- Fármacos administrados durante el parto y el alumbramiento.
- Dolor causado por la episiotomía y las hemorroides, que puede frenar la defecación.

3.11. Signos vitales (temperatura corporal, pulso)

Después del parto el pulso presenta a menudo una bradicardia transitoria con una frecuencia de hasta 50 lat./min. Esta situación no se extiende más de 24 horas. De no haber patologías, no existen otras modificaciones específicas.

Una vez sucedido el parto, la temperatura normal es de entre 36'5°C y 37°C, no sobrepasa los 38°C. A las 24 horas después del parto puede aparecer un pico febril, sin que tenga ningún significado de anormalidad ya que responde a la subida de la leche. Si aparece una elevación de temperatura persistente con taquicardia, puede alertar de la presencia de un foco infeccioso.

3.12. Presencia de diaforesis (secreción de sudor)

La transpiración aumenta a causa de la gran necesidad de eliminar el incremento de líquidos del embarazo, es común que tengan lugar episodios de intensa diaforesis nocturna.

3.13. Función tegumentaria

Las estrías cambian de aspecto y son menos visibles por su color blanco nacarado; generalmente no desaparecen por completo.

La línea *nigra* del abdomen (se extiende longitudinalmente desde la sínfisis del pubis al ombligo), el cloasma gravídico (cambio pigmentario de la piel, normalmente se manifiesta como parches de coloración amarilla o marrón) y la pigmentación oscura de las areolas y pezones desaparece en pocos días.

3.14. Peso corporal

La pérdida de peso en el puerperio puede hacer que la mujer regrese a su peso anterior (descendiendo hasta entre 10 y 13 kg). Esta pérdida se compone del peso de:

- Feto y placenta.
- Líquido amniótico y pérdida hemática.
- Elevada transpiración durante la primera semana.
- Involución uterina y loquios.
- Poliuria

La mujer que lacta no llega a su peso normal hasta que cesa la lactancia.

4. CUIDADOS DE LA MADRE

RESULTADOS ESPERADOS	
<p>2511. Estado materno: puerperio</p> <ul style="list-style-type: none"> • 02. Nivel de comodidad • 03. Presión arterial • 04. Frecuencia cardíaca • 06. Altura del fondo uterino • 07. Características de los loquios. • 09. Comodidad de las mamas • 10. Curación perineal • 12. Temperatura corporal • 13. Infección • 14. Eliminación • 15. Evacuación intestinal <p><i>Escala: 1 Desviación extrema rango – 5 Sin desviación extrema rango</i></p>	<p>1501. Ejecución del rol</p> <ul style="list-style-type: none"> • 01. Capacidad para cumplir expectativas • 03. Ejecución de las conductas de rol familiares • 09. Descripción cambios conductuales con un nuevo miembro de la familia <p><i>Escala: 1 No adecuada – 5 Completamente adecuada</i></p>
<p>2101. Dolor: efectos nocivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • 02. Ejecución del rol alterada • 10. Estado del ánimo alterado • 13. Movilidad física alterada <p><i>Escala: 1 Intenso – 5 Ninguno</i></p>	<p>1613. Autogestión de los cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • 01. Determina los objetivos de la asistencia sanitaria • 06. Determina la finalización de las conductas asistenciales apropiadas <p><i>Escala: 1 Nunca manifestado- 5 Constantemente manifestado</i></p>
<p>1001. Establecimiento de la lactancia materna: madre</p> <ul style="list-style-type: none"> • 02. Sostiene el pecho manteniéndolo en forma de “C” • 03. Nivel de llenado del pecho previo a la lactancia • 04. Reflejo de eyección de leche (bajada de la leche) • 06. Reconocimiento de la deglución del lactante • 08. Cese de la hipersensibilidad del pezón <p><i>Escala: 1 No adecuada- 5 Completamente adecuada</i></p>	<p>1818. Conocimiento: Puerperio</p> <ul style="list-style-type: none"> • 01. Descripción de sensaciones físicas normales después del parto • 07. Descripción de la higiene perineal • 11. Descripción ingesta de líquidos y nutrientes apropiada • 12. Descripción de un descanso y actividad apropiadas • 13. Descripción de los mecanismos de superación efectivos <p><i>Escala: 1 Ninguno – 5 Extenso</i></p>

INTERVENCIONES ENFERMERAS

7310. Cuidados enfermería la ingreso de la madre

- Presentarse así mismo
- Valoración enfermería
- Favorecer expresar miedos-temores
- Informar derechos y deberes
- Abrir historia clínica

2300. Administración medicación

- Informar y precauciones
- Administrar medicación prescrita
- Retirar fluidos y vía, si procede

6930. Cuidados postparto

- Vigilar los loquios y determinar: cantidad, color, olor, y presencia de coágulos
- Grupo, RH, Anti D si procede
- Conseguir que la paciente orine antes de la exploración postparto
- Vigilar y registrar hora 1ª de micción
- Comprobar y registrar altura de útero 2-3 veces 1ª h.; posterior cada hora
- Determinar firmeza del útero tras parto adecuando la frecuencia al resultado 1ª observación
- Determinar situación útero
- Inspeccionar estado episiotomía y observar si hay signos de infección
- Instruir acerca forma de cuidado e higiene de la incisión de episiotomía
- Enseñar identificar signos y síntomas de infección paciente /familia e informar a la enfermera/o de ello
- Fomentar la deambulacion precoz, tras 6-8 horas postparto para promover la movilidad intestinal y prevenir tromboflebitis
- Determinar 1ª deposición

1400. Manejo del dolor

- Determinar presencia dolor y causas:
- Presencia hemorroides
- Presencia entuertos y presencia hematoma
- Valorar dolor

6680. Monitorización de los signos vitales (madre)

- Determinar temperatura
- Determinar frecuencia cardiaca
- Determinar tensión arterial

<p>1801. Ayuda en los autocuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar conocimiento autocuidado higiene y autocuidado mamas • Enseñanza déficit autocuidados (higiene, alimentación, eliminación) hasta autonomía 	<p>7330. Planificación al alta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar déficit de conocimientos y habilidades de la madre cuidados R.N. • Reforzar información sobre alta y entregar documentación (cartilla del R.N. y alta de la madre para las correspondientes visitas de seguimiento) • Información de recursos en atención primaria
<p>5244. Asesoramiento lactancia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar conformación pezones • Vigilar integridad piel y pezones • Determinar capacidad del RN para succión • Inicio precoz de lactancia s/p • Determinar presencia de calostros • Evaluar habilidad de la madre para amamantar • Enseñar a la madre técnica correcta de lactancia y ayuda, si procede • Determinar llenado mamas, si procede. 	<p>7104. Estimulación de la integridad familiar: familiar con R. nacido</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar situación familiar actual: socio- económico, entorno doméstico • Reforzar comportamientos paternos (positivos) • Comprobar capacidad familiar para realizar tareas adecuadas con R.N.

5. CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO

RESULTADOS ESPERADOS	
<p>0118. Adaptación del recién nacido</p> <ul style="list-style-type: none"> • 01. Puntuación Apgar • 02. Índice edad gestacional • 03. Frecuencia cardíaca • 04. Frecuencia respiratoria • 07. Termorregulación • 08. Coloración cutánea • 11. Peso • 24. Evacuación intestinal • 25. Evacuación urinaria <p style="margin-top: 20px;"><i>Escala: 1 Desviación grave del rango normal – 5 Sin desviación</i></p>	<p>1001. Establecimiento de la lactancia materna: Madre</p> <ul style="list-style-type: none"> • 01. Comodidad de la posición durante la alimentación • 06. Reconocimiento de deglución en el lactante • 14. Capacidad para exprimir el pecho o utilizar una bomba <p style="margin-top: 5px;"><i>Escala: 1 Inadecuado– 5 Completamente adecuado</i></p> <hr/> <p>1800. Conocimiento: Lactancia Materna</p> <ul style="list-style-type: none"> • 01. Descripción beneficios lactancia materna • 09. Descripción de la técnica adecuada para finalizar succión • 14. Explicación de las razones para evitar el uso inicial de tetinas y suplementos artificiales • 20. Descripción ingesta adecuada de líquidos por parte de la madre <p style="margin-top: 5px;"><i>Escala: 1 Ninguno– 5 Extenso</i></p>
<p>1000. Establecimiento de la lactancia materna: Lactante</p> <ul style="list-style-type: none"> • 01. Alineación y unión adecuadas • 02. Sujeción areolar adecuada • 04. Succión y colocación de la lengua correctamente • 11. Lactante satisfecho tras la lactancia <p style="margin-top: 20px;"><i>Escala: 1 Inadecuado– 5 Completamente adecuado</i></p>	<p>1819. Conocimiento: Cuidados del Lactante</p> <ul style="list-style-type: none"> • 02. Descripción del desarrollo normal • 11. Descripción de los signos de deshidratación • 14. Descripción cuidados cordón umbilical <p style="margin-top: 5px;"><i>Escala: 1 Ninguno– 5 Extenso</i></p>

INTERVENCIONES ENFERMERAS

7310. Cuidados enfermería al ingreso del R.N.

- Ingreso en brazos de su madre
- Identificación del R.N
- Verificar correspondencia datos en Hoja y huella del R.N.
- Transcripción prescripciones, incidencias...

6890. Cuidados de R.N.

- Baño (comprobar T^a agua)
- Cura cordón e higiene ocular
- Control y registro curva ponderal
- Observar signos Hiperbilirrubenia. (Si presenta ictericia las primeras 24h. poner en conocimiento médico)

6680. Monitorización de los signos vitales del R.N

- Determinar temperatura, FC y FR.

1054. Lactancia Materna.

- Vigilar posición correcta
- Vigilar habilidad agarre
- Vigilar reflejo succión/deglución

7920. Documentación.

- Transcripción ordenes médicas a hoja enfermería
- Registro incidencias
- Anotación y valoración actividades

6530. Manejo de Inmunización/ vacunación.

- Administrar 1^a dosis VHB
- Facilitar calendario vacunal R.N
- Realización pruebas metabólicas si problemas fetales

7820. Manejo de muestras.

- Extracción analítica si problemas fetales
- Uso material específico para R.N.
- Extracción Glucemias al nacer si problemas fetales

7330. Planificación del Alta

- Determinar habilidad de la madre en cuidados del R.N
- Entrega Cartilla de salud Infantil
- Entrega informe alta
- Confirmar registro micción y expulsión meconio

6880. Monitorización del R.N

- Talla, peso
- Valorar cordón umbilical
- Perímetro cefálico
- Edad gestacional
- Micción/deposición
- Valorar signos externos
- Tono muscular
- Hipoglucemia

6. RECOMENDACIONES DE AUTOCUIDADO

Una buena preparación para el alta evita complicaciones y ayuda a la mujer a afrontar la llegada a casa, con el nuevo rol de ser madre y con la necesidad de autocuidados para una pronta y satisfactoria recuperación.

- *Reducir al mínimo el dolor*

- Indicar a la mujer que coloque bolsas de hielo en el área perineal en las primeras 24 horas para aliviar el traumatismo o edema en la zona. Aplicar a intervalos para evitar daño tisular. Colocar una barrera delgada entre la bolsa de hielo y la piel.
- Iniciar baños de asiento para aliviar la molestia perineal luego de las primeras 24 horas. Usar tres veces al día durante 15-20 minutos.
- Indicar que contraiga las nalgas antes de sentarse para reducir la molestia perineal.
- Ayudar a usar almohadillas para posición y almohadas mientras está sentada o acostada.
- Enseñarle a usar la botella perineal y a rociar agua caliente contra el perineo mientras orina.

- *Explicar las características de los loquios*

Entre el tercer y cuarto día, este sangrado vaginal se vuelve sonrosado y es similar a una regla. A partir del sexto día suele ser más blanquecino y escaso, desapareciendo generalmente a partir de la primera quincena, aunque puede prolongarse hasta 4 ó 6 semanas. El primer sangrado tras desaparecer los loquios, ya es la regla. Si la mujer esta amamantando, suele tardar más tiempo en aparecer.

- *Cuidados e higiene del periné*

- Dejar escurrir agua caliente sobre el perineo después de cada micción y defecación varias veces al día para promover el bienestar, la limpieza y la cicatrización.
- Enseñar a la madre a colocarse los apósitos perineales tocando sólo el exterior, lo que mantiene limpia la porción en contacto con el perineo.

- *Cuidados de las hemorroides y medidas de prevención del estreñimiento*
 - Explicar a la puérpera que la actividad intestinal es más lenta por la disminución del tono de los músculos abdominales, los efectos de la anestesia y la progesterona.
 - Informar a la puérpera de que el dolor producido por las hemorroides, laceraciones y episiotomías puede retrasar la primera defecación.
 - Revisar con la puérpera su consumo dietético.
 - Si aparecen hemorroides, explicar a la puérpera que debe aplicarse frío local varias veces al día durante unos minutos (puede servir una bolsa de guisantes congelados envueltos en una toalla). Si no mejora deberá consultar con el médico
 - Promover el consumo diario adecuado de frutas frescas, vegetales, fibra y por lo menos 8 vasos de agua.
 - Promover la deambulación frecuente.
 - Informar a la puérpera de la necesidad del vaciamiento de la vejiga siempre que sienta urgencia de orinar. Procurar un incremento en la ingesta de líquidos.

- *Alimentación adecuada (para las madres que lactan)*
 - Indicarle a la madre que alimenta al seno que añada al consumo normal entre 500 y 750 calorías diarias para la producción de leche. Informarle que también requiere dos o tres litros de líquido al día, 20 gramos más de proteínas, y calcio adicional, fósforo, vitaminas D, A, C, E, B₆ y B₁₂. Niacina, zinc e iodo.
 - Alrededor de los 6 meses se recupera la forma física y el peso habitual. Es importante informar a la puérpera de que no tenga prisa y no haga ninguna dieta, sobre todo si va a dar de mamar. Además la lactancia materna ayuda a perder peso.

- *La no utilización de tampones durante las dos o tres semanas mientras dura la eliminación del exudado vaginal (loquios)*

- *Ejercicio físico de recuperación abdominal*
 - Enseñar a la mujer ejercicios para el puerperio inmediato y tardío.

Los ejercicios para el puerperio inmediato pueden realizarse en la cama:

❖ Estiramiento de los dedos de los pies: en decúbito dorsal, mantener rectas las piernas y dirigir hacia abajo los dedos de los pies; luego dirigirlos hacia el tórax. Repetir diez veces.

❖ Ejercicios del piso pélvico; contraer los glúteos contar hasta 5 y relajarse. Contraer los glúteos y apretar los muslos; contar hasta siete y relajarse. Contraer los glúteos, apretar los muslos y contraer el ano. Contar hasta diez y relajarse.

Los ejercicios para el puerperio tardío pueden realizarse después de la primera visita postparto.

❖ Bicicleta: acostarse boca arriba en el piso con los brazos a los lados y las palmas hacia abajo. Comenzar a mover las piernas como en una bicicleta, acercando lo más posible las rodillas hacia el tórax y luego estirándolas y enderezándolas lo más posible. Respirar en forma profunda y uniforme. Realizar los ejercicios a velocidad moderada y no cansarse.

❖ Ejercicios para fortalecer las nalgas: colocarse sobre el estomago y mantener rectas las piernas. Levantar la pierna izquierda en el aire y luego repetir con la pierna derecha. Mantener fija la cadera en el piso y repetir diez veces.

❖ Giros: colocarse de pie con las piernas separadas. Poner los brazos a los lados, los hombros nivelados y las palmas hacia abajo. Girar el cuerpo de un lado al frente y atrás.

- *No ha de realizar esfuerzos físicos (levantar pesos o subir escaleras).*

Recomendarle que limite sus actividades a un solo nivel de la casa si es posible y que evite subir escaleras en los primeros días en el hogar.

- *Reanudación de la actividad sexual y contracepción.*

Informarle que puede reiniciar el coito cuando las heridas perineales y uterinas hayan cicatrizado. Revisar los métodos anticonceptivos.

- *Necesidades de reposo y sueño.*

Indicar a la madre que repose por lo menos 30 minutos después de haber llegado al hogar del hospital, y que lo haga también varias veces al día durante las primeras semanas.

- *Higiene y cuidado de los pechos.*
 - Valorar la situación de las mamas y los pezones. Inspeccionar estos para detectar rubor, erosiones o fisuras. Las áreas enrojecidas pueden mejorar si se aplica un ungüento, crema de lanolina o secado mediante aire durante 15 minutos varias veces al día.
 - Para mantener la higiene de los pechos será suficiente con una ducha diaria.
 - Enseñar a la madre a utilizar un sostén que proporciones buen apoyo durante el día y la noche.
- *Animar a la pareja a dedicar tiempo para restablecer su propia relación y renovar sus intereses y relaciones sociales.*
- *Indicar a la mujer que reserve para ella momentos tranquilos en el hogar, y ayudarla a establecer objetivos realistas y renovar sus intereses y relaciones sociales.*
- *Explicar a la mujer que por lo común la menstruación reaparece en plazo de cuatro a ocho semanas si se da alimentación con biberón; si se da alimentación al seno suele volver el plazo de cuatro meses, pero puede hacerlo entre 2 y 18 meses después del parto. Las madres que lactan pueden ovular aun si sufren amenorrea, por lo que debe utilizarse algún método anticonceptivo si se desea evitar el embarazo.*
- *Informar a la madre y a la pareja de la posible aparición de tristeza puerperal en los primeros días después del parto. Informarlos también de los síntomas de una psicosis o neurosis puerperal, indicando la necesidad de acudir a un especialista si los síntomas persisten o se agravan.*

7. MAPA CONCEPTUAL

8. BIBLIOGRAFÍA

- Nettina SM. Atención de la madre y el recién nacido en el puerperio. En: Nettina SM. Enfermería practica, de Lippincott. 6ª ed. Madrid: Mc-graw Hill interamericana; 2000.p. 1003-1015
- Donat F. Análisis sanitario del puerperio. En: Donat F. Enfermería maternal y ginecológica. Barcelona: Masson; 2000. p. 369-382.
- Donat F, Maestre MS. Cuidados de salud en el puerperio normal. En: Donat F. Enfermería maternal y ginecológica. Barcelona: Masson; 2000.p.383-401.
- Seguranyes G. El puerperio. En: Seguranyes G. Enfermería maternal. Barcelona: Masson: 2000.p.245-268.
- Torrens RM: Puerperio. En: DAE. Enfermería de la mujer. Madrid: DAE (Paradigma); 2001. p. 283-299.