



24/37

Universidad Nacional Autónoma de México

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA
Y OBSTETRICIA**

**Atención de Enfermería Durante el Puerperio de Alto
Riesgo, en Pacientes Menores de 20 Años y Mayores
de 33, con Nivel Socio - Económico Medio Bajo.**

T E S I S

**Que para obtener el título de
Licenciada en Enfermería y Obstetricia**

P R E S E N T A

SILVIA SERRALDE GRANADOS

MEXICO, D. F.

1984



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

PROLOGO.-

Es evidente observar el importante papel que juega - en nuestra población, la educación y la asistencia médica-especializada durante la etapa de gestación. Así mismo- la existencia de pocas instituciones creadas para evitar, detectar y dar tratamiento cuando se presenta un embarazo de Alto Riesgo y una de ellas es el Instituto Nacional de Perinatología, el cual además de dar atención asistencial- abre su cobertura de atención hacia los niveles preventivos, en los cuales debemos de actuar con mayor interes.

CONTENIDO

I. INTRODUCCION	
Planteamiento de la investigación	2
Delimitación del campo	4
Objetivos, hipótesis, variables	5
II. EPIDEMIOLOGIA	8
III. MARCO TEORICO	
Concepto de embarazo de alto riesgo	9
Parametros para detectar a pacientes con embarazo de alto riesgo	10
Edades óptimas para el embarazo	11
Importancia del nivel socio-económico durante el embarazo	12
Diagnóstico control y prevención del embarazo de alto riesgo	13
IV. PUERPERIO	
Concepto de puerperio fisiológico	15
Concepto de puerperio de alto riesgo	17
V. PRINCIPALES COMPLICACIONES DURANTE EL PUERPERIO	18
VI. EDUCACION SEXUAL	40
VII. PLANIFICACION FAMILIAR	
Importancia de la educación que imparte el perso- nal de enfermería en relación con la planificación familiar	42

VIII. METODOS ANTICONCEPTIVOS	44
IA. PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA	47
X. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION	66
XI. RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	69
XII. CONCLUSIONES	81
XIII. SUGERENCIAS	83
XIV. ANEXOS	
Cédula de investigación	84
Gráficas	85
Glosario de terminología médica	94
Bibliografía	99

LISTA DE CUADROS

	pág
1.- Principales complicaciones, durante el puerperio de alto riesgo en pacientes menores de 20 años	18
2.- Principales complicaciones durante el puerperio de alto riesgo en pacientes mayores de 33 años	19
3.- Edad durante la gestación	69
4.- Estado civil	70
5.- Nivel socio-económico (tipo de habitación)	71
6.- Nivel socio-económico (tipo de trabajo)	72
7.- Nivel socio-económico (Nivel educativo)	73
8.- Antecedentes personales patológicos	74
9.- Antecedentes Gineco-Obstetricos	75
10.-Antecedentes Gineco-Obstetricos	76
11.-Atención médica prenatal	77

INTRODUCCION

INTRODUCCION.-

Hablar del embarazo de alto riesgo y conocer la magnitud del daño que puede ocasionar tanto para la madre como para el futuro hijo. Nos hace recapacitar y actuar detectando a todas aquellas pacientes que sean portadoras de riesgo como lo son: las pacientes que se encuentran en una edad no óptima para la gestación, aquellas que no han tenido una adecuada atención médica prenatal, sus antecedentes personales patológicos, antecedentes heredo familiares, el nivel socio-económico en que se desarrolle, etc.

Però además de llevar un adecuado plan de atención durante la gestación, debemos de enfocar nuestra mirada hacia terminar este período con una mejor atención durante el puerperio, puesto que podemos observar que durante la enseñanza de Obstetricia el puerperio es el período menos considerado durante el estado grávido-puerperal destinándole solo el 5% de los textos en Obstetricia.

Olvidando, que el estado en que se encuentra la paciente durante el puerperio, está directamente relacionado con la atención recibida desde el inicio del embarazo, hasta la realización del parto.

Con esta efectiva atención ayudaremos a la madre a un pronto restablecimiento y a su rápida reintegración al núcleo familiar.

Fue importante incluir en esta investigación la realización de un plan de atención de enfermería, en el cual se jerarquicen las necesidades de cada una de las pacientes -

Así también se observó la importancia de dar una orientación acerca de la planificación familiar y poder dar una alternativa a seguir a la pareja, cuando se ha presentado un embarazo y/o puerperio de alto riesgo.

PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACION.-

El inicio de la vida, es un suceso de gran trascendencia.

Desde este momento el nuevo individuo se desarrollará sano o enfermo completo o mutilado para el resto de su vida.

Todo esto va a depender de la adecuada o inadecuada organogénesis, que sucede durante los tres primeros meses de vida intrauterina.

El nuevo ser se encuentra dentro de un universo, (su madre) el cual también va a contribuir a que el individuo sea sano o enfermo en su vida futura. Este universo va a depender de factores tales como: edad, paridad, estado socio-económico, antecedentes personales patológicos, antecedentes heredo familiares, atención médica prenatal que pueden llegar a desencadenar alteraciones durante esta relación materno-fetal, complicando el embarazo y por lo consi-

guiente, son candidatas para desencadenar un embarazo de alto riesgo.

Afortunadamente el índice de malformaciones congénitas es bajo " 1.2% de malformaciones mayores a 2.1% de malformaciones menores: se entiende por malformaciones congénitas mayores aquellas que producen alteraciones importantes, en las áreas biológicas, psicológicas y social del individuo, las malformaciones congénitas menores son aquellas que no cumplen las condiciones anteriores." (1)

La atención médica prenatal de la madre, durante el estado gestacional es un derecho constitucional, que se debe de dar a la práctica dirigida a toda la población.

" La mujer durante el embarazo no realizará trabajos que exijan un esfuerzo considerable y signifiquen un peligro para su salud en relación con la gestación; gozarán forzosamente de un mes de descanso antes de la fecha fijada aproximada para el parto y de otros dos después del mismo y conservar su empleo y los derechos que hubiera adquirido con relación de trabajo.

En el período de lactancia tendrá dos descansos extraordinarios por día de media hora cada uno para alimentar a su hijo. Además disfrutará de asistencia médica Obsté

1.- Boletín Informativo del Instituto Nacional de Perinatología p. 3 1982.

trica de medicamentos y ayuda para la lactancia." (2)

Se debe considerar, que en este campo se abren perspectivas de desarrollo para el Licenciado en Enfermería y Obstetricia, porque cuenta con los conocimientos teórico-prácticos para diferenciar el curso de un embarazo normal a uno complicado, sabiendo de antemano que en ambos debemos actuar pero a diferente nivel. Estamos conscientes de la serie de problemáticas que pueden presentarse en el curso del embarazo, en el momento del parto y aun durante el puerperio por lo que es vital para el binomio, evitar al máximo complicaciones materno-fetales. Enfocaremos primordialmente nuestros cuidados durante el primer nivel de atención, así se podrá armonizar a todos los aspectos que rodean a la mujer gestante. Para que el resultado sea: "EL OPTIMO DESARROLLO DE UN EMBARAZO TRANQUILO, ACOSTADO Y BIEN ATENDIDO". Todo esto dará como resultado el proporcionar a la madre y al recién nacido mejores perspectivas de vida.

DELIMITACION DEL PROBLEMA.-

Se delimitó esta investigación en "La atención de enfermería durante el puerperio de alto riesgo en pacientes menores de 20 años y mayores de 33, con nivel socio-económico medio-bajo."

2.-Leyes y Códigos de México. CONSTITUCION POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS Art. 123 la fracción c p.104

OBJETIVOS.-

- Identificar las características epidemiológicas del embarazo y puerperio de alto riesgo. En pacientes menores de 20 años y mayores de 33, con nivel socioeconómico medio-bajo.
- Detectar en consulta externa a pacientes portadoras de alto riesgo, así como orientarlas acerca de los signos y síntomas de alarma.
- Proporcionar los cuidados de enfermería durante el puerperio de alto riesgo y en especial en pacientes menores de 20 años y mayores de 33, con nivel socio-económico medio-bajo.

HIPOTESIS.-

- La edad y el estado socio-económico de la paciente durante el embarazo, son factores predisponentes para desencadenar un embarazo y/o puerperio de alto riesgo.
- La deficiente o nula atención médica prenatal durante el embarazo es factor predisponente para desencadenar un embarazo y/o puerperio de alto riesgo.
- La detección oportuna de problemas durante el embarazo por parte de enfermería, disminuye la incidencia del embarazo y/o puerperio de alto riesgo.

VARIABLE.-

- Edad { variable independiente }

- Nivel socio-económico (variable independiente)
- Atención médica prenatal deficiente (variable dependiente)
- Embarazo y/o puerperio de alto riesgo (variable dependiente)

CAMPO DE INVESTIGACION.-

-Area geográfica: Instituto Nacional de Perinatología-

MUESTRA PARA LA INVESTIGACION.-

-25 pacientes

13 menores de 20 años, cursando el puerperio de alto riesgo, con nivel socio-económico medio-bajo.

12 mayores de 33 años, cursando el puerperio de alto riesgo, con nivel socio-económico medio-bajo.

ALCANCES Y LIMITACIONES.-

La investigación fue realizada durante los meses de diciembre y enero de 83-84.

La cédula de investigación fue aplicada a 25 pacientes que reunían las características para la investigación las que se encontraban hospitalizadas en el servicio de la unidad de cuidados intensivos adultos y alojamiento con junto tercer piso.

La bibliografía fue obtenida tanto por el Instituto -

Nacional de Perinatología como del Hospital de Gineco-Obstetricia número 4 del I.M.S.S.

Se encontró alguna limitación en relación con la falta de bibliografía específica del puerperio. Pero aun así se logro obtener la información requerida, con la ayuda de médicos, enfermeras y la experiencia propia.

Con todos estos aspectos a nuestro favor no tuvimos mayores limitaciones y los objetivos e hipótesis fueron comprobadas.

EPIDEMIOLOGIA

EPIDEMIOLOGIA

Estadística realizada por el Servicio de Computación-
Estadística e Investigación del Instituto Nacional de Pe-
rinatología. Diciembre-Enero 83-84.

MORBILIDAD.- Total de pacientes atendidas 307 en diciem-
bre y 300 en enero, fueron aceptadas en el Instituto por
ser portadoras de factores de Alto Riesgo durante su em-
barazo.

Tomamos como muestra a las pacientes que ingresaron e
en el mes de diciembre, de las cuales encontramos un [—
30.76% entre las edades de 14-16 años y un 41.66% entre-
34-36 años (muestra 25 pacientes), fueron egresadas del
Instituto 300, se trasladó al Instituto de Cardiología a
una paciente que representa el 0.325%

MORBILIDAD.- El total de defunciones fue de 6 , que hizo
un total de 1.96%.

MARCO TEORICO

CONCEPTO DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO

La definición que norma hoy en día en el campo de la perinatología es :

Alto se define como grave o enorme, riesgo es una palabra que indica probabilidad de causar alguna lesión.

Alto Riesgo es:

" La probabilidad muy grave de sufrir lesión, daño o pérdida "(3)

Si lo anterior lo retomamos y se relaciona con la salud materno-infantil, da como resultado la siguiente definición.

" La probabilidad grave o muy importante de morbilidad o mortalidad en la relación materno-fetal " (4)

3.- KARCHMER, K SAMUEL PERINATOLOGIA AVANCES RECIENTES

Ed. I.M.S.S. p.4

4.- IDEM.

PARAMETROS PARA DETECTAR A PACIENTES CON EMBARAZO DE ALTO RIESGO.

" EDAD

a) Adolescentes menores de 20 años.

b) Mayores de 33 años.

Estado socioeconómico.

Peso:

a) Subnormal 45.500kg. o menos.

b) Excesivo 91 kg. o más

Antecedentes patológicos.

-Enfermedad hipertensiva crónica

-Nefropatías

-Diabetes

-Enfermedad tiroidea

-Enfermedades cardiacas, vasculares

-Pacientes no izoinmunizadas

-Toxemias anteriores -Preeclampsia

-Eclampsia

-Anémias

-Farmacodependientes

-Embarazos multiples

-Rayos X en el primer trimestre

-Alteraciones psiquiatricas. " (5)

5.-KARCHNER, K Samuel; Opcit. p.56

EDADES OPTIMAS PARA EL EMBARAZO.-

Las capacidades exigidas a un organismo hacia un comportamiento o trabajo determinado; es decir el grado de capacidad para poder desarrollar una función, esta determinada por el grado de madurez del mismo.

"Pero alcanzar la capacidad para realizar una función no supone poder ejecutarla con máxima eficiencia y en materia de reproducción humana, debe pugnarse porque la gestación suceda en la etapa de vida de la mujer que coincida con su madurez reproductiva." (6)

En relación a la edad favorable para la gestación nos mencionan varios autores:

La edad 22(+), 35(+), como edades standar.

Hablando de la extrema juventud.

"En este período es cuando espectos tales como los mecanismos metabólicos homeostáticos, las condiciones nutricionales y aun la disposición anímicos de la mujer pueden alcanzar su plenitud y producir frutos óptimos.

La extrema juventud supone no un completo desarrollo, menor capacidad de trabajo orgánico." (7)

"La edad avanzada obstétricamente hablando, mayores de 33 años resulta peligrosa por las posibles patologías que pudo haber desarrollado la paciente durante su vida (hipertensión arterial, obesidad, problemas por rigidez tisular)" (8)

6.- ALTERRIBA Esteban Opcit p. 14

7.- IDEM p. 20

8.- IDEM p.21

Así como padecimientos que han estado asintomáticos y por el embarazo rebasan el horizonte clínico.

IMPORTANCIA DEL NIVEL SOCIO-ECONÓMICO DURANTE EL EMBARAZO

El nivel socio-económico es un factor determinante - que afecta a toda existencia humana durante su desarrollo-biosico-social.

Si este factor es primordial para cualquier individuo tiene una importancia mayor, cuando una mujer cursa la gestación.

"Influye en la nutrición, educación, habitación y paridad de las embarazadas, así como en sus actitudes respecto a la asistencia médica." (9)

Hablando en relación con las jóvenes gestantes, podemos decir que en su mayoría son personas no económicamente activas y muchas de ellas madres solteras que no cuentan con apoyo económico y no pueden acudir al médico, por consiguiente no tienen una buena atención médica prenatal.

Ahora hablando de las gestantes mayores de edad.

"No están acostumbradas a solicitar asistencia médica en casos no urgentes. Como el embarazo es un acontecimiento común para ellas, no comprenden la necesidad de una atención médica prenatal a menos que se presente un problema grave" (10)

9.- BETHKA C, Doris ENFERMERIA MATERNO INFANTIL Ed. Interamericana p. 102.

10.- IDEA p.102

Como consecuencia, estos dos grupos con los factores predisponentes citados, son los que con mayor facilidad desarrollan un embarazo de alto riesgo y por consiguiente un puerperio de alto riesgo.

DIAGNOSTICO CONTROL Y PREVENCIÓN
DEL EMBARAZO DE ALTO RIESGO.

Para realizar el diagnóstico de un embarazo de alto riesgo, debemos de recordar lo siguiente. Sabemos que el embarazo es una sobrecarga para todos los aparatos y sistemas se ven más exigidos en relación a su funcionamiento durante el mismo.

Además de este aumento en las exigencias orgánicas, existen factores predisponentes, (biológicos, patológicos, socio-económicos) que son desencadenantes del embarazo de alto riesgo, " siendo ésta la patología en la que existe mayor número de pérdidas tanto maternas como fetales "(11) y en este aspecto radica la importancia de dar una mejor atención médica prenatal a toda la población gestante, pero enfatizando en aquellas pacientes portadoras de alto riesgo.

En esta atención médica prenatal se tomará en cuenta a la clínica, exámenes de laboratorio, monitoreos maternos - fetales etc.

11.- Asociación Mexicana de Gineco-Obstetricia. CURSO DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO.

Se dará orientación a la paciente acerca de los signos-
y síntomas de alarma para que acuda a la institución de -
salud más cercana.

P U E R P E R I O

CONCEPTO DE PUERPERIO FISIOLÓGICO

Durante la práctica y enseñanza de la Obstetricia el puerperio es el período del embarazo menos considerado.

Se considera como el período que inicia después del alumbramiento y termina cuando el aparato genital femenino ha retornado a sus condiciones normales fuera de la gravi-dez, su duración aproximada es de 4 semanas.

Se clasifica como:

- 1.- " Puerperio inmediato, las primeras 24 horas.
- 2.- Puerperio mediato, los siguientes 10 días.
- 3.- Puerperio alejado, 40 días después.
- 4.- Puerperio tardío, más de 40 días. " (12)

CAMBIOS FISIOLÓGICOS

UTERO: el miometrio sufre frecuentemente contraccio -nes enérgicas post-alumbramiento ayudando a la compresión de los vasos del lecho placentario, produciendo hemostasia hasta llegar a la trombosis de dichos vasos.

El útero disminuye rápidamente de volumen después del parto, hasta llegar a un peso de 500g. una semana más tar -de.

Esta disminución continúa de manera que " el útero ya no es palpable en la cavidad abdominal, después de dos semanas y a las seis semanas ha recuperado su peso y dimensión de no gravidez " (13)

12.- Asociación de Gineco-Obstetricia. Opcit

13.- BERKUMITZ L, Richard. CLINICAS DE PERINATOLOGIA, EMBARA
ZO DE ALTO RIESGO. p. 1005

A la exudación uterina post-alumbramiento se le llama loquios, durante los primeros días contienen sangre fresca y decidua necrótica loquios hemáticos, siguiéndole loquios serosos y casi al final se encuentran loquios albos o blancuecinos.

CERVIX UTERINO.-

El cierre del orificio cervical post-parto es lento, - al inicio del puerperio admite con facilidad a dos dedos - y al finalizar su primera semana difícilmente se llega a - introducir un dedo.

GLANDULAS MAMARIAS.-

Se presentan cambios puerperales durante el segundo - y el cuarto día, las glandulas mamarias se ingurgitan aumen - tando su volúmen, cambio de coloración causado por el aumen - to de la vascularización, pigmentación areolar aumentada e hipersensibilidad y secreción de calostro.

VIAS URINARIAS.-

Se observa en la vejiga puerperal aumento en su ca - pacidad y relativa insensibilidad a la presión de líquido - intravesical.

Los ureteres y pelvis dilatadas vuelven a sus dimen - siones normales en 4 semanas después aproximadamente.

HEMÁTICOS.-

" La hemoglobina, hematocrito y recuento eritrocita - rio varía considerablemente durante los primeros días des -

pués del parto. " (14)

El volúmen sanguíneo habrá alcanzado niveles fuera -- de la gravidez en una semana después del parto.

CONCEPTO DE PUERPERIO DE ALTO RIESGO.--

" La enseñanza en Obstetricia, debe enfocarse hacia -- los peligros fisiológicos del puerperio. "(15)

La definición de puerperio de alto riesgo es la sigui -- ente: Es el período post-alumbramiento, en el cual se pre -- sentan factores fisiopatológicos que favorecen la presen -- cia de lesión, incapacidad o muerte de la mujer

DIAGNOSTICO Y PREVENSIÓN

DEL PUERPERIO DE ALTO RIESGO.

El estado que guarda la mujer durante el puerperio, - está directamente relacionado con la atención recibida des -- de el inicio del embarazo, hasta la realización del parto. -

" En efecto, las complicaciones que se presentan duran -- te este período son el producto de alteraciones que se -- dan durante el parto y éstas por lo general consecutivas -- a situaciones previsibles durante la gestación. " (16)

Con la atención prenatal se pueden evitar todas o -- gran parte de las causas que incrementan la infección y la hemorragia, las cuales son todavía principales causas de -- complicaciones durante el puerperio.

14.- HELLINAN M, Louis. OBSTETRICIA p. 553

15.- BERKUMITZ L, Richard. Oncit p.448

16.- VALDEBRAIN B, Pedro COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y PUER -- PERIO; SU IMPORTANCIA EN LA ORGANIZACION DE UN SERVICIO -- DE OBSTETRICIA P.53

PRINCIPALES COMPLICACIONES
DURANTE EL PUERPERIO

PRINCIPALES COMPLICACIONES, DURANTE EL PUERPERIO DE ALTO RIESGO EN PACIENTES MENORES DE 20 AÑOS.

CUADRO #1

COMPLICACIONES	Fo	%
ANEMIA	4	30.100
ENDOMETRITIS (POST-CESAREA)	2	19.050
PREECLAMPSIA (LEVE-SEVERA)	6	41.905
TROMBOFLEBITIS PROFUNDA	1	8.429
TOTAL	13	100.00%

FUENTE; 13 Pacientes menores de 20 años con nivel socio-económico medio-bajo.

Instituto Nacional de Perinatología Diciembre-82

PRINCIPALES COMPLICACIONES DURANTE EL PUERPERIO DE ALTO
RIESGO EN PACIENTES MAYORES DE 33 AÑOS.

CUADRO # 2

COMPLICACIONES	Fo.	%
HIPERTENSION ARTERIAL CRONICA	3	24
INSUFICIENCIA VENOSA	2	17
PREECLAMPSIA SEVERA	4	30
ECLAMPSIA	2	21
ANEMIA	1	8
TOTAL	12	100.00%

FUENTE: 12 Pacientes mayores de 33 años con nivel socio-económico medio-bajo.

Instituto Nacional de Perinatología Diciembre-82

DESCRIPCION DE DATOS.-

Las principales complicaciones mencionadas en los cuadros 1 y 2, son las que se presentaron en las pacientes -- que cursaron un embarazo de alto riesgo.

Pero no se perdieron de vista a aquellas que aparentemente cursaron sin problemas el embarazo, pero tenían los -- antecedentes predisponentes de alto riesgo y llegaron a -- presentar en cierto momento alguna complicación.

Se incluye la investigación sobre hemorrágia post-par-- to, que aunque no aparece como una de las principales com-- plicaciones fue un factor predisponente para la aparición de infección puerperal.

HEMORRAGIA POST-PARTO.-

" Es la pérdida de sangre, mayor a 500ml. durante la 3a. fase del parto o después de ella." (17) Es una de las principales causas de mortalidad materna junto con la infección.

CAUSAS INMEDIATAS.-

- 1.- Hipotonía uterina.
- 2.- Traumatismo en el canal del parto.
- 3.- Retención placentaria.
- 4.- Transtornos hemorrágicos.

1.- HIPOTONIA UTERINA.-

Implica trabajo ineficaz, en la actividad de contracción del músculo uterino (mimitrio) y por consiguiente la incapacidad de comprimir a los vasos sanguíneos en el lugar de implantación placentaria.

PUEDE SER CAUSADO POR:

-Agotamiento muscular, secundaria a partos prolongados y/o abusos de occitócicos.

-Malformaciones uterinas, fibromas, cicatrices anteriores, úteros de múltiparas.

-Productos macrosémicos, polidramnios.

-Anestesia relajante.

2.- TRAUMATISMOS EN EL CANAL DEL PARTO.-

La episiorrafía, los desgarros vaginoperineales así -

17.- MERCK, Sharp. EL MANUAL MERCK p. 1027

como la ruptura de várices perineales van acompañadas de un sangrado continuo poco abundante

Laceraciones uterocárvicovaginales producen un flujo rojo brillante.

3.- RETENCIÓN PLACENTARIA.

Es la falta del total desprendimiento de los fragmentos placentarios en cavidad uterina post-alumbramiento.

TIPOS DE PLACENTA:

- Placenta Acreta:

Se da este término a cualquier implantación placentaria en la cual las vellosidades invaden parte del miometrio.

- Placenta Increta:

Las vellosidades invaden al miometrio

- Placenta Percreta: atreven al miometrio.

4.- TRASTORNOS HEMORRÁGICOS.-

Para la adecuada hemostasia, se requiere la función conjunta de factores vasculares, de plaquetas y plasmáticos.

" Las anomalías en cualquiera de estos componentes o la presencia de inhibidores circulantes afectan al proceso de la coagulación y a la capacidad de controlar la hemorragia." (18)

CLINICA.-

En un útero hipotónico o el que ha retenido restos placentarios encontramos a la palpación, un útero subinvolu

cionado se puede encontrar a nivel de la cicatriz umbilical, blando, doloroso y con salida de sangre oscura con coagulos.

Cuando encontramos que hubo un traumatismo en el canal del parto se observa un útero bien contraído y la salida de sangre roja brillante.

Pudiendo llegar a presentar la paciente sintomatología de shock hipovolémico.

SINTOMATOLOGIA.-

Hipotensión, taquicardia, disminución de la sensibilidad, piel fría y húmeda. " Estos síntomas dependen de una disminución del gasto cardiaco y el desencadenamiento subsiguiente de mecanismos compensatorios destinados a desviar sangre hacia el corazón y cerebro. " (19)

TRATAMIENTO PREVENTIVO.-

" Es útil la corrección antepartum; de anémias, reconocimiento de hidramnios, gestación múltiple o una historia de hemorragia. " (20)

TRATAMIENTO.-

- 1.- Masaje del fondo uterino.
 - 2.- Administración de occitocicos.
 - 3.- Inspección de cuello, vagina y labios.
 - 4.- Exploración del útero en busca de productos retenidos
- 1.- MASAJE DEL FONDO UTERINO-ADMINISTRACION DE OCCITOCICOS

Con una mano en la vagina oprimiendo el fondo ante

19.- BERKUMITZ L, Richard Opcit p.1013

20.- MERCK, Sarp Opcit p.1027

rior del útero y con la otra mano sobre el abdomen, ejerciendo presión sobre la pared posterior del útero.

Se iniciará simultáneamente con este procedimiento la administración de 20 unidades de occitocina, diluidas en solución intravenosa. Y continuar posteriormente con la vigilancia del fondo uterino, signos vitales y características de los loquios.

2.- INSPECCION DE CUELLO, VAGINA Y LABIOS.

Se revisará el canal de parto en busca de desgarros, y dependiendo de los hallazgos encontrados se trasladará a la paciente para su tratamiento, en la unidad de tococirugía.

3.- EXPLORACION DEL UTERO EN BUSCA DE PRODUCTOS RETENIDOS.

Si el sangrado proviene de la cavidad uterina y se encuentra subinvolucionado el útero, se realizará la revisión de la cavidad uterina en la unidad de tococirugía.

Continuaremos este procedimiento con la revisión del fondo uterino, características de los loquios y control de la temperatura en busca de posibles complicaciones infecciosas.

INFECCION PUERPERAL.-

" Se presume que hay infección puerperal, cuando la temperatura corporal está elevada a 39° C o más durante 2 días sucesivos cualesquiera después de las 24 horas postparto " (21)

La cavidad uterina post-alumbramiento tiene una amplia superficie y rico sistema vascular, preparado para ser fácilmente invadido por agentes patológicos causando la forma más común de infección puerperal, la cual se relaciona primordialmente con el endometrio.

Los factores predisponentes son: anemias, desnutrición ausencia de atención médica prenatal, ruptura prematura de membranas, tactos vaginales repetitivos, hemorragia post-alumbramiento.

Las mujeres sometidas a operación cesárea, tienen una mayor proporción de morbilidad infecciosa, en relación con las pacientes que tuvieron un parto.

" La cesárea es el factor aislado más importante que predispone a las mujeres a un aumento no solo de la frecuencia sino también de la gravedad de la infección puerperal. " (22)

Durante el examen físico se detectará fiebre, escalofrío, cefaléa, taquicardia, hipersensibilidad de abdomen y de herida quirúrgica, loquios purulentos fétidos, disminución -

21.- MERCK, Sharp. Opcit p. 1026.

22.- BERKOWITZ L, Richard Opcit p. 1032

del peristaltismo, anorexia y en estados más severos se registra ataque al estado general.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.-

La paciente debe ser sometida a un exámen completo para determinar la existencia de posibles causas extrapélvicas productoras de fiebre y así poder dar un diagnóstico de infección puerperal mas exacto.

OTRO TIPO DE INFECCIONES PUERPERALES.-

Infección de vías urinarias:

Para detectarla, se vigilará la aparición de disúria, dolor a nivel costovertebral, polaquiúria, fiebre.

Flebitis:

Se inspeccionarán las extremidades pélvicas vigilando su color, temperatura y sensibilidad.

Mastitis:

Suele iniciarse, durante la segunda y tercera semana del puerperio con la aparición de dolor localizado en la mama, aumento en su color, temperatura y sensibilidad así como la aparición de fiebre.

Dehiscencia de herida:

Dehiscencia de herida quirúrgica, se entiende como la separación gradual de los bordes de la herida causada principalmente por procesos infecciosos.

Diagnostico:

Se someterá a la paciente a exámenes de laboratorio, -

B.H., Q.S., hemocultivos de loquios, de secreciones de la herida quirúrgica, exámen general de orina y urocultivo.

Medidas preventivas:

El tratamiento en la infección puerperal se iniciará desde el nivel preventivo. Educando a la futura madre sobre los hábitos higienico-dietéticos, orientándola sobre la importancia de acudir a las citas de atención médica prenatal y durante el puerperio indicarle los cuidados que debe tener en su herida quirúrgica, (episiorrafía y/o cesárea) haciendo mención de la importancia que tiene la deambulación precoz y la extracción temprana de leche.

Tratamiento:

Quando existe la instalación franca de un cuadro de infección puerperal, aislaremos a la paciente y se iniciará antibioticoterapia. " Con penicilina sódica cristalina de 30 a 40 millones de unidades al día y 2 gr. de cloranfenicol por vía intravenosa o ampicilina parenteral 50mg. -- por kg. de peso en 24 hrs. " (23)

Se llevará a cabo una revisión de la cavidad uterina y si el sangrado continúa siendo importante se canalizarán abscesos y se realizarán curaciones de la herida quirúrgica, en caso necesario la reposición sanguínea y el control de líquidos y electrolitos.

En los casos graves que no ceden a este tratamiento se considera la posibilidad de histerectomía.

23.- Instituto Nacional de Perinatología NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DE OBSTETRICIA p. 239

PREECLAMPSIA.-

La toxemia gravídica es un conjunto de síntomas que frecuentemente pueden llegar a complicar el estado grávido puerperal, se suele presentar al final del embarazo y aun en el puerperio inmediato. Con la siguiente trílogía:

- a) hipertensión arterial
- b) edema
- c) proteinúria

" La susceptibilidad es más elevada en cada extremo de la escala de edades. " (24)

Factores predisponentes:

La mala atención médica prenatal, edad, estado socio-económico.

Clasificación de preeclampsia (Comité Americano de la Salud Materna).

Aparece después de la semana 24 de gestación.
1.- " Toxemia aguda del embarazo "

a).- Preeclampsia 1.- Leve

2.- Severa o grave

b).- Eclampsia (cuadro complicado por la aparición de convulsiones) " (25)

Criterio de diagnóstico.-

Preeclampsia:

Se explica la aparición de preeclampsia leve cuando después de la semana 24 de gestación aparecen dos o más

24.- HELLIMAN M., Louis. Opcit p. 550

25.- Instituto Nacional de Perinatología. Opcit p. 66

signos como son:

a) Presión sistólica de 140 mmHg. o más de 30 mmHg. por --
arriba de la cifra habitual.

b) Presión diastólica de 90 mmHg. o más de 15 mmHg. de la-
cifra habitual.

c) Proteinúria de 1 gr. por litro y la aparición de edema.

Tratamiento.- Asistencia en la preeclampsia leve.

- Reducir la actividad física, alternando con reposos en -
cama.

- Dieta adecuada hiposódica e hiperprotéica.

- Vigilar las cifras tensionales y la sintomatología vascu-
loespasmódica.

- Sedantes del tipo del diacepam 5 mg. vía oral 3 al día --
Preeclampsia severa.-

a) "Tensión arterial sistólica de 160 mmHg. o más .

b) Tensión arterial diastólica de 110 mmHg. en forma repe-
tida.

c) Proteinúria de más de 3 gr. por litro.

d) Edema acentuado.

o

a) Tensión arterial de 180 mmHg. o más en forma repetida --

b) Proteinúria de 5 gr. por litro.

c) Edema generalizado. " (26)

Tratamiento.-

Hospitalización: aislamiento a estímulos externos, reposo --

26.- Instituto Nacional de Perinatología. Opcit p.67

relativo o absoluto dependiendo del estado general.

- Dieta hiposódica e hiperproteíca.

- Cuantificación de diuresis.

- Sedación: diazepam por vía oral o intramuscular a dosis de 10 mg. 3 al día.

- Antihipertensivos: Alfametildopa 500 a 1000 mg. y posteriormente dosis de mantenimiento 250 a 500 mg. C/6 o C/8hr junto con esto se iniciará curva de tensión arterial to -- mándola cada dos hrs.

En este grupo de pacientes es conveniente detectar -- aquellos casos de mayor gravedad, que pueden quedar incluidos bajo la denominación de Preeclampsia muy grave o inminencia de eclampsia ; con los siguientes datos.

- a) Tensión arterial sistólica mayor de 185 mmHg. con diastólica mayor de 110 mmHg.
- b) Proteinúria mayor de 10 gr./litro.
- c) Estado de estupor, sin llegar a la inconciencia.
- d) Nauseas y vómito.
- e) Dolor en barra, en epigástrico.
- f) Pérdida total o parcial de la visión.
- g) Cefalea frontal muy intensa.

Por la gravedad que reviste este cuadro se deben manejar a este tipo de pacientes como eclámpticas.

ECLAMPSIA.-

La eclampsia es un cuadro agudo caracterizado por la presencia de convulsiones clónico-tónicas, secundarias a un cuadro hipertensivo que se agrava durante el período grávido-puerperal.

Por la gravedad de este cuadro, el tratamiento se dará en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Tratamiento.-

- Aislamiento a estímulos externos, reposo absoluto en cama - con birandales.
- Permeabilidad de vías respiratorias.
- Sedación.
- Canalización de vena mediante un cateter venoso central.
- Sonda foley abierta a permanencia y cuantificación de diuresis horaria.
- Abrir hoja de enfermería para control de signos vitales - y de líquidos.

VASODILADORES Y ANTIHIPERTENSIVOS-

- a) Clorpromazina 12.5 mg. intramuscular C/12 hr. con la - monitorización de la tensión arterial cada 15 o 30 min.
- b) Hidralazina si la presión diastólica supera los 110mmHg. se administrarán 5 mg. intravenosa como dosis respuesta, - controlando la tensión arterial cada 15 minutos así hasta - los 30 minutos si no descienden las cifras se administra -

rán otros 10mg. intravenosa y se continuará con el control de la tensión arterial. "El efecto deseado se alcanza -- siempre de 5 a 20mg. de hidralazina." (27)

Interrupción del embarazo.-

Se realizará la interrupción del embarazo, cuando la - paciente se encuentre estable en sus cifras tensionales, - posterior a un tratamiento hospitalario. La vía en la - que se debe de terminar el embarazo dependerá de las condi - ciones cervicales, si no es posible terminar por vía vaginal, se concluirá por cesárea.

Post-Parto.

Es normal que se presente una rápida mejoría durante - el período post-parto, pero no es así en todas las ocasio - nes.

"La eclampsia puede aparecer en cualquier momento du - rante las primeras 24 hrs. después del parto." (28)

Por esta razón, debemos de extender la atención aun du - rante el puerperio en la Unidad de Cuidados Intensivos si - tenemos antecedentes de que la paciente ha presentado cua - dro hipertensivo en el embarazo actual y aun en los ante - riores.

Medidas preventivas.-

Las principales son: detectar a las pacientes de Alto Riesgo con un interrogatorio que incluya;

27.- HELLIMAN M, Louis Op cit p. 560

28.- IDEM p. 555

- Edad, nivel socio-económico, atención médica prenatal, antecedentes hipertensivos crónicos y/o hipertensivos en embarazos anteriores. Enviando a este grupo de pacientes a los servicios médicos correspondientes.

Cuando la paciente cae en un cuadro de preeclampsia, nuestro principal objetivo es el evitar la inminencia de eclampsia y aun la eclampsia misma. Por la importancia que existe en evitar este cuadro debemos dar una buena atención vigilando a la paciente en busca de cualquier exacerbación al cuadro clínico.

HIPERTENSIÓN CRÓNICA AGREGADA AL EMBARAZO.-

Para diagnósticas que existe un cuadro hipertensivo crónico agregado al embarazo, podemos partir desde el interrogatorio que incluya: la edad, historia de hipertensión previa al embarazo, aparición de hipertensión anterior a la semana 24 de gestación y aun su persistencia en periodos post-parto.

Las mujeres con un historial de hipertensión crónica a menudo, cuando se presenta el embarazo responden ante él con un síndrome de " hipertensión crónica con preeclampsia intercurrente. " (29)

Hay parámetros los cuales nos ayudan para poder saber si se ha incurrido en este cuadro (preeclampsia intercurrente).

29.- HELLIMAN M, Louis Op cit p. 541

- a) Pruebas de que la paciente esta padeciendo hipertensión crónica por las valoraciones previas y la aparición de sintomatología váculo-espasmódica.
- b) Aumento de la presión sistólica hasta 30mmHg. o más proteinúria y edema.

"La preeclampsia que aparece en pacientes crónicas hipertensas probablemente se desarrolle pronto y puede evolucionar hasta eclampsia." (30)

INSUFICIENCIA VENOSA - TROMBOFLEBITIS.-

Las varicosidades: son el resultado casi en su totalidad de una predisposición congénita, aumentando su sintomatología cuando se permanece de pie, durante el embarazo y - la edad avanzada.

" Por lo general adquieren un mayor desarrollo a medida que avanza la gestación, aumentando el peso y se prolonga el período de tiempo de permanencia de pie. " (31)

SINTOMATOLOGIA.-

Varían desde la aparición de manchas en las extremidades inferiores, acompañadas de un ligero malestar que se acentúa por las tardes, el cual requiere de reposo prolongado con los pies elevados.

TRATAMIENTO.-

Se trata mediante analgesia, ayuda elástica y reposo con la elevación de las piernas.

TROMBOFLEBITIS PROFUNDA.-

La sintomatología de la tromboflebitis profunda puerperal de miembros inferiores, va a depender del grado de oclusión y la respuesta inflamatoria.

SINTOMATOLOGIA

Dolor de variable intensidad acompañado de edema a nivel de piernas y muslos.

" El espasmo arterial reflejo provocado en ocasiones,

31.- HELLIMAN M, Louis Opcit p. 755

una extremidad pálida y fría con disminución de las pulsaciones . " (32)

Esta sintomatología en raras ocasiones se observa durante la tromboflebitis profunda.

TRATAMIENTO

El tratamiento consiste en la administración de heparina intravenosa a dosis de 5.000 a 7.500 U. C/4 hrs. (con la continua vigilancia del tiempo de coagulación), descansos en cama y analgesia.

Ya que la sintomatología ha cesado por completo, debe iniciarse la deambulacion graduada, las extremidades inferiores deben tener un vendaje elastico compresivo hasta los muslos, continuaremos observando la coloracion, temperatura y sensibilidad de la extremidad afectada.

La paciente que ha presentado este trastorno por vez primera, o no existe evidencia de enfermedad vascular cronica y permanece asintomatica durante los primeros dias ambulatorios se retirara el tratamiento anticoagulante, si no es asi se continuara la terapeutica anticoagulante ambulatoria.

MEDIDAS PREVENTIVAS EN LA TROMBOFLEBITIS.

Si se trata de una paciente la cual se conoce con sintomatologia venosa anterior el embarazo, debemos desper-

tar en ella el interes para que acuda al médico y continúe o inicie su tratamiento, daremos a conocer la serie de problemáticas a las que puede llegar si no es tratada adecuadamente.

Indicaremos que durante el embarazo se deben evitar el uso de ligeros y aumentar los descansos con la elevación de las piernas.

Durante el período del puerperio inmediato, se bajarán las piernas de las pierneras con cuidado dandoles inmediatamente un masaje para favorecer el retorno venoso ya que la posición del parto (ginecológica) favorece la éstasis venosa, debemos de insistir que camine tempranamente si sus condiciones lo permiten.

ANEMIA.-

La anemia se define como la reducción importante de las cifras normales en la concentración de eritrocitos y hemoglobina (sustancia protéica que contiene hierro, agente que colorea a los eritrocitos) por 100 ml. de sangre.

CIFRAS NORMALES

HEMOGLOBINA	13.5 - 17 g/100ml. de sangre.
HEMATOCRITO	45 - 50 % en 100ml. de sangre.

La hematopoyesis solo se realizará normalmente cuando hay ingestión adecuada de una dieta balanceada (proteínas calorías, ácido fólico, vitamina B₁₂).

CAMBIOS EN LA CONCENTRACION

DE ERITROCITOS Y HEMOGLOBINA.-

Durante el embarazo el aumento del volumen total de eritrocitos es menor en proporción al aumento de volumen plasmático, la concentración de hemoglobina disminuye en una proporción similar, esta diferencia de concentraciones durante el embarazo se conoce como " Anémia Fisiológica "

DETECCION DE ANEMIA

DURANTE EL EMBARAZO.-

Durante el puerperio la concentración de la hemoglobina y hematocrito es variable y esta variabilidad se encuentra directamente en proporción con el estado que guarda la paciente antes del embarazo, durante el mismo y aumentando-

este estado el grado de hipovolemia producido durante el parto.

El riesgo de detectar anemia durante este período aumenta si las pacientes son menores de edad y este riesgo estará en relación con las mayores necesidades nutricionales exigibles por el organismo propio del crecimiento y desarrollo.

Si a todas estas exigencias del organismo, se aumentan las demandas adicionales nutritivas propias del embarazo y sin contar con una dieta adecuada, se puede llegar a comprometer su potencial de crecimiento y aumentar el riesgo durante el estado grávido-puerperal.

MEDIDAS PREVENTIVAS.

-Las medidas preventivas iniciarán desde la educación higiénico-dietéticas que se les dé a toda la población y en éste caso a las mujeres, tanto en edad gestante como antes de ésta.

-atención médica prenatal, regular para detectar problemas anémicos y dar tratamiento.

✓ Durante el puerperio se tomarán muestras para B.H. en las primeras 24 hrs. y dependiendo de los resultados encontrados iniciarán tratamiento antianémicos.

EDUCACION SEXUAL

EDUCACION SEXUAL.--

" El tema de la educación sexual ha sido difícil y objeto de muchas discusiones, quizá porque se refiere a disciplinas divergentes que guardan estrecha relación y que la experiencia demuestra no pueden separarse. " (33)

Estas disciplinas son, la educación sexual y la educación de la sexualidad.

EDUCACION SEXUAL

La instrucción sexual es estrictamente científica y objetiva: se refiere a aspectos anatómo-fisiológicos y biológicos de la reproducción, incluyendo principalmente la posible formación de la familia y la responsabilidad de llevar un método anticonceptivo.

EDUCACION

DE LA SEXUALIDAD.--

La educación de la sexualidad, por otra parte lleva implícita a la ética, moral, política, economía " y todos aquellos procesos relacionados con el entrenamiento del individuo para comprenderse a sí mismo como ser sexual." (34)

La educación más eficaz para la sexualidad es el ejemplo que dan los padres a quienes los sustituyan en el hogar, hacia sus hijos.

El objetivo de ésta educación es :

" Lograr el desarrollo de un individuo que acepta la-

33.-- NOVAK R, Jones TRATADO DE GINECOLOGIA p. 718

34.-- IDEM p. 718

plena responsabilidad de sus acciones ,no sólo para si mismo sino para los demás. " (35)

Así creo que esta educación debe ser dada en conjunto con los padres,maestros,personal médico,etc. los cuales -- deben tener ideas y objetivos afines,con el fin de no crear confusión.

Junto con todos estos aspectos es importante incluir la planificación familiar.

" Si pudieramos desarrollar a la sociedad según esta base lograríamos la mejor situación para una educación sexual ideal con padres amantes,creando un hogar amoroso y feliz. "(36)

35.- NOVAK R,Jones Opcit p. 722

36.- IDA. p.725

PLANIFICACION FAMILIAR

IMPORTANCIA DE LA EDUCACION QUE IMPARTE EL PERSONAL DE
ENFERMERIA EN RELACION CON LA;
PLANIFICACION FAMILIAR.-

Al hablar del tema: Embarazo de alto riesgo y conocer la serie de complicaciones y limitaciones que pueden llegarse a presentar en determinado momento de la gestación, puerperio y durante embarazos posteriores, nos hace recaptar en la importante relación que existe entre el embarazo y la planificación familiar.

Encontramos que durante el puerperio la paciente, esposo y/o compañero tienen escasa o nula orientación acerca de la planificación familiar. Así también observar que durante la práctica asistencial los médicos enfocan su atención al nivel asistencial, pero escasamente al nivel preventivo.

A las pacientes que han presentado un embarazo de alto riesgo o posean factores desencadenantes del mismo, se les debe de dar una amplia información y comentarlo también con el esposo y/o compañero, para que conozcan las causas que lo provocaron. Si no les damos información suficiente nunca van a saber que tan grave fue su estado de salud y mucho menos se imaginarán que pueden volverlo a presentar, en embarazos posteriores.

Por ésta razón, es importante que la información sea dada - por un personal capacitado que conozca y entienda la magni tud que encierra esta problemática de salud.

Para cumplir con esta tarea de información se cuenta con la colaboración del personal de enfermería, el cual es de mucha ayuda por el tipo de relación que guarda con cada una de las pacientes. Dicho personal debe aprovechar ésta situación para despertar en cada una de ellas, la respon sabilidad que lleva el volverse a embarazar en tales cir cunstancias y tomen en cuenta las sugerencias acerca de la planificación familiar.

Tenemos un compromiso nosotros miembros de un equipo de salud, de preservar la vida en sus mejores condiciones - orientando y educando a las pacientes para que espacien - sus embarazos o los evitan en definitiva, dependiendo de ca da caso. Y así contribuiremos para que la relación del - binomio madre e hijo nunca rompa su armonía y la madre se encuentre en buenas condiciones de vida para cuidar de - ella y su bebe.

METODOS. ANTICONCEPTIVOS

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.-

- 1.- Los anticonceptivos orales.
- 2.- Los contraceptivos inyectables.
- 3.- Los dispositivos intrauterinos.
- 4.- Las técnicas de barrera locales físicas y/o químicos.
- 5.- Esterilización.- Vasectomía

O.T.B.

- 6.- Abstinencia periódica.

1.- CONTRACEPTIVOS ORALES

" Tanto para prevenir la inducción de la ovulación como para ayudar a reconocer la existencia de un embarazo precoz, se recomienda generalmente que las mujeres comiencen a emplear los anticonceptivos orales al quinto día del ciclo menstrual. Muchas mujeres no obstante comienzan a emplearlos después del parto o de un aborto, antes que la menstruación retorne de manera espontánea.

Si su empleo se inicia en otros momentos que no sea durante o inmediatamente después de un ciclo menstrual normal o en el plazo de tres semanas después del parto, deben utilizarse otros métodos de control del nacimiento a lo largo de la primera semana. " (37)

2.- CONTRACEPTIVOS HORMONALES INYECTABLES.

" Las ventajas del acetato de medroxiprogesterona depot con una efectividad contraceptiva comparable a la de -

los contraceptivos orales combinados, una acción de larga -
duración con requerimientos de inyección solamente de 2 o-
4 veces al día. " (38)

3.- DISPOSITIVO INTRAVAGINAL

" En general los dispositivos son de dos tipos:

- 1) Aquellas que parecen químicos por ser hechos de un mate-
rial no absorbible, la mayoría a menudo de polietilena im-
pregnada con sulfato de bario para la radiopacidad.
- 2) Aquellos en los que existe una elución más o menos con-
tínua a partir del dispositivo de una substancia química -
activa como el cobre o un agente progestacional. "(39)

4.- METODOS DE BARRERA LOCAL.

PRESERVATIVO:

Se aplica durante la erección de pene.

DIAPHRAGMA VAGINAL:

Consiste en una cúpula circular de goma con varios -
diámetros apoyada en un anillo de metal, se utiliza conti-
nando espuma espermaticidas.

5.- ESTERILIZACION

Salpingoclasia:

La operación puede ser afectuada en cualquier momento -
pero a principios del puerperio, es un momento particular-
mente conveniente a casusa de que el fondo uterino se en-
cuentra cerca de la cicatriz umbilical y los conductos son

38.- LOUIS p. 634

39.- LOUIS p. 635

accesibles por debajo de la pared abdominal inferior, durante la primera semana después del parto. (la resección de las trompas de Falopio)

VASECTOMIA

A través de una pequeña incisión a nivel del escroto, se interrumpe la luz del conducto deferente y bloquear el paso del espermatozoide.

6.- ABSTINENCIA PERIODICA

Con la toma de la temperatura basal " durante 6 meses o de preferencia de un año " (40) . Se observa que existe una ligera elevación de la temperatura a mitad del ciclo que coincide con la ovulación y el estado fértil de la mujer. En resumen para que el método sea aceptable hay que limitar los coitos en la etapa posovulatoria, tomando en cuenta que el ovulo tiene de vida aproximada de 24 hrs. y el espermatozoide en las vías genitales femeninas es de 72 hrs.; pero para mayor validez debe evitarse 3 o 2 días antes de la ovulación esto en pacientes normorreicas.

PLAN

DE

ATENCION DE ENFERMERIA

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

En pacientes con preeclampsia severa.-

1.- Problema

Hipertensión arterial

1.1 Manifestaciones

- Aumento en las cifras tensionales de 160/110, 180/110 mmHg. en forma repetitiva.
- Presencia de sintomatología vasculo-espasmódica (cefaléa, acúfenos, fosfenos)

1.2 Razón científica

- La hipertensión arterial es consecuencia de la vasoconstricción arteriolar generalizada, con aumento de la resistencia periférica vascular.

Clasifican a la preeclampsia con base en las cifras tensionales que se encuentra: manejando la paciente.

Las cifras para ser preeclampsia severa son:

sistólica de 160/180 mmHg.

diastólica de 110 mmHg. en forma repetitiva.

- Las pacientes que presentan sintomatología vasculo-espasmódica (cefaléa, acúfenos, fosfenos) se encuentran en un estado avanzado, sobre todo las cefaléas de predominio frontal. Todo éste cuadro es consecuencia de los espasmos vasculares cerebrales o de anoxia, desencadenados por la vasoconstricción

generalizada causante de la hipertensión arterial.

1.3 Necesidades

- Control de las cifras tensionales.
- Ambiente tranquilizante evitando estímulos externos

1.4 Acciones de enfermería

- Se trasladará a la paciente a un cuarto con aislamiento a estímulos externos (auditivos y/o visuales)
- Cama con barandales en posición de semifowler.
- Se iniciará la toma , valoración, registro y control de signos vitales horario.
- Administración de medicamentos
 - Clorpromazina 12.5 mg. intramuscular C/12 hrs.
 - Hidralazina 50 mg. Vía oral C/8 hrs.
 - Alfametildopa 500. mg. Vía oral C/6 hrs.
- Dependiendo del estado general de la paciente y las cifras tensionales que maneje, se suspendera la clorpromacina no así los antihipertensivos.
- Iniciará dieta líquida continuando con hiposódica.
- Reposo relativo.

1.5 Fundamentos de las acciones de enfermería

- A este tipo de pacientes se les debe proporcionar un ambiente tranquilizante en el cual disminuyan los estímulos externos (estresantes) los cuales pueden

1. desencadenar períodos convulsivos, por la hipersensibilidad de la paciente.

-La cama con barandales proporcionará a la paciente mayor seguridad, durante su recuperación.

-Con la posición de semifowler, le ayudará a la paciente a mejorar su capacidad ventilatoria pulmonar.

-Continuará con las soluciones parenterales en espera de la valoración que se de, así como dependiendo del grado de edema y la cuantificación de diuresis.

-Al abrir la hoja horaria de signos vitales, tendremos una mejor valoración del estado general de la paciente y podremos detectar cualquier cambio.

MEDICAMENTOS

-Clorpromacina - fenotiacina - Es un sedante, pero actúa también como vasodilatador, hipotensión postural por el bloqueo alfaadrenérgico.

-Hidralacina (apresolina) .- Es un vasodilatador, la hidralacina suele causar un aumento reflejo del gasto-cardíaco.

-Alfametildopa (aldomet) .- Esta substancia es probablemente convertida en el organismo en un " falso mediador " liberado en lugar de la norepinefrina. Actúa periféricamente como un bloqueador de neuronas adrenerg

gicas y centralmente produciendo sedación. La metildopa se usa en el tratamiento de la hipertensión.

-Al iniciar dieta se le proporcionarán ingresos nutricionales (calóricas, proteínas, etc) que son necesarios para su recuperación.

-El reposo relativo será siempre asistido por el personal de enfermería, para evitar que la paciente al iniciarlo presente algún malestar y pueda caer al caminar.

2.- Problema

Proteinúria

2.1 Manifestaciones

-Aparición de proteínas de 3 a 5 gr. por litro de orina en la preeclampsia severa.

2.2 Razón científica

La proteinúria es provocada por la filtración inadecuada de la sangre a nivel renal, causada por la nefritis-glomerular (post-vasoconstricción generalizada) la cual permite la filtración de proteínas y la aparición de ellas en la orina.

2.3 Necesidades

Detectar oportunamente la proteinúria y evitar al máximo lesión renal.

2.4 Acciones de enfermería

Se iniciará recolección de orina en 24 hrs. para la cuantificación de proteínas.

2.5 Fundamentos de las acciones de enfermería

La cuantificación de proteínas (albumina) en orina de 24 hr, es un dato que ayudará a verificar con exactitud la cantidad de proteínas que ésta dejando fil -- trarse el glomérulo por litro. Valorando en ésta situación el estado que guarda la función renal de la paciente.

3.- Problema

Edema y Oliguria

3.1 Manifestaciones

-El edema se presenta primordialmente en las extremidades inferiores hasta nivel de muslos, en la cara (periorbital) y pudiendo llegarse a generalizar (anasarca) encontrando positivo el signo de godet de ++ a +++ sobre la parte edematizada.

-Disminución en la cantidad de la excreción de orina.

3.2 Razón científica

-El organismo utiliza mecanismos compensatorios a nivel renal para retener líquidos, cuando hay hipoproteinemia y falta su presión oncótica (de las proteínas) para retener líquidos a nivel intravascular, a falta de ésta presencia proteica se ocasiona la extravasación de líquidos provocando la aparición de edema (en diferentes grados) e hipovolémia y hemoconcentración.

-El riñon responde a este fenómeno, reteniendo líquido y esto sucede cuando aumenta la reabsorción de sodio (Na) a nivel de los túbulos contorneados distales (nefrona), provocando la disminución en la pérdida de líquidos por orina, ocasionando a la paciente la presencia de oligúria, pudiendo llegar a la anúria.

El grado de oligúria se determina con base en la canti

dad de orina de 50 ml/1. hr.

3.3 Necesidades

Disminuir la retención de líquidos a nivel extravascular y favorecer su pérdida

3.4 Acciones de enfermería

En casos muy seleccionados se podrá administrar albúmina humana, pero se deben tomar las medidas siguientes:

-Administrarla cuando existe hipoalbuminemia importante.

-Nunca administrarla si hay insuficiencia cardiaca.

-La dosis actual es de 37 gr/ al día intravenosa.

-Administración de soluciones hipertónicas, glucosada - al 10% con un aporte mínimo de 125 ml./1 hr.

-Vigilar la presión venosa central, y mantener la permeabilidad del cateter instalado en la aurícula de recha.

-Toma de hematocrito.

-Cuantificación de la diuresis horaria.

-Cuidados de la paciente con sonda foley.

-Balance de líquidos por turno (cada 8 hrs.) y al fi- nalizar el día.

3.5 Fundamentos de las acciones de enfermería.

-El efecto oncótico de la albúmina sérica humana, con cen tración administrada intravenosamente, expande el volúmen

extravascular, así la intensidad de filtración glomerular reduce la reabsorción de sodio (Na^+) en los túbulos renales.

-La administración de soluciones con mayor peso molecular (hipertónicas) como la solución glucosada al 10%, ayudará a la célula a reabsorber el líquido que se encuentra extravasado (provocando edema e hipovolémia)

-El estado de volémia se vigilará

a) Tomando la presión venosa central, la cual es una medida terapéutica hemodinámica, nos da las cifras de la presión sanguínea a nivel central (aurícula derecha)

Las cifras normales son de 8 a 10 ml.H₂O.

b) Las cifras normales del hematocrito son de 40 a 50gr./100ml. de sangre. A consecuencia de la extravasación de líquidos puede haber una hipovolémia, pauta que nos da la acción a seguir para detectar tempranamente una hemocentración.

-La cuantificación de la diuresis será más exacta si la paciente tiene instalada una sonda foley abierta a permanencia. Cuantificaremos la diuresis horaria de la paciente, para detectar un caso de oligúria partiendo de la base de 50 ml./1 hr.

-Cuidados a la paciente con sonda foley:

limpiar con jabón (neutro) y agua alrededor del ori-

ficio uretral 2 veces o las que sean necesarias durante -
el día porque en este lugar pueden reunirse secreciones -
y/o costras, puede colocarse alrededor de la sonda lo más -
cerca del orificio uretral, un cuadro de gasa húmeda con so-
lución antibacteriana.

La bolsa recolectora de orina no debe levantarse por arri-
ba del nivel de la vejiga del enfermo, pues si no se toma -
ésta precaución la orina contaminada refluirá a la vejiga-
desde la bolsa.

-El cambio de la sonda foley es aproximadamente de 8 días-

4.- Problema

Prevención de complicaciones puerperales

4.1 Manifestaciones

Probabilidad de que aparezcan complicaciones infecciosas, hemorrágicas, venosas etc durante el retorno a sus condiciones normales fuera de la gravidez, del aparato genital femenino.

4.2 Razón científica

A la paciente se le debe vigilar durante el puerperio, en busca de signos o síntomas de alarma que nos lleve a un inicio de infección o la aparición de hemorragia, complicaciones que aun siguen encontrándose en nuestro medio.

4.3 Necesidades

Además de la atención específica durante la Preeclampsia severa, la paciente tiene la necesidad primordial de llegar a buen término su estado puerperal.

4.4 Acciones de enfermería

Puerperio post-parto

Administración de analgésicos (dimetilpirazolona) - vía oral 500mg. en caso de dolor P.R.N.

vigilar las características de los loquios (vigilar las condiciones de la episiorráia)

proporcionar dieta de consistencia normal

... Iniciar la deambulaci3n temprana.

Vigilar la micci3n espontanea.

Estimular la evacuaci3n, si la paciente no la ha --
presentado en las 24 a 36 hrs. del post parto.

Proporcionar orientaci3n, para la extracci3n temprana de leche.

4.5 Fundamentos de las acciones de enfermeria.

- El 3tero sufre con frecuencia contracciones durante el puerperio, propias de la involuci3n uterina causando dolor tipo c3lico, comunmente llamados (intuerros) por 3sta raz3n se administraran analg3sicos si es necesario e indicado.

- La exudaci3n uterina post-alumbramiento se llaman loquios, durante los primeros dias contienen sangre fresca y decidua necr3tica (loquios hemáticos), siguiendo los serosos y casi al final loquios albos, se deben vigilar en su cantidad y en el olor.

- Observaremos las condiciones de la episiorrafia, - en caso de dolor o de edema se aplicara hielo local.

"La terapeutica de frio origina cambios fisiol3gicos espectaculares en vasos sanguineos, nervios -

-periféricos, colágena e irritabilidad muscular.

Los cambios fisiológicos producidos por el frío han sido ampliamente estudiados durante los últimos 30 años. - Importa comprender la relación entre terapéutica de --- frío y fisiopatología de lesión aguda, con el fin de do- minar la tendencia señalada por la terapéutica tradicio- nal.

La respuesta inicial y más importante a la terapéutica- de frío es una vasoconstricción local. La correspon- - diente disminución de la circulación local disminuye -- el edema y la inflamación. De manera similar, se redu- ce la hemorrágia y es mínima la formación de edema. - Se admite que el edema local y la formación de hemato- -- mas que son de las causas más importantes de la moles- -- tia perineal después del parto.

Las temperaturas bajas disminuyen la excitabilidad de -- las terminaciones nerviosas y hacen más lenta la condu- cción de impulsos a lo largo de los nervios periféricos. La respuesta fisiológica a las temperaturas bajas produ- ce aumento del umbral del dolor y bloqueo subjetivo del nervio periférico.

Finalmente, el frío provoca cambios intensos en el teji- do conectivo del perineo. Las propiedades viscoelásti-

- cas de la colágena cambian al bajar la temperatura. -
Se cree que el espasmo muscular local es una de las -
causas primaria de molestias post-parto y los baños he-
lados disminuyen la irritabilidad y el espasmo de los-
músculos. Su último efecto probablemente dependa de-
disminuir la respuesta de los husos musculares a la -
tracción." (41)
- El útero disminuye rápidamente su volumen después del-
parto esta disminución es continua de manera que el --
útero ya no es palpable en cavidad abdominal después -
de dos semanas y a las seis semanas ha recuperado su -
peso y dimensiones de no gravides.
- Al proporcionar dieta tempranamente a la paciente le -
ayudará a no caer en hipoglucemia puesto que se ha en-
contrado en ayuno por varias horas y más aun si hubo -
mayor cantidad de sangrado durante el parto.
- La deambulación temprana ayudará a favorecer la circu-
lación, evitando la éstasis venosa y tambien ayudará --
a la motilidad intestinal.
- Se vigilará la micción espontanea en busca de reten --
ción urinaria o la aparición de disuria.
- Se vigilará la temprana canalización de gases y si la-
paciente no presenta evacuaciones entre las 24 a 36 hr
se le proporcionará aceite mineral 30 ml. vía oral -

- 1 / 12 hrs.
- En las glándulas mamarias se presentan cambios puerperales durante el segundo y cuarto día, se empiezan a ingurgitar las mamas, aumentan su volumen, temperatura y sensibilidad. Con la extracción láctea temprana ayudará a evitar que aumente éste problema o aminorizarlo, además de ser un buen estímulo para que inicie la lactopoyesis.

5.- Problema

Depresión puerperal

5.1 Manifestaciones

Hipersensibilidad emocional

Facilidad al acceso de llanto

5.2 Razón científica

El parto y la maternidad son acontecimientos en la vida de la mujer, de tal importancia que en muchas ocasiones son acompañados de gran tensión biológica, psicológica y social. La paciente puede decirnos: - " Puede quejarse de sentirse física y emocionalmente agotada por el proceso del parto , el embarazo y puede describirse a ella misma como - caída y abandonada - " (42)

Esta depresión es pasajera, desaparece hasta que la paciente logre reajustarse a su medio ambiente, esto debe lograrse con la ayuda de la pareja, familiares y del personal de salud.

5.3 Necesidades

- Atención
- Compañía
- Afecto

5.4 Acciones de enfermería

- La atención que brindemos en las dudas de la pacien

te sobre su estado de salud y el de su bebe.

-Platicaremos con el esposo y familiares acerca del importante papel que juegan para ayudar a salir adelante a la paciente.

5.5 Fundamentos de las acciones de enfermería

La atención, simpatía y compañía de enfermería, esposo y/o familiares es todo lo que necesita la paciente para resolver la situación depresiva.

6.- Problema

Prevención del embarazo de alto riesgo.

6.1 Manifestaciones

Aparición de complicaciones médicas durante el embarazo.

6.2 Razón científica

La posibilidad para que se presenten complicaciones durante el estado grávido-puerperal, aumentan si éstas ya se han presentado en embarazos anteriores.

6.3 Necesidades

Conocer los medios y métodos de la planificación familiar.

6.4 Acciones de enfermería

- Orientar a la paciente y al esposo o compañero sobre la planificación familiar.

-Proporcionar información sobre el departamento donde pueden ser atendidas (planificación familiar)

6.5 Fundamentos de las acciones de enfermería

Iniciaremos nuestra orientación, informando conjuntamente a la paciente y al esposo o familiares acerca del estado de salud en que se encontró la paciente durante el estado grávido-puerperal, dándoles a cono-

car la serie de problemáticas que se hicieron presentes para complicar el estado grávido.puerperal.

Es importante que demos esta información para que la pareja entienda la magnitud del problema y conozca las posibilidades de volverlo a presentar en futuros embarazos y con quizá resultados dolorosos.

Tenemos la obligación de orientar, para que se eviten embarazos que pueden llegar a desestabilizar emocional, económica y familiarmente a la pareja o en su caso a la mujer soltera.

7.- EVALUACION DE LAS ACCIONES DE ENFERMERIA

El llevar a cabo un orden en la atención de la paciente que cursa con puerperio de alto riesgo es de vital importancia para su pronto restablecimiento. Debemos de jerarquizar todas sus problemáticas y necesidades para así evitar al máximo mayores complicaciones.

Si unidos a estos cuidados específicos proporcionamos los propios de un puerperio normal incluyendo en ellos aspectos emocionales, lograremos darle a la paciente una completa atención; así ella se podrá integrar más fácilmente al núcleo familiar.

Estos pasos ayudarán a culminar todas las atenciones proporcionadas a la paciente las cuales inician desde la atención médica prenatal.

Es necesario valorar la importancia que en este campo tiene la atención del Licenciado en Enfermería y Obstetricia, dentro de las instituciones creadas para la atención de alto riesgo. Las cuales deben tener personal capacitado en todos los niveles de atención.

M E T O D O L O G I A

METODOLOGIA

Una vez seleccionado el problema de investigación, se procedió a la revisión bibliográfica, así se pudo obtener la suficiente información para permitirnos la elaboración de las hipótesis y la determinación de las variables correspondientes.

Se tomó como universo de trabajo al Instituto Nacional de Perinatología, por ser una de las principales y pocas instituciones creadas para la investigación y capacitadas para la atención de el embarazo de alto riesgo.

Se realizó un cuestionario que incluye las variables de la investigación, se aplicó a un grupo de pacientes y se obtuvieron a 25 muestras representativas: las cuales fueron, 13 menores de 20 años y 12 mayores de 33, todas ellas portadoras de alto riesgo con nivel socio-económico medio-bajo, de las cuales representan el 35 al 40% del total de la población atendida en el instituto.

Se elaboró un marco teórico con el fin de apoyar científicamente el contenido de la investigación. Y así puedan ser confiables los datos encontrados.

Posteriormente a esto se procedió a la realización de un plan de atención de enfermería, el cual se enfocó a la principal complicación encontrada durante el puerperio -

la cual fue : preeclampsia severa tambien se incluyen los cuidados de un puerperio fisiológico y aspectos de planificación familiar.

Con los resultados obtenidos realizamos cuadros e incluimos en cada uno de ellos la interpretación correspondiente, continuando con las conclusiones en las cuales se comprobaron las hipótesis establecidas se mencionan además las sugerencias, el glosario de terminología médica y la bibliografía.

ESTUDIO DEL CAMPO

UTILIZADO PARA LA INVESTIGACION

El Instituto Nacional de Perinatología fue creado en el año de 1977. Y desde su fundación el objetivo principal es el de dar una atención completa al binomio materno-fetal.

Durante todos estos años de investigación se ha logrado unificar criterios y se elaboró el manual de procedimientos de Obstetricia, para que así se dé el tratamiento adecuado para cada caso en especial.

La población que cubre el instituto, es en casi su totalidad de mujeres que pertenecen al nivel socio económico medio-bajo.

Para llegar a ser atendida por el instituto, se debe llegar a cierto puntaje el cual lo valorará el médico tratante para decir si el embarazo es o puede llegar a presentar alto riesgo.

R E S U L T A D O S
D E L A
I N V E S T I G A C I O N

CUADRO # 3

EDAD DURANTE LA GESTACION

MENORES DE 20 AÑOS			MAYORES DE 33 AÑOS		
	Fo.	%		Fo.	%
14 - 16	4	30.769	34 - 36	5	41.66
16 - 17	2	15.38	37 - 39	3	25
18 - 19	6	46.15	40 - 42	4	33.33
20	1	7.69			
TOTAL	13	99.99	TOTAL	12	99.99

FUENTE.- 25 pacientes cursando embarazo y/o puerperio de alto riesgo, con nivel socio-económico medio-bajo. Diciembre-Enero 83-84 INPer.

DESCRIPCION .- La edad de las pacientes durante la gestación en menores de 20 años fue en los intervalos de 18 a 19 años y en mayores de 33 fue entre las edades de 34 a 36.

CUADRO # 4

ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL MENORES DE 20 AÑOS			MAYORES DE 33 AÑOS		
	Po.	%		Po.	%
CASADAS	3	23.076	CASADA	10	83.4
SOLTERA	6	46.153	SOLTERA	2	16.6
VIOLACION	4	30.769	VIOLACION	-	---
TOTAL	13	99.99%	TOTAL	12	100.4%

FUENTE.- La misma del cuadro anterior

DESCRIP

CIÓN .- En las mujeres menores de 20 años el mayor índice lo ocupan las mujeres soltera, en cambio - las mayores de 33 lo son las casadas.

CUADRO # 5

NIVEL SOCIO-ECONOMICO: TIPO DE HABITACION

TIPO DE HABITACION	# CUARTOS		# HABITANTE	
	Fo.	%	Fo.	%
RENTADA	9	36	1	8
			2	5
PRESTADA	16	64	3	8
			4	4
			5	0 más
TOTAL	25	100%	25	100%

FUENTE .- La misma del cuadro anterior.

DESCRIPCION .- En el tipo de habitación la mayor frecuencia cae en prestada o con dependencia familiar, las cuales en su mayoría constan de 1 a 3 cuartos y la habitan de 4 a 5 o más personas.

CUADRO # 6

NIVEL SOCIO-ECONOMICO

TIPO DE TRABAJO

TIPO DE TRABAJO	Fo.	%
FIJO	9	36
EVENTUAL	16	64
TOTAL	25	100%

FUENTE .- La misma del cuadro anterior.

DESCRIP

CIÓN .- Se pudo observar que el tipo de trabajo que con mayor incidencia se presenta fue el eventual con un 64% del total de la población investigada.

CUADRO # 7

NIVEL SOCIO-ECONOMICO

NIVEL EDUCATIVO

MENORES DE 20 AÑOS			ESCOLARIDAD MAYORES DE 33		
	Po.	%		Po.	%
PRIMARIA	9	69.23	PRIMARIA	7	58.33
SECUNDARIA	3	23.07	SECUNDARIA	3	25
TECNICO	1	7.69	TECNICO	2	16.66
TOTAL	13	99.99%	TOTAL	12	99.99%

FUENTE.- La misma del cuadro anterior

DESCRIPCIÓN -- Hablando del nivel educativo, podemos observar que la mayor población no han cursado la - instrucción primaria.

CUADRO # 8

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS	Fo.	%
INFECCION DE VIAS URINARIAS	5	20
CERVICO-VAGINITIS	5	20
MONILIASIS	5	20
HIPERTENSION ARTERIAL CRONICA	5	20
INSUFICIENCIA VENOSA	3	12
EPILEPSIA	1	4
ARTRITIS	1	4
TOTAL	25	100%

FUENTE .- La misma del cuadro anterior

DESCRIP

CION .- Se pudo observar que aparecen ciertos padecimien
tos en este grupo de pacientes los cuales son:
Infección de vías urinarias, cervico-vaginitis
Moniliasis, hipertensión arterial crónica.

CUADRO # 9

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS EN MENORES DE 20 AÑOS						
	#	Po.	%		Po.	%
GESTAS 1-2	13	100%		CESAREA	13	100%
TOTAL	13	100%		TOTAL	13	100%

FUENTE .- La misma del cuadro anterior

DESCRIP

CION .- Se encontró que las trece pacientes que se tomaron como muestra cursaron su primer o segundo embarazo y todos ellos terminaron en cesárea.

CUADRO # 10

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS EN MAYORES DE 33AÑOS						
	#	Fo.	%		Fo.	%
GESTAS	1-2	2	16.66	PARAS	6	50
GESTAS	3-4	5	41.66	ABORTOS	4	33.33
GESTAS	5 o más	5	41.66	CESAREA	2	16.66
TOTAL		12	99.98%	TOTAL	12	99.99%

FUENTE .- La misma del cuadro anterior.

DESCRIP

CIÓN.- Las pacientes mayores de 33 años son en su mayoría mujeres que cursan con más de tres embarazos (multiparas), encontrándose que la terminación de ellos fuerón por parto en mayoría.

CUADRO # 11

ATENCION MEDICA PRENATAL

ATENCION MEDICA PRENATAL	Fo.	%
SI	6	24
NO	19	76
TOTAL	25	100%

FUENTE .-- La misma del cuadro anterior

DESCRIPCION .-- Es indudable la escasa o nula atención médica prenatal en este tipo de pacientes, de las cuales el 24% tuvo esta atención, circunstancia favorable si se tiene en cuenta su importancia como factor predisponente de alto riesgo.

ANALISIS DINAMICO DE LOS RESULTADOS.-

Cuadro # 3

Variable : edad de la paciente durante la ge-
tación.

La mayor incidencia fue encontrada en las es-
calas de 18 a 19 años y de 34 a 36.

Cuadro # 4

Variable : Estado civil.

En menores de 20 años fueron en mayor número-
las solteras y en mayores de 33 son casadas.

Cuadro # 5 - 6 - 7

Variable : Nivel socio - económico.

5.- Tipo de habitación - prestada

6.- Tipo de trabajo - eventual

7.- Nivel educativo - primaria

Cuadro # 8

Variable : Antecedentes personales patológicos

Se encontro en su totalidad que las pacientes
se encontraban cursando el embarazo con algu-
na patología agregada o la habían padecido -
en fechas recientes a éste evento.

Cuadro # 9 - 10

Variable : Antecedentes gineco-obstetricos.

Se observó que en mujeres de 20 años se cursa

ba su primer embarazo, sin embargo en mayores de 33 años son multiparas.

Cuadro # 11

Variable : Atención médica prenatal.

El 76% del total de la población no la tuvieron.

CORRELACION DE LOS RESULTADOS.-

Cuadro # 3 correlación con los cuadros:

4 , # 9 , # 11 .

La edad se encuentra relacionada con el tipo de estado civil en que viva la mujer, así como de sus antecedentes gineco-obstétricos y de la responsabilidad que tenga la paciente ante la atención médica prenatal.

Cuadro # 5 , # 6 , # 7 .

Los cuadros se encuentran relacionados entre sí porque en cada uno de ellos se observan - en grandes rasgos los aspectos elementales - para determinar en que situación se encuentra cada paciente. En los resultados encontrados se observó que la mayor parte de ellas - se encuentran en un nivel socio-económico medio-bajo.

Cuadro # 5, # 6, # 7. Correlación con el cuadro # 11

Dependiendo de el nivel educativo y de su -
solvencia económica de cada mujer se obseg
vará la actitud que se tome en relación con
la atención médica prenatal.

C O N C L U S I O N E S

CONCLUSIONES

Sabemos que al hombre no lo podemos dividir en esfe-
ras biológico-psicológico-social porque todas ellas se -
encuentran relacionadas entre si, para que exista un ade-
cuado equilibrio y el hombre no llegue a caer en enferme-
dad.

Si este equilibrio es tan importante para el hombre
mucho mayor será para la mujer en edad gestante la cual
tiene el privilegio de procrear un hijo.

Y este equilibrio se logrará cuando la mujer se en-
cuentre en sus mejores condiciones de desarrollo físico-
emocional y social propias para el embarazo.

Si tomamos en cuenta todos estos aspectos y los re-
lacionamos con los resultados obtenidos durante la inves-
tigación podremos llegar a comprobar cada una de las --
hipótesis establecidas al inicio de este trabajo de in-
vestigación y que a continuación se mencionan:

Hipótesis.

- La edad y el estado socio-económico de la paciente, du-
rante el embarazo SI son factores predisponentes para-
desencadenar un embarazo y/o puerperio de alto riesgo-
- La atención médica prenatal deficiente o nula durante
el embarazo SI es factor predisponente para desencade-
nar un embarazo y/o puerperio de alto riesgo.

- La detección oportuna de problemas durante el embarazo por parte de enfermería SI disminuye la incidencia del embarazo y/o puerperio de alto riesgo.

Así creo que nosotros integrantes de un grupo interdisciplinario de salud, debemos de llevar nuestra atención hacia todos los niveles pero en especial al preventivo, porque es en éste momento donde debe de iniciarse la atención del embarazo. Y es importante recordar que debemos atender a la paciente durante todo el estado grávido-puerperal y no creer que nuestra atención termina al concluir la gestación, solo así podremos llegar a darle a la paciente una completa atención, enfocada a su pronto restablecimiento y poderla reintegrar a su núcleo familiar en las mejores condiciones de salud.

SUGERENCIAS

SUGERENCIAS.-

Uno de los sucesos en la vida de mayor importancia es la procreación, pero llevarla a un feliz término es una responsabilidad compartida tanto de los progenitores como de un grupo de salud.

Por esta razón, es conveniente e importante elaborar programas de orientación, sobre educación sexual, paternidad responsable, planificación familiar. Los cuales deben ser elaborados conjuntamente tanto por el grupo interdisciplinario de salud y las personas que de una u otra manera llegan a ser parte activa de la educación formativa del individuo.

Esta educación debe ser dada a toda la población, solo así les podremos ayudar a evitar al máximo complicaciones en un futuro embarazo.

A N E X O S

CEDULA DE INVESTIGACION

1.- EDAD.

2.- ESTADO CIVIL

3.- HABITACION. PROPIA
 RENTADA
 CUARTOS
 PERSONAS QUE HABITAN LA CASA.

-- TIPO DE TRABAJO; EVENTUAL
 FIJO

-- ESCOLARIDAD: PRIMARIA
 SECUNDARIA
 TECNICO
 OTROS

4.- ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS.
 ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS
 NEFROPATIAS
 DIABETES
 ANEMIA
 PROBLEMAS CIRCULATORIOS
 OTROS

5.- ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

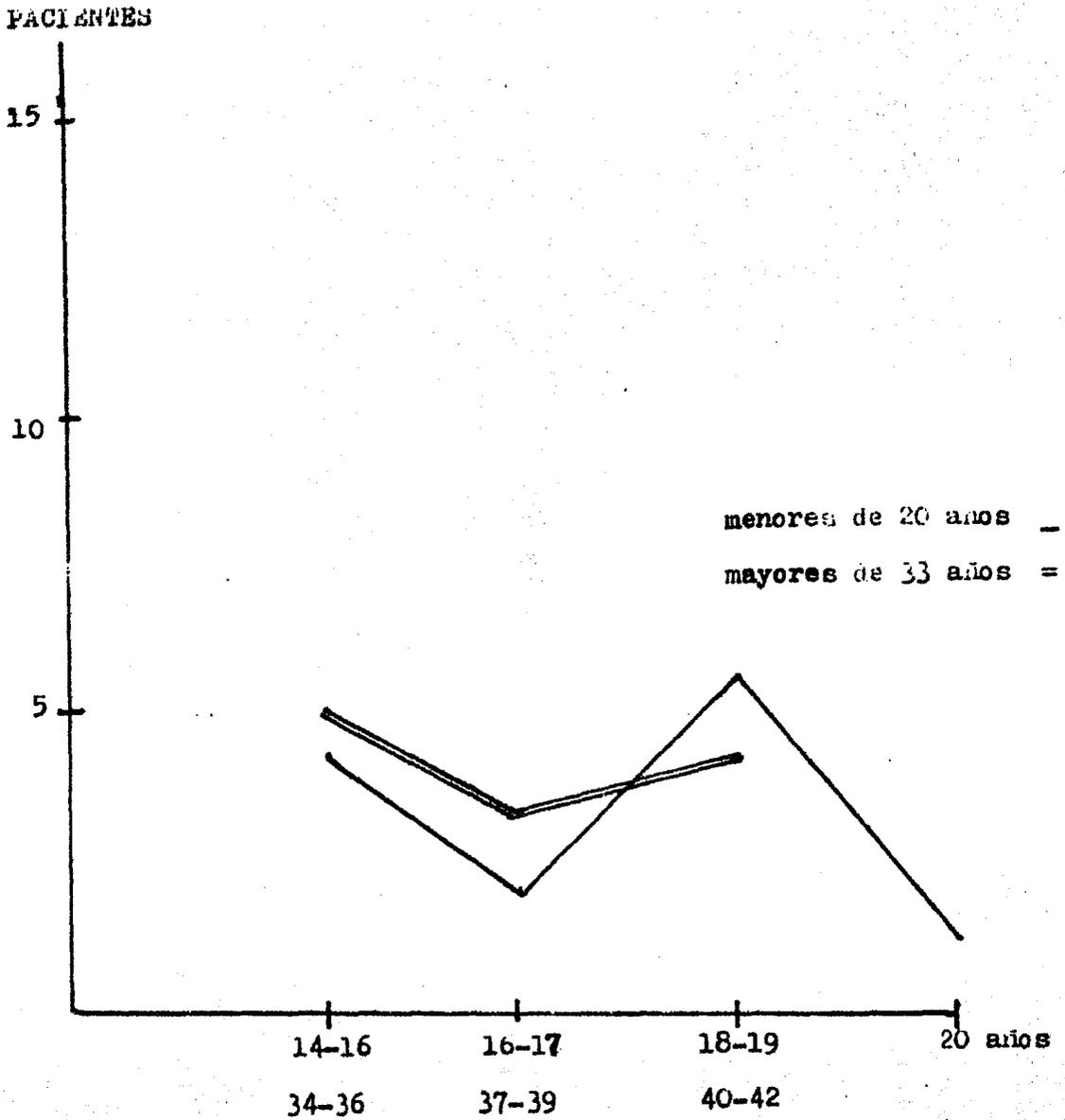
 G. P. A. C.

6.- ATENCION MEDICA PRENATAL

 SI NO

GRAFICA # 1

Edad durante la gestación

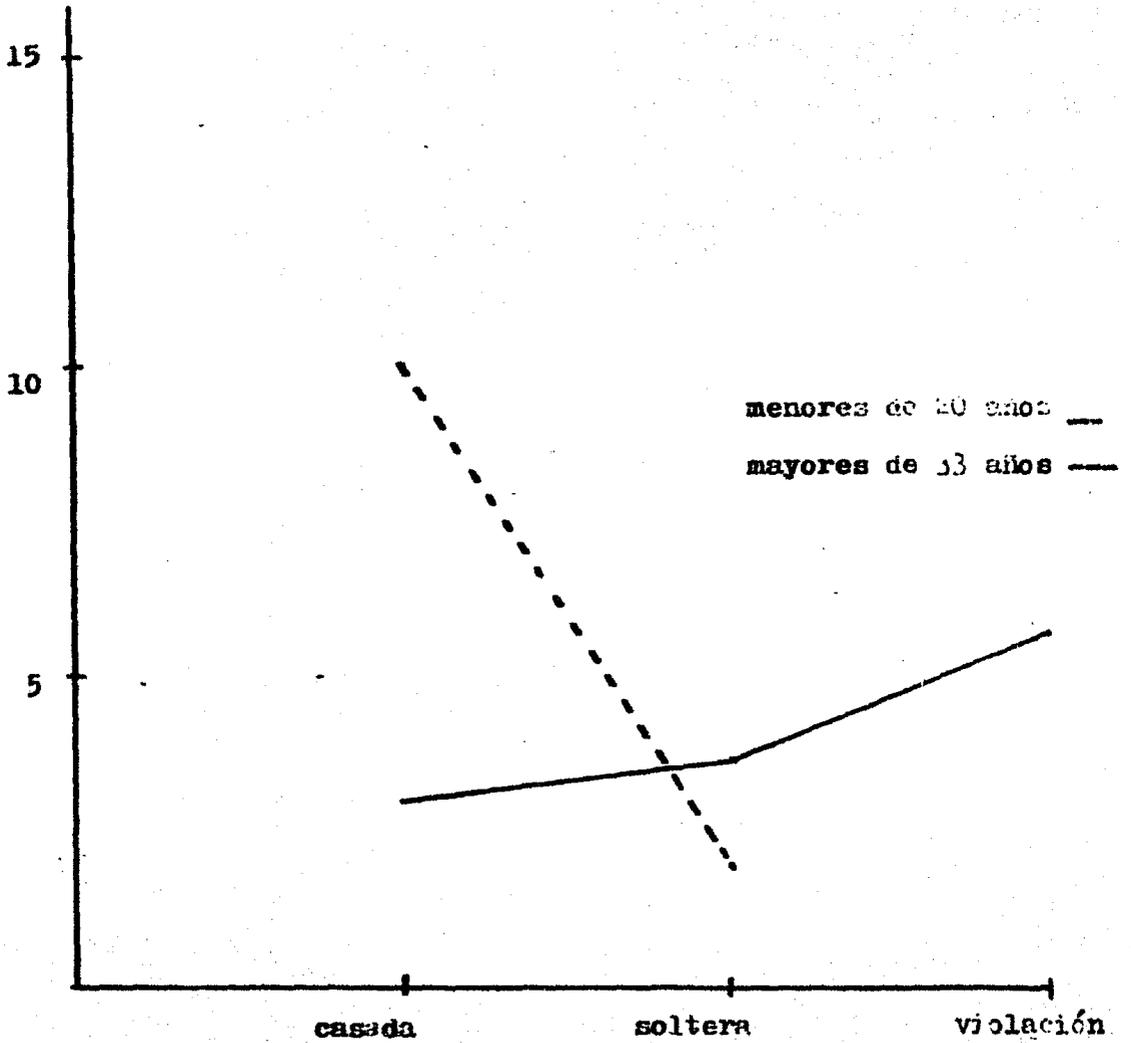


fueron.- Pregunta # 1

GRAFICA # 2

ESTADO CIVIL

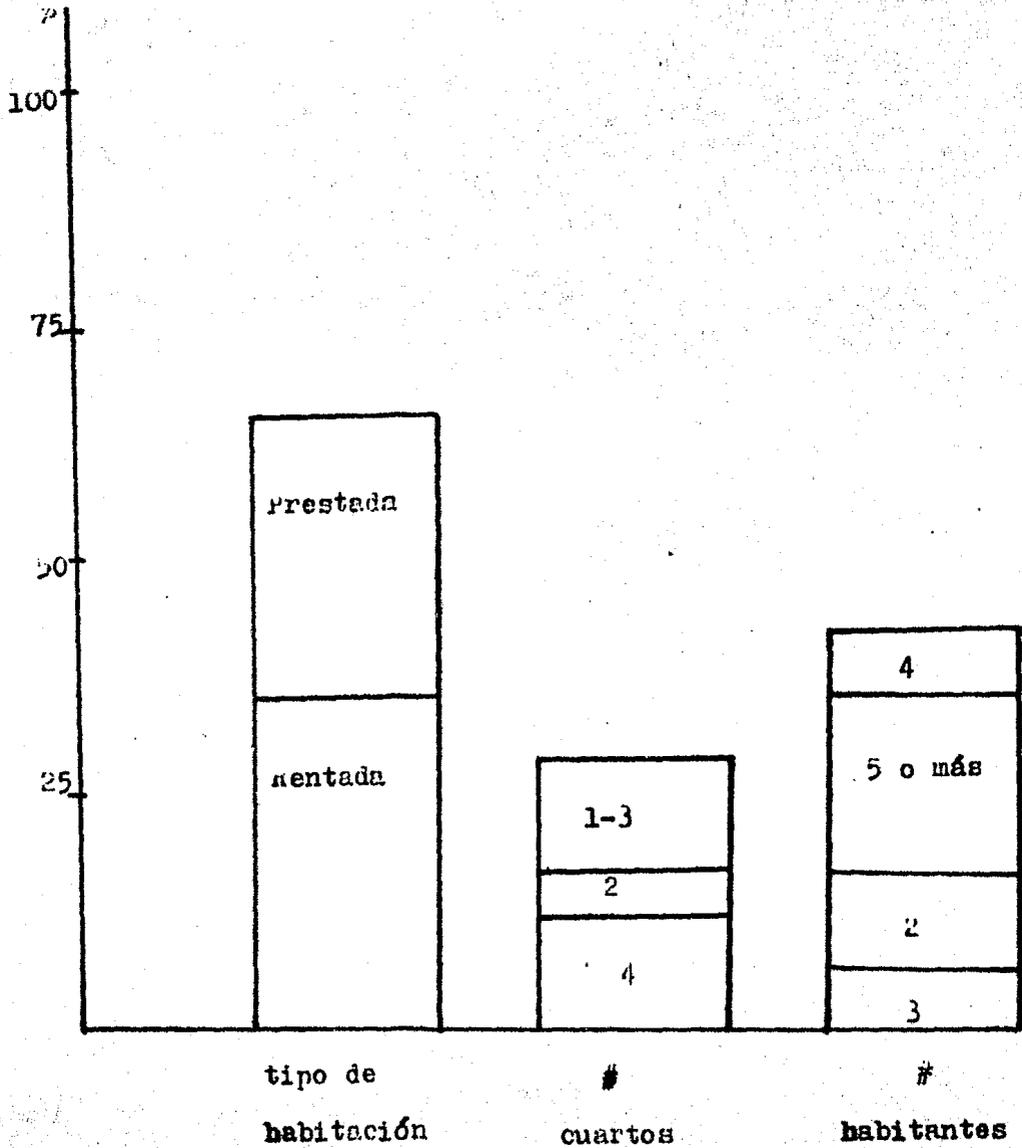
PACIENTES



Fuente.- Pregunta # 2

GRAFICA # 3

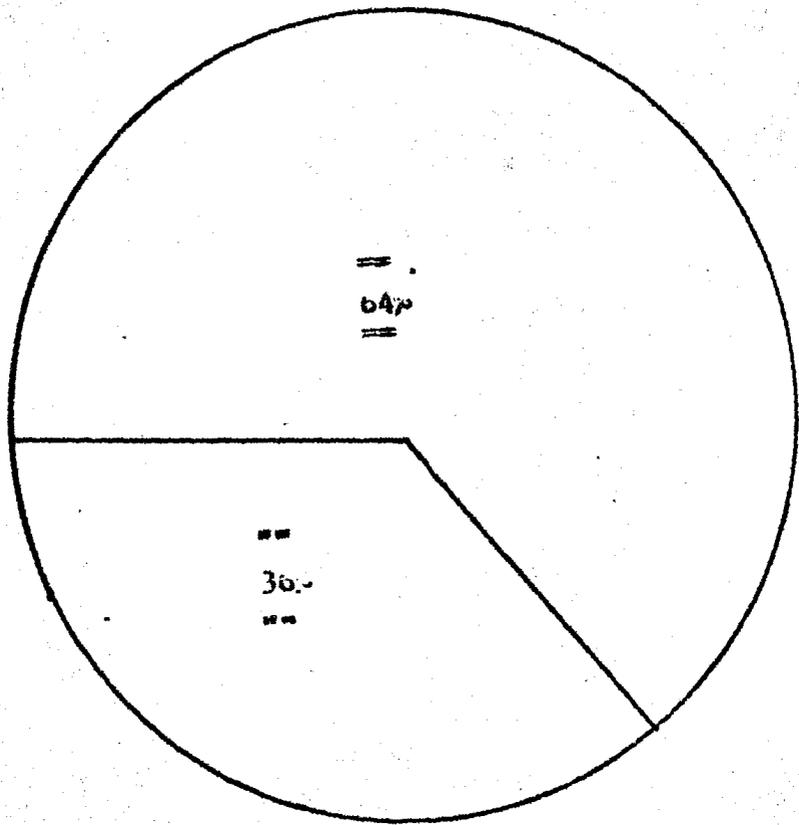
Nivel socio-económico
Tipo de habitación



fuentes.- Pregunta # 3

Grafica # 4

nivel socio-económico
tipo de trabajo

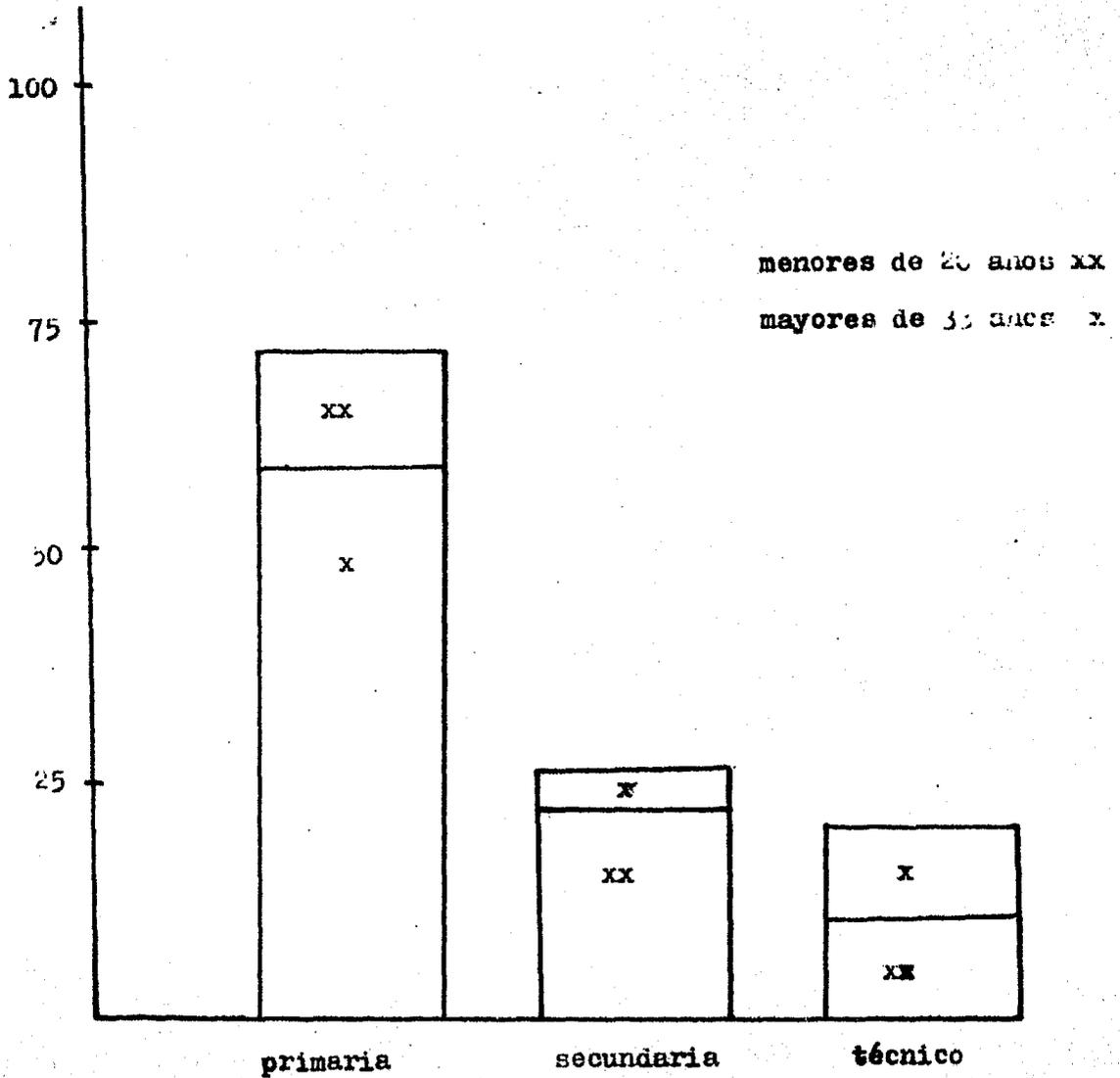


eventual
fijo

Fuente -- Pregunta # 3

Grafica # 5

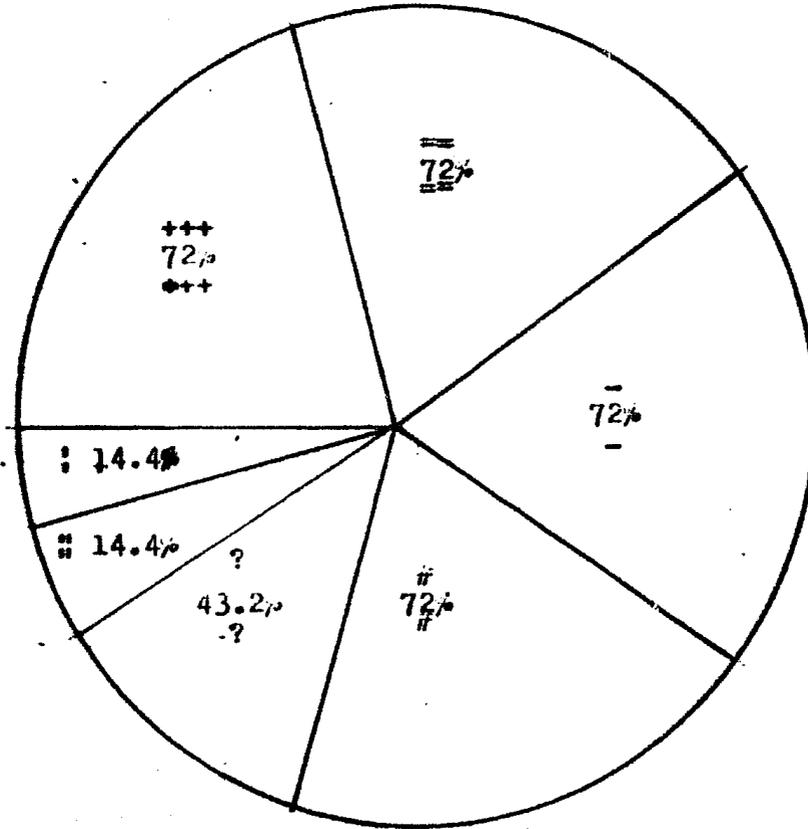
Nivel socio- económico
nivel educativo



Fuente.- Pregunta # 3

grafica # 6

Antecedentes personales patológicos

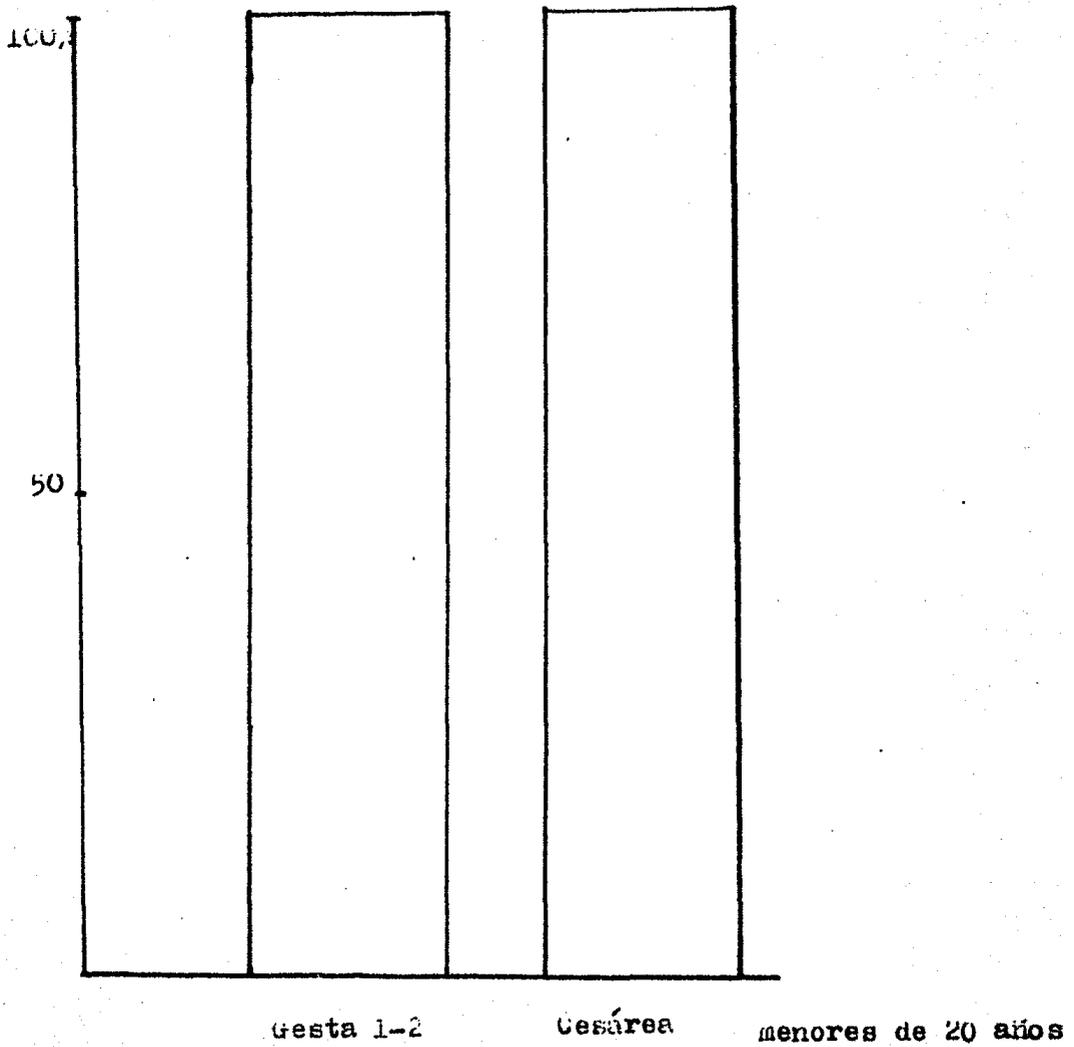


Fuente.- Pregunta # 4

- +++ Infección de vías urinarias
- == Cervico-vaginitis
- Oniiasis
- # Hipertensión arterial crónica
- ? Insuficiencia venosa
- " Epilepsia
- ' Artritis

Grafica # 7

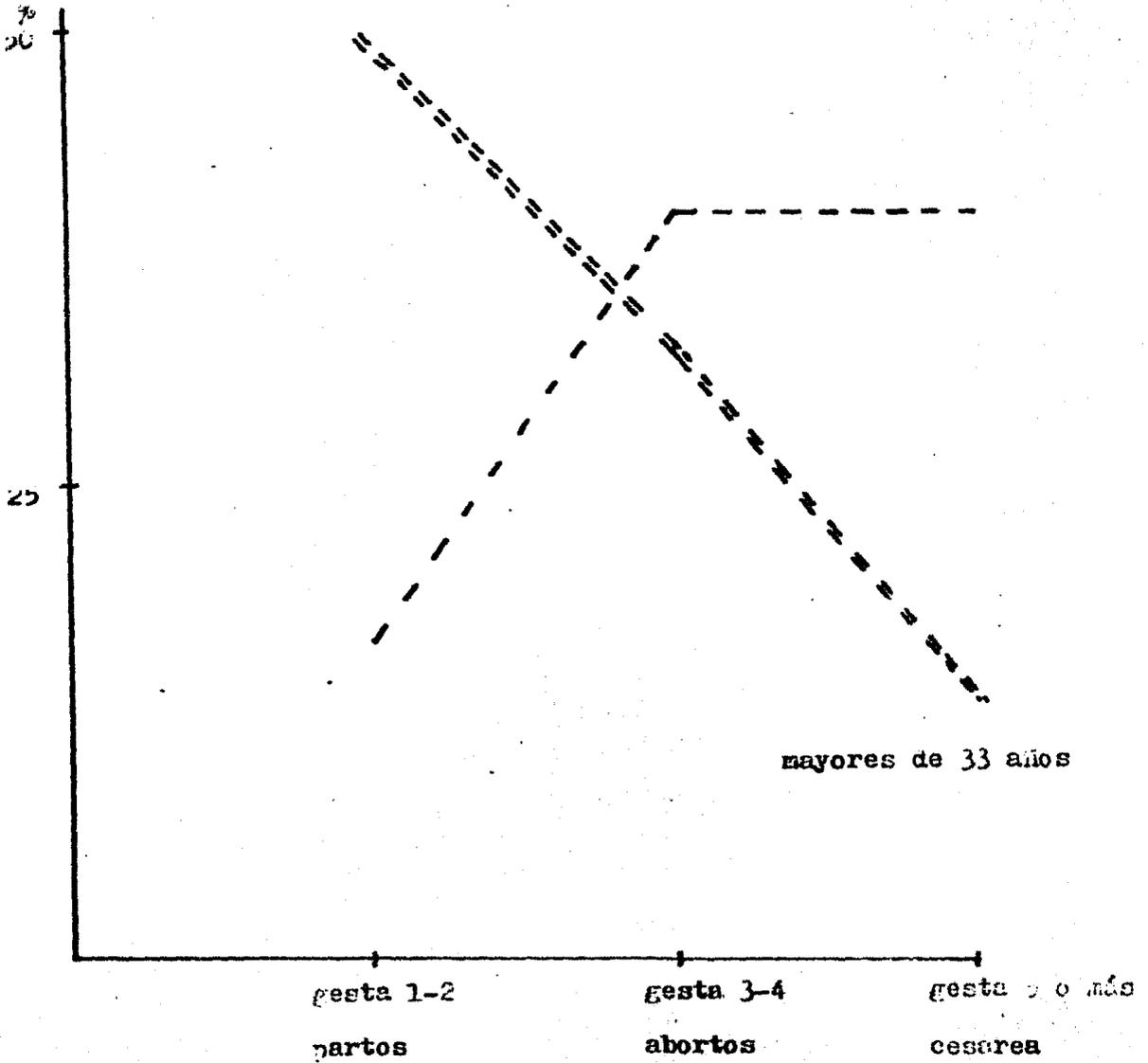
Antecedentes Gineco-Obstetricos



fuentes.- pregunta # 5

Grafica # 8

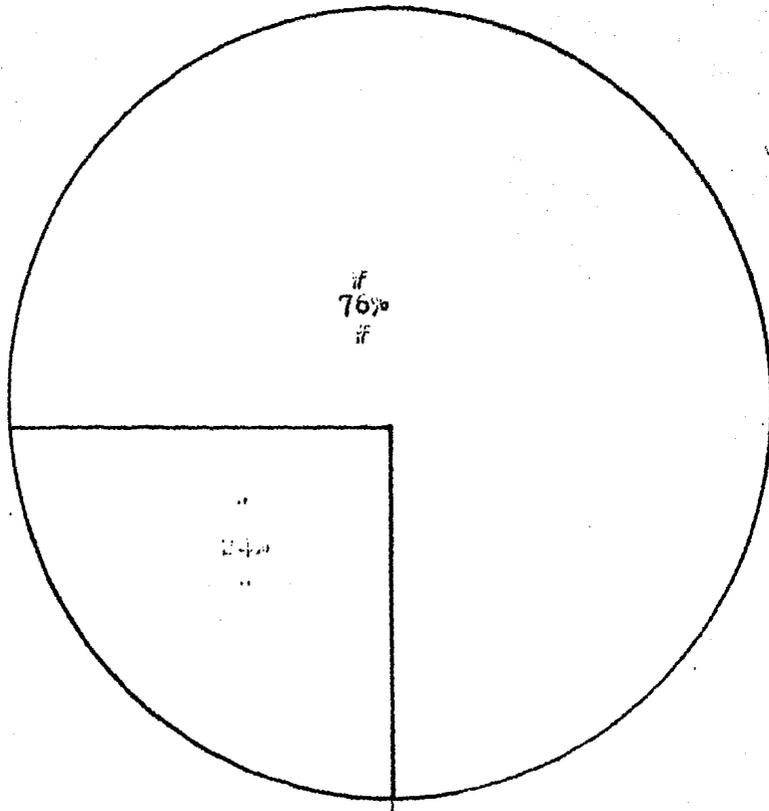
Antecedentes gineco-Obstetricos



fuentes.- pregunta # 5

Gráfica n° 9

atención médica prenatal



si tuvieron

no lo tuvieron

fuentes .- pregunta n° 6

GLOSARIO DE TERMINOLOGIA MEDICA

- Acufenos.- Acusma, alusión acústica, ruidos subjetivos.
- Aislamiento.- El aislamiento a estímulos, es aminorizar a todos los agentes productores de stress (visuales y auditivos)
- Alumbramiento.- Expulsión de la placenta y membranas después del parto.
- Binomio.- Suma algebraica de dos términos.
- Cefaléa.- Dolor de cabeza.
- Cesárea.- Operación que tiene por objeto la extracción del feto por incisión de la pared uterina.
- Congénito.- Nacido con el individuo, innato, que existe desde el nacimiento o antes del mismo, no adquirido.
- Convulsión.- Contracción violenta, involuntaria de naturaleza morbosa de los músculos voluntarios que determinan movimientos irregulares localizados en uno o varios grupos musculares o generalizados en todo el cuerpo.
- Crónico.- Prolongado por mucho tiempo.
- Desgarro Perineal.- Lesión más o menos extensa, que se produce en el acto del parto cuando la vulva no es enteramente elástica o la cabeza fetal

- es demasiado voluminosa, o bien por la falta de protección adecuada del periné durante el paso de la cabeza.
- Decidua.-** Envoltura exterior del huevo que se forma a expensas de la mucosa uterina.
- Diástole.-** Dilatación o período de dilatación del corazón o de las arterias, especialmente de los ventrículos.
- Edema.-** La acumulación excesiva de líquido seroalbuminoso en el tejido celular.
- Endometritis.-** Inflamación de la mucosa uterina, caracterizada por la expulsión de porciones membranosas.
- Episiorrafia.-** Restauración por sutura de un periné desgarrado.
- Exacerbación.-** Aumento o exacerbación de la gravedad de un síntoma, dolor, fiebre, o de una enfermedad.
- Fétido.-** Que exala olor sumamente desagradable.
- Feto.-** Producto de la concepción, desde el final del tercer mes hasta el parto.
- Flebitis.-** Que tiende a la obliteración de la vena.
- Fosfenos.-** Sensación luminosa, producida por la presión del globo ocular.

- Hematocrito.**- Son los eritrocitos separados del plasma-sanguíneo.
- Hematopoyesis.**-Forma o producción de sangre especialmente de sus elementos celulares.
- Hemoglobina.**- Materia colorante de los eritrocitos que contiene el hierro de la sangre.
- hipersensibi**
lidad.- Aumento de la sensibilidad.
- Hipertensión.**- Aumento del tono o tensión en general especialmente aumento de la presión vascular sanguínea.
- Hipotonia.**- Tensión o tonicidad disminuida, especial - mente de los musculos.
- Histerectomía.**-Operación de extirpar parcial o totalmente por vía vaginal u abdominal el útero.
- Homeostásia.**- Tendencia al equilibrio o estabilidad orgánica en la conservación de las constantes fisiológicas.
- Incapacidad.**- Falta de capacidad o potencia, para el trabajo especialmente.
- Inminente.**- Que amenaza ocurrir prontamente.
- Intercurrente.**-Que aparece durante el curso de otra enfermedad y la modifica más o menos.
- Intrauterino.**- Dentro de la cavidad uterina.
- Laceración.**- Herida por desgarro.

- loquios.-** Derrame sanguíneo y seroso sucesivamente por la vagina en las primeras semanas después del parto. Se denominan sanguinolentos y rojos serosos, blancos segun predominen en ellos la sangre, el suero o los glóbulos blancos.
- Malformaciones.-** Anomalia o deformidad, especialmente congénita.
- Mastitis.-** Inflamación de la glandula mamaria; aguda inflamación de las glandulas mamarias y el tejido interlobular, con formación de abscesos, ordinariamente muy frecuente en los primeros días de la lactancia.
- Metabolismo.-** Conjunto de transformaciones físicas, químicas y biológicas que en los organismos vivos experimentan las sustancias introducidas o las que en ellos se forman.
- Morbilidad.-** Número proporcional de personas que enferman en una población y tiempo determinado.
- Mortalidad.-** Número proporcional de muertes en una población y tiempo determinado.
- Mutilación.-** Acción o efecto de cortar un miembro o

parte importante del cuerpo.

Organogénesis.-Desarrollo o crecimiento de los órganos.

Perinatología.-todo el ambiente que se relacione con la gestación.

Plasma.- parte líquida de la sangre en la que están suspendidos los elementos figurados.

Polaquiúria.- Emisión anormal frecuentemente de orina.

Predisposición.-Estado del organismo, congénito o adquirido, apto para contraer una enfermedad determinada.

Purulento.- Formado de pus o que lo contiene; asociado con la formación de pus o causado por este.

Serosanguíneo.-relativo a la sangre y al suero o que contiene sangre y suero.

Vasculo

Espasmódico.- aparición en vasos pequeños de espasmos sucesivos y repetidos.

BIBLIOGRAFIA.-

ALATORRE M, Angeles. TESIS PROFESIONALES; Ed. Porrúa 1982 pp. 282.

ALTERRIBA Esteban. PERINATOLOGIA CLINICA ;Ed. Salvat -- 1977 pp. 300.

Asociación Mexicana de Gineco-Obstetricia. CURSO DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO; México 1982.

BENSON S, Gorham. TRATAMIENTO DEL EMBARAZO DE ALTO RIESGO Interamericana 1979 pp. 370

BERKUMITZ L. Richard. CLINICAS DE PERINATOLOGIA, EMBARAZO DE ALTO RIESGO; Ed. Interamericana 1980 pp. 448

BETHEA C, Doris. ENFERMERIA MATERNO-INFANTIL; Ed. Interamericana 1982 pp. 200

BOOKMILLER. ENFERMERIA OBSTETRICA; Ed. Interamericana 1979 pp. 300

BRUNNER, Sudarth. ENFERMERIA MEDICO-QUIRURGICA; Ed. Interamericana 1978 pp. 878.

BURROW N, Gerard. COMPLICACIONES MEDICAS DURANTE EL EMBARAZO; Ed. Panamericana 1977 pp. 719

Centro Latinamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. ATENCION PRENATAL; Ed. Interamericana 1979 pp. 378

CHAVEZ Azuela, José. MORFOLOGIA DE LA PLACENTA HUMANA EN LAS TOXEMIAS; Ed. U.N.A.M. 1980 pp. 200

HELLINAN M, Louis. OBSTETRICIA; Ed Salvat 1980 pp. 906

- Instituto Mexicano del Seguro Social. CURSO MONOGRAFICO -
SOBRE COMPLICACIONES MEDICAS DURANTE EL EMBARAZO; Ed. I.M.
S.S. 1978 pp.364
- Instituto Nacional de Perinatología. BOLETIN INFORMATIVO
Ed.Inper 1983 pp.29
- Instituto Nacional de Perinatología. NORMAS Y PROCEDI-
MIENTOS DE OBSTETRICIA; Ed.Inper 1983 pp.369
- KARCHNER H, Samuel. PERINATOLOGIA AVANCES RECIENTES; 5a. -
Jornada médica I.M.S.S. 1972 pp. 92
- Leyes y códigos de México. CONSTITUCION POLITICA DE LOS-
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS; Ed. Porrúa 1980 pp. 134
- MARTINEZ T, Francisco. VALORACION DEL TRATAMIENTO DE MOR-
BILIDAD DE LA PREECLAMPSIA SEVERA Y ECLAMPSIA; Ed. I.M.S.S
1979 pp. 59
- MERCK, Sharp. EL MANUAL MERCK; Ed. Merck 1978 pp. 2236
- MEYERS H, Frederik. FARMACOLOGIA CLINICA; Ed. Manual Moder
no 1981 pp. 835
- NOVAK R, Jones. TRATADO DE GINECOLOGIA; Ed. Interamericana
1977 pp. 784
- ONTIVEROS, Cerda E. EMBARAZO DE ALTO RIESGO; Ed. I.M.S.S. -
1972 pp. 200
- PEREZ de Salazar Luis . PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA DIAGNOS-
TICO DIFERENCIAL; 2º Congreso de Gineco-Obstetricia 1975-
pp. 699

- REBOLLEDO Clement. PRIMIGESTAS ALCOSAS CONSIDERACIONES SOBRE SU MANEJO Y RESULTADOS; Ed. I.M.S.S. 1970 pp.481
- RODRIGUEZ velazquez Juana. PUERPERIO NORMAL, CONCEPTO ACTUAL DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA A PACIENTES HOSPITALIZADAS; Ed. I.M.S.S. 1976 pp. 100
- ROVINSKY, Joseph. COMPLICACIONES MEDICO-QUIRURGICAS Y GINECOLOGICAS DURANTE EL EMBARAZO; Ed. Interamericana 1976-pp. 721
- SOIFER, Raquel. PSICOLOGIA DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO Ed. Buenos Aires 1971 pp.166
- TISNE B, Louis. INTERRUPCION TERAPEUTICA DEL EMBARAZO EN EL TERCER TRIMESTRE; Ed. Santiago de Chile 1969 pp. 59
- TOURIS, Henrion MANUAL ILUSTRADO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA; Ed. Tery-Massor 1960 pp.553
- Universidad Nacional Autónoma Metropolitana. ASISTENCIA-MATERNO INFANTIL EN MEXICO; Ed U.A.M. 1976 pp. 45
- VALDERRAIN Bielva Pedro. COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y SU IMPORTANCIA EN LA ORGANIZACION DE UN SERVICIO DE OBSTETRICIA; Ed. I.N.P. 1960 pp.62