

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



TESIS

Vigilancia de la Involución Uterina en el puerperio inmediato a las mujeres que ingresan al servicio Unidad Tocoquirurgica del Hospital Dr. Manuel Gea González

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTAN:

CHAPARRO SÁNCHEZ MARÍA ADRIANA
HERNÁNDEZ PANUHAYA CAROLINA
HERNÁNDEZ SANJUAN VICTORIA
MORALES LANDA MARIVEL

DIRECTORA DE TESIS:

MAESTRA: MARIA AURORA GARCÍA PIÑA

MEXICO D.F NOVIEMBRE 2009



ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



SECRETARÍA DE
ASUNTOS ESCOLARES



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

ÍNDICE

	PAGINA
INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	
Objetivo general.....	3
Objetivo específico.....	3
I. Capítulo 1 Marco Conceptual	4
1.1 Puerperio	5
1.2 Cambios anatómicos y fisiológicos	6
II. Capítulo 2 Marco Referencial	22
2.1 Prevención, diagnóstico y manejo de la hemorragia obstétrica, junio 2002 secretaria de salud.....	23
2.2. Prevención, diagnóstico y tratamiento de las hemorragias durante el embarazo, parto y puerperio.....	24
2.3. Protocolo para tratamiento y prevención de las hemorragias obstétricas graves, buenos aires argentina 2007.	24
2.4. Código rojo: guía para el manejo de la hemorragia obstétrica, febrero 2009.....	27
III. Capítulo 3 Diseño de la Investigación	28
3.1. Población.....	29
3.2. Planteamiento del problema.....	31
3.3. Metodología.....	33

IV. Capítulo 4 Análisis de los Resultados	37
Representación gráfica	
• Instrumento A.....	42
• Instrumento B.....	49
• Instrumento C.....	62
V. Conclusiones.....	71
VI. Sugerencias.....	74
VII. Referencias Bibliográficas.....	76
VIII. Anexos.....	79
Anexo 1. Método de valoración de la involución uterina.....	80
Anexo 2. Niveles de la involución uterina.....	81
Anexo 3. Instrumento A.....	82
Anexo 4. Instrumento B.....	84
Anexo 5. Instrumento C.....	88
Anexo 6. Contenido de la instrucción educativa	91
Anexo 7. Programa de la instrucción educativa.....	96
Anexo 8. Cronograma de actividades.....	104

INTRODUCCIÓN

El puerperio es el periodo de ajuste al embarazo y parto, durante el cual los cambios anatómicos y funcionales retornan a su estado normal no gestacional¹, en esta etapa pueden ocurrir situaciones que ponen en riesgo la vida de la mujer, a pesar de que el puerperio es una etapa fisiológica en la que el organismo se compensa a los cambios anatomofisiológicos. La relajación del útero es una de las principales causas de hemorragia en el puerperio, por lo tanto la vigilancia del útero es de suma importancia en las primeras horas posparto.

La presente investigación se inició al observar que la intervención del profesional de enfermería en la vigilancia de la involución uterina es relevante para la prevención de hemorragias posparto (siempre y cuando estas hemorragias se asocien únicamente a problemas con la involución del útero), siendo ésta una de las causas de morbimortalidad materna.

El presente trabajo se conforma de cuatro capítulos, en el primero y segundo capítulo se integra por el marco conceptual y referencial, consultando diversas fuentes de información científica e institucional que enfatizara la realización correcta de la vigilancia de la involución uterina en el puerperio inmediato, cabe mencionar que en las fuentes existe un panorama acerca de las complicaciones durante el puerperio; sin embargo no existen acontecimientos o resultados evidentes acerca de la prevención de hemorragias posparto a través de la vigilancia de la involución uterina; los artículos encontrados refieren que se tiene que vigilar la involución uterina, sin mencionar la técnica o procedimiento idóneo.

En el tercer capítulo se hace mención del diseño de investigación, se describe el universo, muestra, población, tipo de investigación etc. La metodología empleada para desarrollar este trabajo se ejecutó en tres fases: la de recolección de datos a través del

¹ Decherney H. Y Nathan L. (2003). *Puerperio Normal Diagnóstico y Tratamiento Obstétrico*. México: Manual Moderno. Pp.289

instrumento A (Ver anexo 3), éste se realiza en forma de “sombra” teniendo como resultado el panorama general de los elementos teórico - prácticos con que cuenta el profesional de enfermería. En una segunda fase se aplicó el instrumento B (Ver anexo 4), el cual es una cédula diagnóstica que permitió conocer los elementos teóricos con que cuenta el profesional de enfermería que labora en UTQ, reflejando que hay una incongruencia con la primer fase, ya que en esta evaluación el profesional de enfermería en general tiene los elementos teóricos necesarios que le permite realizar la vigilancia de la mujer en el puerperio inmediato; por lo que se decidió de acuerdo a los resultados obtenidos de los instrumentos aplicados, realizar una instrucción educativa (ver anexo 7); con la finalidad de retroalimentar los conocimientos teórico-prácticos del profesional de enfermería. Finalmente, después de la intervención educativa se evaluó a través del Instrumento C (ver anexo 5); en el cual se detectó que el profesional de enfermería se mostró participativo.

En el capítulo cuarto correspondiente a los resultados obtenidos, los cuales se representa de forma gráfica y estadística, para analizar los resultados que se obtuvieron y hacer una comparación del proceso de investigación.

El trabajo se culmina dando a conocer las conclusiones y sugerencias para la realización del proyecto, así también la bibliografía consultada.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar si el profesional de enfermería del Hospital General Dr. Manuel Gea González, que labora en la unidad Toco Quirúrgica, realiza adecuada y oportunamente la vigilancia y monitorización de la involución uterina en el puerperio inmediato.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conocer los elementos académicos con los que cuenta el profesional de enfermería para la vigilancia de la involución uterina en el puerperio inmediato
- Unificar criterios y acciones para la prevención y diagnóstico oportuno de posibles hemorragias en el puerperio inmediato relacionadas con la involución uterina.
- Fortalecer las actividades de comunicación educativa y participación activa del profesional de enfermería que labora en la Unidad Tocoquirúrgica.
- Llevar a cabo una intervención educativa con la finalidad de retroalimentar y/o capacitar al personal de enfermería.

CAPÍTULO I

El puerperio

1. MARCO CONCEPTUAL

1.1 PUERPERIO

Es la etapa del estado gástrico puerperal que comprende desde que termina el alumbramiento hasta que la involución genital del organismo materno se completa. Este período dura de 6 a 8 semanas y es el tiempo que el organismo materno emplea en regresar a las condiciones pregestacionales, es decir, todas a aquellas modificaciones que se presentaron en el embarazo y en el parto van a desaparecer.²

Algunos investigadores se refieren al puerperio como “cuarto trimestre”, y aunque el tiempo transcurrido no debe abarcar necesariamente tres meses, esta terminología demuestra la idea de continuidad.

Desde el punto de vista clínico, el puerperio se divide en tres períodos que son:

- **Puerperio inmediato**

En el período de puerperio inmediato el útero continúa con fases de contracción y relajación alternas, hasta que alcanza un estado de contracción fija, permanente e irreversible, constituyéndose así el globo de seguridad.³

Este período empieza con el alumbramiento de la placenta y sus anexos hasta las primeras 24 hrs. y durante él se pueden presentar complicaciones severas como hipotonía o atonía uterina, pues los vasos sanguíneos abiertos en la zona de inserción placentaria, solamente se cierran con la contracción. Pero si el útero está relajado por más tiempo de lo normal, los vasos sanguíneos permanecen abiertos y la puérpera seguirá sangrando y estas hemorragias son tan peligrosas, que en pocos minutos puede ocasionar la muerte, por tanto es imperativa la vigilancia estrecha del sangrado y tono uterino.

² Ramírez Alonso F. (2002). *Obstetricia para la Enfermera Profesional*. México: Manual Moderno. pág.181.

³ Ramírez (2002). op. cit; pág.186

- **Puerperio mediato**

En esta etapa el útero ya ha alcanzado su estado de contracción fija, permanente e irreversible, generalmente empieza en las primeras 25 horas hasta la primera semana posparto.

- **Puerperio tardío o de recuperación**

Incluye el periodo necesario para la involución de los órganos genitales y el reinicio de la menstruación que por lo común abarca desde el día 8 hasta seis semanas posparto en mujeres que no amamantan, y la normalización en las funciones cardiovasculares y psicológicas que pueden requerir meses.

1.2 CAMBIOS ANATÓMICOS Y FISIOLÓGICOS DURANTE EL PUERPERIO

- **Involución Uterina**

El útero aumenta notablemente de tamaño y peso durante el embarazo, (alrededor de 10 veces más que el útero no grávido, alcanzando un peso neto de 1000gr). pero involuciona rápidamente después del parto hasta el peso no gestante de 50 a 100 g. Al final de la primera semana posparto, habrá disminuido el tamaño de una gestación de 12 semanas y se palpa en la sínfisis del pubis. Los cambios ocurridos en la superficie uterina se deben principalmente a modificaciones de la longitud del órgano, puesto que el diámetro transversal permanece hasta cierto punto constante durante el puerperio.⁴

Después del parto el fondo uterino se eleva hasta el nivel del ombligo, o a un diámetro transversal de dedo (1.0 cm) por arriba del mismo (anexo 2). Si el útero está más alto o se encuentra desviado desde la línea media y se siente pastoso, la causa más probable de su desplazamiento será la vejiga urinaria distendida. Como están estirados aún los ligamentos uterinos, la vejiga llena puede desplazar con facilidad al útero. Este último

⁴ Decherney H. Y Nathan L. (2003). *Puerperio Normal Diagnóstico y Tratamiento Obstétrico*. México: Manual Moderno. pág.289

debe valorarse de inmediato después de vaciar la vejiga, y se anotarán los cambios de altura y de posición. Cada día subsecuente al parto el útero debe descender hacia la pelvis aproximadamente 1 cm. Si la madre está amamantando, a su hijo se facilitará la involución uterina por la liberación de oxitocina desde la hipófisis anterior como reacción a la succión, y el útero puede descender con mayor rapidez hacia la pelvis en estos casos.

Después del parto el útero se conserva a aproximadamente del mismo tamaño durante uno a dos días, y a continuación empieza a atrofiarse con la misma rapidez hasta que, dentro de las dos semanas que siguen al parto, el fondo se convierte en órgano pélvico y ya no se puede palpar por vía abdominal.

- **Valoración de Involución Uterina**

Si no hay complicaciones o retención de secundinas, el útero se aproxima al tamaño que tenía antes del embarazo en plazo de cinco a seis semanas. Son igualmente impresionantes los cambios del peso uterino. Aunque el útero pesa 1 000 a 1 200 gr. a término, su peso disminuye a 500 g a la semana, a 300 g a las dos semanas y a 100 g después de la tercera semana. Esta reducción del peso no es causada por disminución del número de células musculares, sino que ocurre porque éstas se vuelven más delgadas. Al disminuir de manera impresionante las concentraciones circulatorias de estrógenos y progesterona después del desprendimiento de la placenta, las células uterinas se atrofian y empieza a corregirse la hiperplasia del embarazo. Se liberan enzimas proteolíticas y emigran macrófagos hacia el útero para fomentar la autólisis (auto digestión).

El material proteínico de la pared uterina se desintegra y absorbe. Por tanto, el proceso es básicamente de reducción de tamaño celular más que de disminución radical del número de células. Se emplea el término “involución” para describir la reducción rápida de tamaño y el retorno del útero a un estado normal semejante al del estado nulíparo.

Después de la separación de la placenta, la decidua es irregular, con aspecto desgarrado y de espesor variable. La capa esponjosa de la decidua se desprende a manera de loquios, y la capa basal de la misma se conserva en el útero para diferenciarse en dos capas dentro de las primeras 48 a 72 horas que siguen al nacimiento.

La capa más exterior se vuelve necrótica y se desprende con los loquios. La capa que está más cerca del miometrio contiene las glándulas endometriales del fondo uterino, las cuales se encargan de originar el nuevo endometrio. Salvo en el sitio de inserción de la placenta, el endometrio está formado por las glándulas endometriales del fondo en proliferación y por el estroma del tejido conectivo interglandular. Este proceso termina en cerca de tres semanas.

La involución del sitio de implantación de la placenta experimenta un proceso semejante, y se cree que en general requiere seis semanas para terminar.

Después de la separación el sitio de implantación de la placenta se contrae hasta convertirse en una región de 8 a 9cm de diámetro aproximadamente, que se ve elevada e irregular. La hemorragia de los grandes vasos uterinos queda controlada por la compresión de las fibras musculares uterinas contraídas.

El sitio de implantación de la placenta está constituido por muchas sinusoides vasculares trombosados a los cuales el cuerpo trata como a cualquier otro sitio vascular coagulado. Algunos de estos vasos quedan obliterados por último, y los sustituyen vasos nuevos.

Algunos de los factores que retrasan la involución uterina son: trabajo de parto prolongado, analgesia excesiva, parto difícil, gran multiparidad, vejiga llena y expulsión incompleta de los productos de la concepción. Algunos factores que fomentan la involución son: trabajo de parto y parto no complicados, expulsión completa de los productos de la concepción, alimentación al pecho y deambulación temprana.

Es necesario establecer no sólo la localización sino también la consistencia del útero, puesto que es el estado de contracción uterina lo que controla y previene la hemorragia. Es necesario palpar el útero después del parto a intervalos frecuentes: cuatro veces cada 15 minutos; dos veces cada 30 minutos; dos veces cada hora, y una vez cada ocho horas, para verificar que conserva la consistencia firme y valorar su grado de involución. Se tendrá cuidado de no aplicar masaje en exceso, pues fatigaría al músculo y daría por resultado atonía. Se instruye a la mujer y se le anima para que se aplique masaje suave al útero a intervalos con objeto de fomentar la contracción uterina.

La primera valoración se lleva a cabo en la sala de expulsión antes de la transferencia, los controles inmediatos en el puerperio inmediato se llevan a cabo cada 15 minutos. Para asegurar el bienestar de la madre, se efectúan valoraciones escrupulosas, ya que en este momento ella corre mayor riesgo de hemorragia puerperal y de presentar hematomas.

Si hay algún cambio en el personal de enfermería y la enfermera de trabajo de parto y expulsión no es la misma de la enfermera de recuperación, es preciso proporcionarle un reporte completo. Este incluye el nombre del médico que atendió el parto, método de expulsión, si se efectuó episiotomía, presencia de laceraciones, tipo de anestesia, que solución I.V., se administro y en qué cantidad, la cantidad de oxitocina que se aplico (si no se uso cualquier tipo de medicamento que se haya dado para reducir la hemorragia), en qué momento orino la madre por última vez, sexo del niño y cualquier tema pertinente que debe tenerse en cuenta al igual que la historia médica relativa y cualquier orden medica que deba llevarse a cabo de inmediato.

Durante la primera hora se da masaje al fondo y se registra su estado y posición. Inmediatamente después del parto el útero pesa alrededor de 1 kilogramo y su tamaño se aproxima al de un embarazo de 20 semanas (a nivel del ombligo).⁵

⁵ Reedor S. Martín L.L; Y Koniak,D. (1996) *Atención del Trabajo de Parto Normal* Enfermería Materno Infantil. México: Mac Graw Hill Interamericana. pág.515

- **Loquios**

Una de las capacidades más específicas del útero es su poder para deshacerse de los desechos que tienen en su interior después del parto. Esta descarga se llama en términos generales loquios, y se clasifica según su aspecto y su contenido.

Los loquios rojos son la secreción uterina sanguinolenta que contienen restos de tejido y decidua.

Se denominan loquios serosos cuando pocos días después se vuelven serosos y más pálidos. Durante la segunda semana pos parto, los loquios se vuelven más espesos mucoides y de color blanco amarillento (loquios blancos) coincidiendo con un predominio de leucocitos y células desiduales degeneradas.⁶

El volumen total de los loquios expulsados es de 240 a 270 ml aproximadamente, y se produce reducción gradual de este volumen. La descarga es más intensa por la mañana que por la noche, pero no está claro aún que esta diferencia sea real o aparente.

Una explicación lógica sería que la posición de decúbito por la noche tiende a causar acumulación de los loquios en vagina y útero, y que salen de manera subsecuente cuando se adopta la posición erigida. La cantidad de loquios puede incrementarse también a causa del esfuerzo o de la alimentación al pecho.

Es necesario valorar los loquios no sólo para identificar la presencia de hemorragia, sino también para valorar la involución uterina. Tipo, cantidad y consistencia de los loquios señalan el estado de salud del sitio de implantación de la placenta, y es necesario observar los cambios progresivos a partir del color rojo brillante (durante el parto) hacia el color rojo oscuro y los colores rosados a blanco transparente de la descarga. La descarga persistente de loquios rojos, o la reaparición de los mismos, indican subinvolución o hemorragia pos-parto tardía.

⁶ Decherney H. Y Nathan L. (2003).op.cit; pág.291

La hemorragia vaginal se valora según cantidad, color y presencia de coágulos o mal olor. La secreción perperal normal empieza como loquios hemáticos (color rojo brillante), que contienen sangre, restos de tejido y decidua.

Se anota la cantidad de hemorragia: escasa, ligera, moderada, o abundante. Surgen problemas cuando no se estandarizan las cantidades o cuando las enfermeras usan distintas medidas. Se sugiere el siguiente método para registrar el sangrado vaginal.

Escaso: solo aparece sangre cuando se limpia la región o se produce mancha menor de 2.5cm., en la toalla.

- **Ligero:** mancha menor de 10cm., en la toalla.
- **Moderado:** mancha menor de 15 cm., en la toalla.
- **Abundante:** toalla saturada en una hora.⁷

• **Cambios Cervicales**

Después del parto el cuello es esponjoso, flácido e informe y, a veces, de aspecto contundido. El orificio externo tiene un contorno bastant regular que sugiere desgarros pequeños y múltiples. Cierra con lenitud. Acepta dos dedos con facilidad durante unos cuantos días después del parto, pero hacia el final de la primera semana sólo queda una abertura del tamaño de la punta de un dedo.

La forma del orificio externo cambia de manera permanente después del primer parto. El orificio externo puntiforme característica de la nulípara cambia a una hendidura hacia los lados (boca de pescado) de la multípara. Después de uno o varios desgarros cervicales importantes el cuello puede tener un aspecto asimétrico.

⁷ Reeder S. Martín, L.L. Y Koniak,D.(1996). op.cit. pág. 515

- **Cambios Vaginales**

Tras el parto la vagina se encuentra edematosa y puede presentar hematomas y ser evidentes pequeñas laceraciones superficiales y las rugosidades están obliteradas.

El tamaño de la vagina disminuye y los pliegues recuperan su forma a las tres semanas aunque ya no las de la nulípara.

Los labios mayores y menores se encuentran más flácidos en la mujer que ha dado a luz a comparación con la que no.

- **Cambios Perineales**

Durante el principio del periodo posparto, los tejidos blandos del perineo y las zonas vecinas pueden verse edematosos con cierto amoratamiento. Si se ha efectuado episiotomía, deben aproximarse los bordes de la misma. En ocasiones ocurre equimosis, que puede retrasar la cicatrización.

- **Restablecimiento de la Ovulación y la Menstruación**

En general la menstruación reaparece, en las mujeres que no amamantan a sus hijos, en plazo de seis a ocho semanas después del nacimiento. Sin embargo, se ha demostrado que en cerca de 40% a 45% de las mujeres que no amamantan a sus hijos la menstruación reaparece de seis a ocho semanas posteriores al parto; el 50% de los ciclos iniciales son anovulatorios.

Globalmente, el 75% de las madres no lactantes ha recuperado la menstruación hacia las 12 semanas y el 25% restante a los seis meses.⁸

⁸ Nieland Ladewig P; L. London M. y M. Moberly S.(2006). *Enfermería Maternal y del Recién Nacido*, España: McGRAW - Hill. Interamericana.pág.815

- **Abdomen**

Si fuera visible durante el puerperio, se tendría la impresión de que el peritoneo envuelve a la parte baja del útero con pliegues desiguales. Estos pliegues suelen desaparecer durante los primeros días. De manera semejante los ligamentos uterinos se estiran (principalmente los redondos y los anchos), pero requieren un tiempo mucho mayor para recuperarse. La propia pared abdominal se ha estirado también y se verá flácida durante cierto tiempo.

El tono de los músculos abdominales mejorará en gran medida en plazo de dos a tres meses mediante ejercicios. En la gran multípara, en la mujer que ha ocurrido sobredistensión abdominal o en la que tiene tono muscular pobre antes del embarazo, quizá el abdomen no recupere su buen tono y se conserve flácido en cierto grado.

Se llama diastasis de los rectos abdominales a la separación de los músculos de este nombre que puede ocurrir durante el embarazo, particularmente en mujeres que tienen tono muscular abdominal pobre. En caso de diastasis parte de la pared abdominal carece de apoyo muscular y está constituida además por piel, grasa subcutánea, fascia adelgazada y peritoneo.

La diastasis de los músculos rectos del abdomen y el tono muscular pobre reaccionan bien a los ejercicios abdominales. La mejoría depende también del estado físico de la madre, el número total de embarazos que ha tenido y la magnitud de los ejercicios físicos que efectúe. Estos pueden iniciarse inmediatamente después del parto vaginal, y en plazo de unas cuantas semanas después de operación cesárea. Si no se recupera el tono de los músculos rectos, quizá se carezca de apoyo adecuado para los futuros embarazos. Esto daría por resultado abdomen péndulo y aumento de la dorsalgia materna.

Las estrías (cicatrices de estiramiento) que se han producido como resultado de estiramiento y rotura de las fibras elásticas de la piel, tienen un color rojo a purpúreo en el momento del nacimiento. Desaparecen gradualmente y, después de cierto tiempo, se manifiestan como landas argénticas o blancas.

- **Aparato Digestivo**

Es común el hambre después del parto, y la madre puede disfrutar una comida ligera. A menudo está muy sedienta y beberá grandes cantidades de líquido tan pronto como se le permita hacerlo. Quizá siga bebiendo mucha agua para restituir la que perdió durante el trabajo de parto por la orina y la transpiración.

El intestino tiende a ser perezoso después del parto a causa de disminución de su tono muscular y de la presión intraabdominal. Además, el dolor de la episiotomía planeada (especialmente cuando es mediolateral), de los desgarros ocurridos y de las hemorroides hace que la mujer retrase la eliminación por temor a incrementar el dolor, o porque cree que se le soltarán los puntos a causa de la tensión del gran esfuerzo.

Al rehusarse a evacuar el intestino o al retrasar la evacuación del mismo la mujer puede producir estreñimiento cada vez más intenso, y más dolor cuando ocurra por último la eliminación.

La evacuación del intestino puede volverse un problema después de adoptar la mujer la dieta si ha recibido un enema evacuante como parte del procedimiento de ingreso durante el trabajo de parto, y no ha ingerido alimentos sólidos mientras se encuentra en el mismo. Animar a la deambulación, forzar la ingestión de líquidos y ofrecer frutas frescas y fibra en la dieta fomentará la alimentación intestinal y ayudará a la mujer a restablecer su patrón intestinal normal.

- **Aparato Urinario**

El aumento de la capacidad vesical y la disminución de la sensibilidad a la presión del líquido, la tumefacción y la aparición de moretones de los tejidos que rodean a la uretra, la disminución de la sensibilidad de decúbito exponen a la mujer al riesgo de sobredistensión, vaciamiento incompleto y acumulación de orina residual. Además, las mujeres que han recibido anestesia de conducción experimentan inhibición del

funcionamiento neural de la vejiga, y son más propensas a las complicaciones vesicales.

La excreción de orina se incrementa durante el principio del periodo posparto (primeras 12 a 24 horas) a causa de la diuresis puerperal. El riñón debe eliminar un volumen estimado de líquido extracelular de 2 000 a 3 000 ml relacionado con el embarazo normal. La eliminación vesical plantea un problema inmediato. Si se ha producido estasis, se incrementan los riesgos de infección de las vías urinarias.⁹

- **Signos Vitales**

Durante el periodo posparto, con excepción de las primeras 24 horas la mujer debe encontrarse afebril y normotensa, puede presentar una temperatura de 38°C después del parto como resultado del esfuerzo y de la deshidratación del trabajo de parto.

Deberá pensarse en infección en la mujer que tiene una temperatura de 38°C o más durante dos días cualesquiera de los 10 días que siguen al parto, salvo las primeras 24 horas, si la temperatura se toma por lo menos cuatro veces al día.

Las lecturas de presión arterial deben conservarse estables después del parto. La disminución puede indicar readaptación fisiológica a la disminución de la presión intrapélvica, o relacionarse con hemorragia uterina. La elevación de la presión arterial, en especial cuando se acompaña de cefalea, sugiere preeclampsia, por lo que se rá necesario valorar más a fondo a la mujer.

Ocurre a menudo bradicardia puerperal con frecuencia de 50 a 70 latidos por minuto durante los 6 a 10 primeros días del periodo posparto. A veces se relaciona con disminución del esfuerzo cardiaco, disminución del lecho vascular después del parto, contracción del útero y aumento del volumen por contracción. Ocurre taquicardia menos a menudo, y se relaciona con aumento de la pérdida de sangre o trabajo de parto y partos prolongados y difíciles.

⁹ Sally B. Olds, L. London M. y A. Ladewig P. (1987). *Enfermería Materno Infantil*. México: Interamericana. pág.1030

- **Valores Sanguíneos**

Los valores sanguíneos deben volver a los observados antes del embarazo hacia el final del periodo posparto. La activación de los factores de la coagulación asociada a la gestación puede persistir durante tiempo variable en el periodo posparto. Este fenómeno, junto con los traumatismos, la inmovilidad o la sepsis, predispone a la mujer al desarrollo de tromboembolia. El fibrinógeno plasmático se conserva a las concentraciones del embarazo durante una semana, lo que explica la mayor sedimentación eritrocítica que se observa al principio del puerperio.

Con frecuencia existe leucocitosis con un recuento de glóbulos blancos de 15 000 a 20 000/ mL.¹⁰ La concentración de hemoglobina y el hematocrito son difíciles durante los primeros dos días posparto debido a volumen sanguíneo cambiante

La pérdida de sangre promedio es de 500 ml durante el parto vaginal, y de 700 a 1 000 ml en caso de cesárea¹¹. Como no ocurre destrucción rápida de eritrocitos después del parto, la disminución del número suele producirse gradualmente según la vida media de los mismos. Los valores de hemoglobina y hematocrito varían desde el principio del puerperio, pero deben aproximarse a los valores previos al parto o exceder a los mismos en plazo de dos a seis semanas al aproximarse las concentraciones normales.

Conforme se excreta líquido extracelular sobreviene hemoconcentración, con incremento concomitante del valor hematocrito. La disminución de los valores indica pérdida de sangre anormal. Puede seguirse una regla cómoda: la disminución de cuatro puntos del valor hematocrito equivale a un litro de sangre perdida.

- **Pérdida De Peso**

Ocurre inicialmente una pérdida de peso de 4.60 a 5.52 kg como resultado de la expulsión del feto, placenta y líquido amniótico desde la cavidad uterina. La diuresis

¹⁰ Nieland . *et al.* (2006) *op.cit.* pág. 817

¹¹ Bayli, R.E. (2004) *Puerperio Normal y Complicado*; Manual de la Enfermería. España: Océano /Centrum. Pág. 809

puerperal constituye una pérdida de 2.30 kg durante el principio del puerperio. Entre la sexta y la octava semana que siguen al parto la mujer ha recuperado su peso aproximado antes del embarazo si ha ganado en promedio 11.5 a 13.8kg de peso.¹²

- **Escalofríos Posparto**

Frecuentemente la madre experimenta escalofríos intensos después del parto que se relacionan con una respuesta neural o con cambios vasomotores. Si no se sigue de fiebre, el fenómeno será clínicamente inocuo pero molesto para la mujer. En muchos hospitales se cubre a ésta con cobertores tibios para aliviar la sensación de frío. La madre puede encontrar también de utilidad una bebida caliente. Más tarde durante el puerperio, escalofríos y fiebre indican infección y requerirán valoración.

- **Diaforesis Posparto**

La eliminación del exceso de líquido y los productos de desecho por la piel durante el puerperio produce una transpiración muy incrementada. Ocurren a menudo crisis de diaforesis por la noche, y la mujer puede despertarse empapada en sudor. La práctica de cubrir el colchón con una lámina de plástico protectora contribuye también al malestar de la puérpera. Situación que debe observarse para evitar, alteraciones en la normotermia, es indispensable proteger con un cobertor térmico y una sábana con objeto de disminuir su contacto con la piel, y deberán cambiarse las ropas de cama y la bata si sobreviene diaforesis.

- **Entuertos**

Los entuertos son más frecuentes en multíparas que en primíparas y están causados por contracciones uterinas intermitentes. Aunque el útero de la primípara suele

¹² Nieland . *et al.* (2006) op.cit. pág. 817

conservarse contraído de manera sostenida, la pérdida del tono del útero multíparo da por resultado contracción y relajación alternas. Sobreviene este fenómeno también si el útero se ha distendido de manera notable, como ocurre en caso de embarazo múltiple o de polihidramnios, o si se retuvieron cóculos o fragmentos placentarios. Estos entuertos pueden hacer que la madre experimente malestar intenso durante dos a tres días después del parto. La administración de agentes oxitócicos estimula las contracciones uterinas e incrementa el malestar de los entuertos. Como se libera oxitocina hacia la sangre cuando el lactante mama, la alimentación al pecho incrementa también la intensidad de los entuertos.

- **Adaptaciones Psicológicas del Puerperio**

Rubin (1961) describe el primer periodo como fase de adaptación. Este periodo, que dura dos o tres días, se caracteriza por pasividad y dependencia maternas. La madre obedece las sugerencias, está ansiosa por tomar decisiones y aún se encuentra preocupada e incierto grado por sus propias necesidades. Aspectos de primera importancia para ella son alimentos y sueño. Espera con ansiedad el momento de la comida, y son comunes las charlas relacionadas con los alimentos entre las madres. Durante esta fase la nueva madre es parlanchina pero pasiva.

La fase de tomar y retener se inicia aproximadamente al segundo o al tercer día después del parto. La madre ha tenido tiempo de aliviar sus experiencias, adaptarse a su nueva vida, descansar y recuperarse del nacimiento de su hijo. Ahora se encuentra lista para readaptar el control de su propia vida, inicialmente esta fase abarca el control de sus funciones corporales. Está preocupada por su eliminación intestinal y vesical. Si está amamantando a su hijo, quizá se preocupa por la cantidad de su leche y su capacidad para alimentarlo con éxito. Requiere que se le tranquilice constantemente diciéndole que lo está haciendo bien.

Este periodo de tener éxito se manifiesta también en las preocupaciones por su capacidad para ser una “buena” madre. Si el lactante está soñoliento durante la alimentación o escupe la leche, la madre puede considerar que esto es un fracaso

personal. La enfermera extremadamente experta para manipular al niño desencadena sentimientos de insuficiencia, que pueden ser agotadores y desmoralizantes para la madre.

La “tristeza posparto” consiste en un periodo transitorio de depresión que sobreviene a menudo durante el puerperio. Se puede manifestar como anorexia, tendencia al llanto, dificultad para dormir y sensación de “derrota”. Esta depresión sobreviene a menudo durante la hospitalización, aunque puede suceder también en el hogar. Se considera que son factores causales tanto adaptación del ego como cambios hormonales, aunque también pueden desempeñar una función la fatiga, el malestar, la sobrecarga estimuladora o la privación de estímulos.

- **Cambios en el Sistema Músculo Esquelético**

Durante los primeros días, los niveles de la hormona relaxina decrecen y los ligamentos y cartílagos de la pelvis empiezan a recuperar su estado previo al embarazo, con el alumbramiento desaparece la influencia de la progesterona sobre el tono muscular, el cual empieza a restablecerse en todo el cuerpo, sobre todo en los músculos rectos del abdomen y en el pubococcígeo, en la mayoría de las mujeres el abdomen está distendido, flácido y débil; los músculos abdominales, incluidos el recto del abdomen, se separan de manera que se puede presentar diastasis de los rectos.

- **Extremidades Inferiores**

Durante la última etapa del embarazo, la estasis venosa contribuye a la trombosis en las extremidades inferiores, así mismo como las piernas de la madre fueron colocadas en estribos durante el parto y los vasos sanguíneos podrían haberse lesionado, debe valorarse para detectar oportunamente complicaciones

- **Cambios en el Sistema Circulatorio**

Los ajustes en la vascularidad después del nacimiento son rápidos, hay cambios inmediatos e impresionantes en el volumen sanguíneo:

- La eliminación de la placenta desvía de 500 a 750 mililitros de flujo sanguíneo a la circulación de la madre.
- La reducción rápida del tamaño del útero pone más sangre en circulación.
- El flujo sanguíneo aumenta en la vena cava al desaparecer la presión ejercida por el útero grávido.
- Se movilizan los líquidos corporales acumulados durante el embarazo.

El organismo de una mujer sana puede efectuar estos cambios, pero una mujer con trastornos cardíacos puede enfrentar complicaciones. El volumen sanguíneo excesivo que se requiere durante la gravidez se elimina mediante diuresis y diaforesis que puede llegar a ser de hasta 3 litros al día.

- **Cambios en el Sistema Nervioso**

Los cambios son el resultado de revertir las acciones y adaptaciones maternas a la gravidez y los que resultan por el trauma por el proceso de parto. Algunas mujeres presentan escalofrío pos parto, lo que puede estar relacionado con una respuesta nerviosa vasomotora y no por el frío en la sala de expulsión.

- **Cambios en el Sistema Tegumentario**

Como resultado de la elevación de las hormonas durante el embarazo se presentan cambios en la piel, los niveles en la hormona estimulante de los melanocitos que provoca la hiperpigmentación durante la gravidez, bajan rápidamente después del alumbramiento, lo cual es notorio en el desvanecimiento del cloasma en la cara y en la línea negra, también desaparece gradualmente el eritema palmar que se desarrolla como consecuencia del aumento en los niveles de estrógenos.

Las estrías de la gravidez que aparecieron en el abdomen, muslos y senos se convierten paulatinamente en líneas plateadas y se notan menos, aunque no desaparecen del todo. Esta avanza el nivel de prolactina aumenta al igual que el oxitocina que ayuda a mantener el útero contraído y también a la salida de leche durante la lactancia. En las mujeres que no lactan el nivel de prolactina declina y alcanza su nivel anterior a la gestación al cabo de los 14 días.

- **Uso de Oxitócicos**

Tras la separación y alumbramiento de la placenta en la tercera etapa del trabajo de parto, se logra la hemostasia del sitio placentario por vasoconstricción del miometrio.

Puede administrarse oxitocina, megestrol acetato o ergonovina según indicaciones médicas, para estimular las contracciones uterinas y para controlar la hemorragia. Los oxitócicos no son necesarios en la mayoría de los casos, pero se emplean porque reducen las pérdidas por hemorragia y favorecen la seguridad general de la madre.¹³

La fracción oxitócica que se separa del extracto de hipófisis posterior se denomina oxitocina; es empleada porque no tiene efectos vasopresores fuertes.

El efecto secundario más importante de la oxitocina es su acción antidiurética.

La ergonovina es un alcaloide del cornezuelo del centeno y es un oxitócico poderoso; estimula las contracciones uterinas y ejerce un efecto que persiste varias horas. Puede ocasionar hipertensión arterial.

La elección del oxitócico depende del agente anestésico que se haya empleado. La oxitocina está contraindicada si se administraron fármacos con acción simpaticomimética.

¹³ Reeder *et al* (1996). op.cit. pág. 510

CAPÍTULO II

Marco Referencial

La revisión bibliográfica se realizó a través de búsqueda electrónica, con el objetivo de encontrar evidencia científica actualizada en relación a la vigilancia de la involución uterina en el puerperio inmediato. Los documentos revisados de la temática de puerperio comprenden desde el 2002 y son los siguientes:

2.1 PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA HEMORRAGIA OBSTETRICA, JUNIO 2002 SECRETARIA DE SALUD

La hemorragia obstétrica constituye la segunda causa de mortalidad materna en nuestro país y en un número considerable de casos que originan secuelas orgánicas irreversibles.

Dentro de las causas más frecuentes de la hemorragia obstétrica se encuentran: la atonía uterina, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta normo inserta, acretismo placentario, trauma obstétrico, retención de restos placentarios, inversión uterina y las coagulopatías, por lo que la atención prenatal debe enfatizar acciones de tipo preventivo, a través de la detección temprana de síntomas y signos de embarazo de riesgo, en equilibrio con acciones de intervención incluyendo el diagnóstico oportuno de circunstancias patológicas y su manejo adecuado¹⁴.

Por lo cual es necesario concientizar al profesional que este lineamiento técnico tiene como propósito el de orientar debidamente al personal responsable de los servicios de atención perinatal sobre la identificación oportuna de factores de riesgo preconcepcional y gestacional, unificando criterios para la prevención, atención y/o referencia de la mujer con hemorragia obstétrica en el ámbito institucional y el comunitario

¹⁴ Secretaría de salud, 2002 [En línea] Consultado: (10-08-09). Disponible en: <http://www.ssa.gob.mx>

2.2 PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS HEMORRAGIAS DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

Datos de la Organización Mundial de la Salud reporta que existen en el mundo 529,000 muertes maternas al año, de las cuales 166,000 son originadas por hemorragia obstétrica, lo que representa el 25% del total de las muertes maternas. De estas más del 50% se presentan en las primeras 4 horas posparto.

La hemorragia obstétrica es la pérdida sanguínea que puede presentarse durante el periodo grávido o puerperal (superior a 500 ml posparto o 1,000 poscesárea) proveniente de genitales internos o externos. La hemorragia puede ocurrir en el interior (cavidad peritoneal) o en el exterior (a través de los genitales externos)¹⁵.

2.3 PROTOCOLO PARA TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE LAS HEMORRAGIAS OBSTETRICAS GRAVES, BUENOS AIRES ARGENTINA 2007.

Este protocolo hace referencia que la incidencia de la hemorragia obstétrica grave postparto es del 5% a 15% aproximadamente, con una mortalidad del 1/1.000 en países en vías de desarrollo.

El 75-90 % de los casos corresponden a atonías uterinas. La mortalidad materna global es 530.000 casos anuales, una cuarta parte consecuencia de hemorragias obstétricas.

¹⁵ Secretaria de Salud, 2006[En línea] Consultado: (10-08-09) Disponible en: http://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/nls/boletines/PME_17.pdf

Se estima que en el mundo mueren unas 140.000 mujeres por año, una cada cuatro minutos, a causa de hemorragia obstétrica.

La hemorragia obstétrica plantea una problemática que comprende tres aspectos distintos que influyen sobre la morbimortalidad, y deben abordarse simultáneamente:

1. Aspecto científico: se refiere al conocimiento de la patología y de los recursos terapéuticos disponibles.
2. Aspecto vinculado con los recursos: está referido a la disponibilidad de infraestructura y materiales apropiados, (instrumental, suturas, medicamentos, equipamiento, catéteres, entre otros), y de la cantidad de personal médico y paramédico entrenado.
3. Aspecto cultural: Es un concepto amplio y responsable en alguna medida del elevado número de decesos. Se refiere a las decisiones políticas a la hora de organizar y disponer los recursos terapéuticos y la logística necesaria. Esto no solo abarca a las autoridades gubernamentales, sino también a los responsables de tomar decisiones en los distintos centros de salud estatales o privados, y también al médico afectado a la atención de cada caso, quien en definitiva tendrá que tomar decisiones acertadas y en el tiempo oportuno.

Se citó como ejemplo de políticas opuestas, lo acontecido en la India y en Escandinava.

En India, la esposa preferida del Shah Jahan, (emperador de principios del siglo XVII), la emperatriz Mumtaz Mahal, falleció en su décimo cuarto parto por una hemorragia obstétrica, en 1631. El emperador dedicó el resto de su vida a la construcción de la tumba de su esposa, el Taj Mahal, el cual requirió de 20.000 obreros y 20 años para su terminación.

Sin duda un gran esfuerzo, pero en el lugar equivocado, ya que aun hoy, y con el Taj Mahal como testigo, la India sigue contribuyendo a la estadística mundial con altas cifras de mortalidad materna.

Por contrapartida en Suecia, en la misma década de la muerte de Mumtaz, se creó el colegio médico que en 1749 estableció el primer registro vital europeo. La infraestructura resultante, la educación, el entrenamiento de médicos y enfermeras, y un sistema de registro, fueron responsables de la disminución de la mortalidad materna, de 900 a 230 por 100.000, entre 1751 y 19008. En 1997, con motivo de la inauguración del congreso de al FIGO en Copenhague, y haciendo referencia a ese aspecto del problema, el presidente de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia dijo: “Las mujeres no están muriendo por enfermedades que no podamos tratar; están muriendo porque las sociedades no han tomado aun la decisión si esas vidas valen la pena ser salvadas.”

Teniendo en cuenta que 2/3 de los casos no tienen factores de riesgo identificables, podemos afirmar que la hemorragia obstétrica podrá ocurrir a cualquier mujer en cualquier parto. Pero la misma patología proporciona desigualdad de oportunidades en cuanto a la mortalidad. Esto último se debe, por un lado a factores propios de cada paciente, (estado nutricional, condición médica previa, acceso a determinados niveles de atención médica, estrato social, casta religiosa, región que habita, entre otros), los cuales al menos en países subdesarrollados, podríamos considerarlos inevitables o inmodificables en la mayoría de los casos, y por el otro, a lo que podríamos llamar el triple retraso: retraso diagnóstico, retraso en la búsqueda de asistencia apropiada, y retraso en la aplicación del tratamiento adecuado.

Todo lo expuesto hace pensar que el gran desafío internacional, no es tecnológico sino estratégico y de organización. Y es así como lo manifiesta la OMS, cuando en 2005 llama a la comunidad internacional a disminuir la mortalidad materna en un 75 % en 10 años^{9, 10}.

Hasta el momento no parece haberse tomado medidas suficientes en este sentido, por lo que la OMS predice que ya no será alcanzado tal objetivo en el 2015.

Las hemorragias obstétricas graves representan en Argentina la segunda causa de muerte materna. La magnitud de este flagelo nos compromete a involucrarnos con la propuesta internacional, para lo cual es fundamental la comprensión de la magnitud del

problema y establecer una metodología que establezca una conducta estándar en: 1- La identificación de factores de riesgo en todos los casos que sea posible, 2- El reconocimiento precoz de la hemorragia establecida, y 3- la aplicación de un protocolo para el tratamiento de la misma¹⁶.

2.4 CÓDIGO ROJO: GUIA PARA EL MANEJO DE LA HEMORRAGIA OBSTÉTRICA, FEBRERO 2009

La hemorragia obstétrica es la primera causa de muerte materna en el mundo. Lo mismo ocurre en el departamento de Antioquia, Colombia. Por ser una situación urgente y que compromete la vida de las mujeres, se presenta la siguiente guía de manejo para el tratamiento del choque hemorrágico de origen obstétrico, basada en los siguientes principios básicos: el manejo óptimo del tiempo, la reposición adecuada del volumen sanguíneo, el trabajo en equipo y la insistencia en el uso de las diferentes maniobras para la disminución de la hemorragia¹⁷.

¹⁶ M. Martínez, Noviembre 2007[En línea] Consultado: (10-08-09) Disponible en: <http://www.obstetriciacritica.com.ar/doc/Protocolo.pdf>

¹⁷ G, Vélez . B, Agúdelo. Septiembre 2007[En línea] Consultado: (10-08-09) Disponible en: <http://www.scielo.org.co/scielo.php>

CAPÍTULO III

Diseño de la investigación

3 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

- **Tipo:** Descriptivo, observacional, prospectivo, longitudinal.
- **Universo:** Personal de enfermería del Hospital Gral. Dr. Manuel Gea González.
- **Población:** Personal adscrito al servicio Unidad Toco-Quirúrgica, en los cuatro turnos del Hospital Gral. Dr. Manuel Gea González.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Personal de Enfermería de base o eventual que sea asignada a la Unidad Toco quirúrgica, por más de seis meses.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Enfermeras que se encuentren de vacaciones, permisos que duren más de tres meses, así como personal que sea eventual.

3.1 ORGANIZACIÓN

La presente actividad de investigación se realiza con los siguientes recursos para poder administrar: tiempos, recursos económicos y materiales:

TIEMPO

- Tiempo total de la investigación del 01- marzo al 09- noviembre de 2009 (anexo 8)
- Instrumento A. se aplicará del 1 al 21 de agosto del 2009
- Instrumento B. se aplicará del 1 al 7 de septiembre del 2009
- Instrucción educativa. Se llevará a cabo del 21 al 25 de septiembre del 2009

- Instrumento C. se aplicará del 5 al 9 de octubre del 2009

Lugar:

- Hospital General Dr. Manuel Gea González.

ESPACIO

- Unidad Tocoquirurgica.

RECURSOS HUMANOS

- Investigadores: Enf. Chaparro Sánchez María Adriana
Enf. Hernández Panuhaya Carolina
Enf. Hernández Sanjuan Victoria
Enf. Morales Landa Marivel
- Tutora: Mtra. Ma. Aurora García Piña
- 28 Enfermeras de la Unidad Tocoquirurgica

RECURSOS MATERIALES

- Papelería, Pc, Puerto USB, impresora.

FINANCIAMIENTO

Al analizar la organización y despliegue de cada una de las actividades se calcula un gasto de \$4,000, el cual es cubierto por autofinanciamiento.

3.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El puerperio es la etapa del estado grávido puerperal que comprende desde que termina el alumbramiento hasta que la involución genital del organismo materno se completa. Este período dura de 6 a 8 semanas y es el tiempo que el organismo materno emplea en regresar a las condiciones pregestacionales, es decir, todas aquellas modificaciones que se presentaron en el embarazo y en el parto van a desaparecer¹⁸.

El periodo posparto se divide en puerperio inmediato que abarca las primeras 24 horas después del parto, durante el cual pueden ocurrir complicaciones agudas; se trata de un periodo muy importante, ya que es el tiempo de aparición de los factores que lideran las causas de mortalidad materna, como las hemorragias posparto, entre otras. Por ello, es importante la vigilancia estrecha durante este periodo.

Datos de la Organización Mundial de la Salud muestran que la hemorragia obstétrica es la causa del 25% de las muertes maternas que ocurren en todo el mundo, estas hemorragias pudieron ser prevenidas ya que la mayoría son por causas obstétricas directas; es decir, por complicaciones del embarazo, trabajo de parto y puerperio. Sin embargo la hemorragia obstétrica constituye en nuestro país la segunda causa de defunciones maternas y de estas del 2% al 6% son hemorragias posparto¹⁹. No obstante, a pesar de las estadísticas mundiales y nacionales no se registran datos de complicaciones por hemorragias posparto porque esto implica una cuestión ético-legal.

La Norma Oficial Mexicana NOM 007"SSA2" 1993, establece los criterios para atender y vigilar la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, para lograr que la maternidad sea una circunstancia saludable y sin riesgo.

¹⁸ Ramírez Alonso F. (2002). *Obstetricia para la Enfermera Profesional*. México: Manual Moderno. pp.181.

¹⁹ Sexto informe de gobierno 2006. [En línea] Consultado: (10-08-09) Disponible en: <http://sinais.gob.mx>.

Dentro del contexto de la hemorragia obstétrica, la hemorragia posparto es la complicación más frecuente; ya que en este período existe un gran riesgo, debido a la cantidad y rapidez con la que se presenta. Existen manuales de procedimientos médicos que indican el manejo de la paciente que presenta hemorragia, desafortunadamente este tratamiento se da una vez que la paciente ha presentado sangrado, la mayoría del tratamiento para la atonía uterina o subinvolución uterina se realiza con útero tónicos, sin embargo se debe de tomar en cuenta que la prevención y diagnóstico temprano de este tipo de complicaciones representa una prioridad en la atención a la salud materna, constituyendo una acción muy importante que indudablemente coadyuvará a incrementar la calidad en la prestación de servicios, en beneficio de la salud de las pacientes obstétricas.

La vigilancia de la involución uterina en el puerperio inmediato es una prioridad que permite detectar a tiempo sangrados puerperales y constituye un cuidado del profesional de enfermería para lo cual está capacitado, sin embargo se ha observado que existen diferentes factores que interfieren en esta vigilancia, algunos de ellos son: el exceso de trabajo, desconocimiento, la apatía o simplemente desinterés, aunado a esto, se detecto que en la mayoría de las instituciones prestadoras de servicio ginecobstetrico, existen manuales de procedimientos que indican el manejo general de la puérpera, pero no se especifica la técnica adecuada para la vigilancia de la involución uterina; aunque se menciona en algunos manuales que se debe de vigilar en el puerperio inmediato no hay una técnica estandarizada en la mayoría de las instituciones, quedando la interrogante:

¿El profesional de enfermería del Hospital General Dr. Manuel Gea González, que labora en la Unidad Toco Quirúrgica, realiza adecuadamente la valoración y vigilancia de la involución uterina, en el puerperio inmediato?

3.3 HIPOTESIS

El tener conocimiento científico, permite al profesional de enfermería realizar en forma adecuada y oportuna la vigilancia de la involución uterina en el puerperio inmediato.

3.4 HIPOTESIS NULA

No tener conocimiento científico, limita al profesional de enfermería realizar adecuadamente la vigilancia de la involución uterina en el puerperio inmediato.

3.5 METODOLOGÍA

Esta investigación se inició al observar que la intervención del profesional de enfermería en la vigilancia de la involución uterina es de gran relevancia para la prevención de hemorragias posparto, tomando en cuenta que esta es una de las causas principales de mortalidad materna.

Se tomará un universo de trabajo de 28 enfermeras que laboran en la Unidad Toco-Quirúrgica (UTQ) del Hospital General Dr. Manuel Gea. González, con la finalidad de determinar si el profesional de enfermería realiza oportuna y adecuadamente la vigilancia de la involución uterina.

A esta población se les aplicarán tres cédulas en tres fases. La primera fase se inicio con un estudio de sombra (anexo 3) para detectar si el personal de enfermería realiza adecuadamente la vigilancia de la involución uterina, para lo cual se designo un tiempo de tres semanas, durante el mes de agosto del año 2009. Los aplicadores se distribuyeron en los cuatro diferentes turnos, organizando los tiempos para no interferir con el horario laboral de cada aplicador. En un segundo momento se aplicará un cuestionario (anexo 4), para determinar el grado de conocimientos en la vigilancia de la involución uterina y los factores de riesgo que esto implica, que abarco la primera semana de septiembre del año 2009, siguiendo la metodología anterior con respecto a los aplicadores. De acuerdo a los resultados del los instrumentos A y B, se realizará un programa de instrucción educativa (anexo 7) donde se enfatice la vigilancia de la involución uterina en el puerperio inmediato, la cual se brindo en una semana durante el

mes de septiembre del año 2009; y en una última fase se aplicará una evaluación (anexo 5) con una duración de una semana durante el mes de octubre del año 2009.

3.6 Codificación de variables (instrumento A)*

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE		DEFINICIÓN CONCEPTUAL
Eventos Ocurridos	independiente	Nominal	Reporte de sucesos de importancia que detecta la enfermera durante la atención del parto o cesárea.
Características de los Loquios	independiente	Ordinal	Hemáticos: color rojo brillante. Cantidad: <ul style="list-style-type: none"> • Ligero: Mancha menor de 10cm. en la toalla. • Moderado: mancha menor de 15 cm., en la toalla. • Abundante: toalla saturada en una hora.
Entuertos	independiente	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Contracciones uterinas intermitentes
Anotaciones de enfermería y eventos que presenta la puérpera	dependiente	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Observaciones escritas de eventos importantes.
Grado y Tono de Involución Uterina	Independiente	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Después del parto el fondo uterino se eleva hasta el nivel del ombligo, o a un diámetro transversal de dedo (1.0 cm) por arriba del mismo.
Valora Periódicamente La Involución Uterina	dependiente	ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • La primera valoración se lleva a cabo en la sala de expulsión antes de la transferencia, los controles inmediatos en el puerperio inmediato se llevan a cabo cada 15 minutos durante la primera hora.

* Nota aclaratoria. Para este primer instrumento, la definición operacional de todas las variables se manejarán los rubros de la escala de Licker: siempre, a veces, casi nunca y nunca.

Codificación de variables (instrumento B)

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE		DEFINICIÓN CONCEPTUAL
Puerperio	independiente	nominal	<ul style="list-style-type: none"> Etapa que comprende desde que termina el alumbramiento hasta que la involución genital del organismo materno se completa.
Entuertos	independiente	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> Contracciones uterinas intermitentes.
Involución Uterina	independiente	nominal	<ul style="list-style-type: none"> Cambios ocurridos en la superficie uterina hasta alcanzar su tamaño no gestante.
Atonía Uterina	independiente	nominal	<ul style="list-style-type: none"> Falta de contractilidad adecuada de las fibras miométricas después del parto o cesárea.
Loquios	independiente	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> Descarga de desechos que tiene en su interior el útero durante el parto o cesárea
Nivel del Útero en el Puerperio Inmediato	independiente	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> Después del parto el fondo uterino se eleva hasta el nivel del ombligo, o a un diámetro transversal de dedo (1.0 cm) por arriba del mismo.
Tiempo en que se debe de estar valorando la Involución Uterina	independiente	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> La primera valoración se lleva a cabo en la sala de expulsión antes de la transferencia, los controles inmediatos en el puerperio inmediato se llevan a cabo cada 15 minutos durante la primera hora.
Signos de la Atonía Uterina	independiente	nominal	<ul style="list-style-type: none"> Sangrado importante vaginal, disminución de la consistencia del útero a la palpación, presencia súbita de estado de choque hipovolémico.
Factores de Riesgo de Hemorragias Puerperales	independiente	nominal	<ul style="list-style-type: none"> Cualquier característica o circunstancia detectable en un individuo, familia o comunidad que puede influir en el origen de una enfermedad.
Factores que retrasan la Involución Uterina	independiente	nominal	<ul style="list-style-type: none"> Trabajo de parto prolongado, analgesia excesiva, parto difícil, gran multiparidad, vejiga llena y expulsión incompleta de los productos de la concepción.

Codificación de variables (instrumento C)

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE		DEFINICIÓN CONCEPTUAL
Antecedentes del parto	Independiente	Nominal	Eventos relevantes que se presentan durante el parto o cesárea.
Factores que retrasan la involución uterina	Independiente	Nominal	Trabajo de parto prolongado, analgesia excesiva, parto difícil, gran multiparidad, vejiga llena y expulsión incompleta de los productos de la concepción.
Valora el tono y nivel del útero en el puerperio inmediato	Independiente	Ordinal	Después del parto el fondo uterino se eleva hasta el nivel del ombligo, o a un diámetro transversal de dedo (1.0 cm) por arriba del mismo.
Técnica para valorar involución uterina	Independiente	Nominal	Se coloca la mano derecha justo por encima de la sínfisis del pubis para actuar como barrera; mientras tanto se rodea con la otra mano el fondo del útero.
Características de los loquios.	Independiente	Ordinal	Hemáticos, color rojo brillante. Cantidad: Ligero: mancha menor de 10cm., en la toalla. Moderado: mancha menor de 15 cm., en la toalla. Abundante: toalla saturada en una hora.
Factores de riesgo	Independiente	Nominal	Es cualquier característica o circunstancia detectable en un individuo, familia o comunidad que puede influir en el origen de una enfermedad.
Anotaciones en relación a la involución uterina.	Dependiente	Nominal	Observaciones escritas de tono y grado de involución uterina.
Planea sus cuidados	Dependiente	Nominal	Intervenciones de enfermería para las necesidades de la persona

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS

4 ANÁLISIS DE RESULTADOS

El universo de trabajo fue de 28 enfermeras para la presente actividad de investigación realizada en el Hospital Dr. Manuel Gea González en la unidad toco-quirúrgica. Se diseñaron instrumentos para la recolección de datos, aplicados en tres fases.

La primera fase consta de una guía de observación para realizar un estudio de sombra a una muestra de 13 enfermeras de los cuatro turnos, que tiene como objetivo verificar si el profesional de enfermería monitoriza de forma adecuada la vigilancia de la involución uterina en el puerperio inmediato. Esta guía consta de 7 reactivos y muestran los siguientes resultados:

En el reactivo uno, muestra que el 61.3% del personal a veces informa de los eventos ocurridos durante el procedimiento, tomando en cuenta que la comunicación es la base para dar continuidad a los cuidados de enfermería, el reactivo es de gran utilidad para la recolección de datos que nos indique la adecuada vigilancia de la involución uterina (cuadro N° 1).

En el reactivo dos se detecto que el 53.8 % del personal lleva a cabo la valoración de las características de los loquios, dato importante para la seguridad de que el útero esta involucionando adecuadamente (cuadro N° 2).

En el reactivo tres nos muestra que el 61.5% del personal casi nunca se percata de la presencia de entuertos, este dato solamente nos revela si la puérpera tiene dolor y nos indica que el útero esta contrayendo adecuadamente, pero a la vez nos indica si se está teniendo algún problema con la involución uterina (cuadro N° 3)

En el reactivo cuatro nos muestra que el 69.2% del personal nunca completa sus registros de enfermería en relación a la involución uterina y presencia de loquios, estos datos son de suma importancia que se registren, ya que las anotaciones de enfermería darán un panorama del cuidado continuo que lleva la enfermera (cuadro N° 4).

El reactivo cinco mostro que el 69.2 % nunca valora el grado y tono de la involución uterina, este dato es alarmante, dado que estos signos son de gran relevancia para la vigilancia de la involución uterina (cuadro N° 5).

El reactivo seis revela que el 100% del personal no realiza la valoración de la involución uterina dentro de las primeras dos horas del puerperio inmediato. La monitorización periódica de la vigilancia de la involución uterina permite detectar a tiempo problemas relacionados con la involución del útero y es alarmante que no se realice adecuadamente (cuadro N° 6).

El reactivo siete revela que el 100% del personal observado nunca valora los factores de riesgo que alteran la adecuada involución uterina. El conocimiento de los factores de riesgo permite al profesional de enfermería detectarlos a tiempo y evitar una complicación que ponga en riesgo el bienestar de la puérpera (cuadro N° 7).

En la segunda fase de recolección de datos se tomo la muestra completa y solo quedaron 25 enfermeras, ya que 3 se incluyeron en los criterios de exclusión. Para esta fase se diseño un cuestionario de opción múltiple, que consta de 10 preguntas, se consideraron datos de antigüedad en el servicio y nivel académico.

El 48% de la muestra tiene una antigüedad en el servicio de 1 a 2 años, lo cual es benéfico para evitar la apatía producida por la automatización que genera el permanecer por largo tiempo en un mismo servicio (cuadro N° 9).

En el nivel académico el 44% cuenta con nivel técnico y el 40% cuenta con un nivel de licenciatura, lo que supone que la vigilancia sea de mayor calidad, dado el nivel de conocimientos teóricos que posee el profesional de enfermería (cuadro N°10).

La pregunta uno muestra que el 80% del personal encuestado tiene conocimientos de lo que es el puerperio inmediato, este reactivo es de suma importancia y es bueno que si tenga la preparación teórica el profesional de enfermería (cuadro N° 11).

La pregunta dos muestra que el 52% del personal entrevistado demostró que tiene conocimientos básicos de lo que son los entuertos (cuadro N° 12).

La pregunta tres muestra que el 84% del personal demostró que tienen conocimiento básico sobre la involución uterina (cuadro N° 13)

La pregunta cuatro muestra que el 80% del personal demostró que tiene conocimiento sobre atonía uterina (cuadro N° 14).

La pregunta cinco muestra que el 88% del personal demostró que tiene conocimiento sobre lo que son los loquios (cuadro N° 15).

La pregunta seis muestra que el 44% del personal no tiene el conocimiento sobre el nivel en que se encuentra el útero durante el puerperio inmediato, este dato es importante para la adecuada vigilancia de la involución uterina (cuadro N° 16).

La pregunta siete muestra que el 72% del personal demostró que tiene conocimiento sobre el tiempo en que se debe valorar la involución uterina (cuadro N° 17).

La pregunta ocho muestra que el 96% del personal demostró que tiene conocimiento sobre los signos de atonía uterina (cuadro N° 18).

La pregunta nueve muestra que el 88% del personal demostró que tiene conocimiento sobre los factores de riesgo de hemorragia puerperal (cuadro N° 19).

La pregunta diez muestra que el 88% del personal demostró que tiene conocimiento sobre los factores que retrasan la involución uterina (cuadro N° 20).

Llama la atención que los resultados generales obtenidos en el estudio de sombra, el personal evaluado no aplica los conocimientos que demostró a través de la aplicación del instrumento B donde los resultados fueron favorables.

En la tercera fase se diseñó un instrumento que evalúa la vigilancia de la involución uterina y se realizó mediante observación e interrogatorio directo. Consta de 9 reactivos.

En el primer reactivo se demostró que el 100% del personal conoce los antecedentes del parto, tanto quirúrgico como eutócico de la puérpera (cuadro N° 21).

En el segundo reactivo se demostró que el 100% del personal encuestado tiene capacidad de identificar los factores que retrasan la involución uterina (cuadro N° 22).

En el tercer reactivo se demostró que el 100% del personal valora el tono y el nivel del útero en el puerperio inmediato (cuadro N° 23).

En el cuarto reactivo se demostró que el 100% del personal encuestado lleva a cabo la valoración y el grado de la involución uterina (cuadro N° 24).

En el quinto reactivo se demostró que el 100% del personal lleva a cabo la valoración de las características de los loquios (cuadro N° 25).

En el sexto reactivo se demostró que el 62.5% del personal es capaz de llevar a cabo la valoración de los factores de riesgo durante el puerperio inmediato (cuadro N° 26).

En el séptimo reactivo se demostró que el 87.5% del personal lleva a cabo las anotaciones pertinentes en relación a la involución uterina (cuadro N° 27).

En el octavo reactivo se demostró que el 62.5% del personal planea sus cuidados en relación a la valoración que realiza (cuadro N° 28).

Por último se realizó una pregunta abierta en la que el 75% del personal atribuye al exceso de trabajo el no llevar a cabo la adecuada vigilancia de la involución uterina.

INSTRUMENTO A

CUADRO 1 REGISTRO DE EVENTOS OCURRIDOS

Distribución de l personal de enfermería que monitoriza en forma adecuada l os eventos ocurridos durante el procedimiento a la enfermera de recuperación.

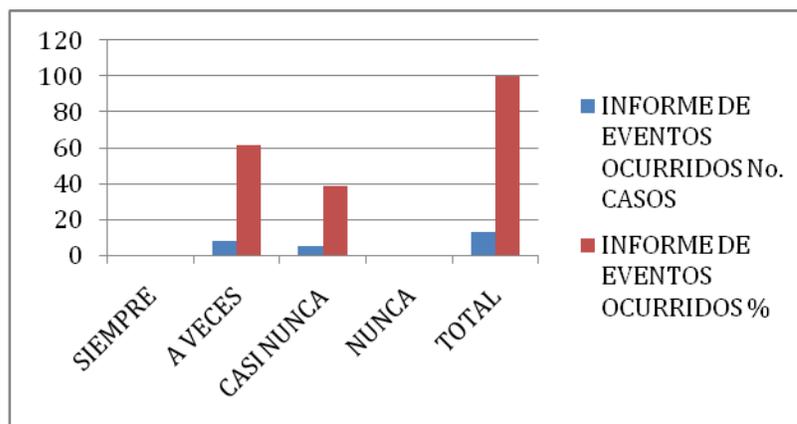
INFORME DE EVENTOS OCURRIDOS		
	No. CASOS	%
SIEMPRE	0	0
A VECES	8	61.6
CASI NUNCA	5	38.4
NUNCA	0	0
TOTAL	13	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados al personal de enfermería en la unidad toco quirúrgica del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

El estudio revela que del total de la muestra el 61% del personal; a veces informa los eventos ocurridos durante algún procedimiento a la enfermera de recuperación en turno, mientras que sólo el 38% casi nunca emite reporte alguno.

GRAFICA 1

Distribución de l personal de enfermería que monitoriza en forma adecuada l os eventos ocurridos durante el procedimiento a la enfermera de recuperación



FUENTE: Cuadro 1

CUADRO 2 VALORACIÓN DE LOS LOQUIOS

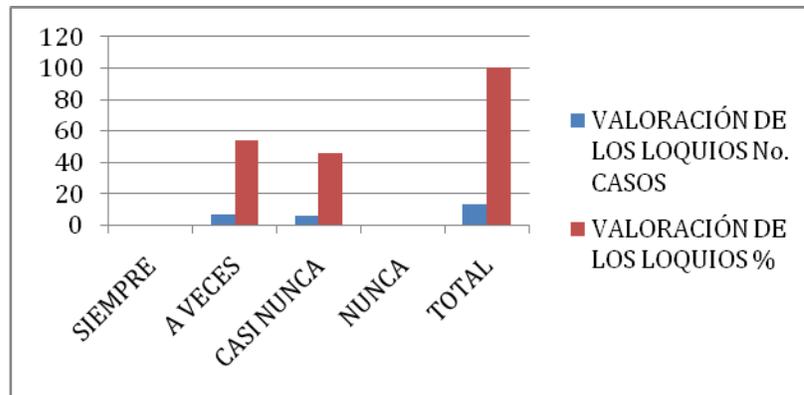
Distribución del personal de enfermería que valora las características de los loquios.

VALORACIÓN DE LOS LOQUIOS		
	No. CASOS	%
SIEMPRE	0	0
A VECES	7	53.8
CASI NUNCA	6	46.1
NUNCA	0	0
TOTAL	13	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados al personal de enfermería en la unidad toco quirúrgica del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

El estudio revela que del total de la muestra el 53 % del personal; lleva a cabo la valoración de las características de los loquios, mientras que sólo el 46% casi nunca lo realiza.

GRAFICA 2



FUENTE: Cuadro 2

CUADRO 3 VALORACIÓN DE ENTUERTOS

Distribución del personal de enfermería que valora la presencia de entuertos.

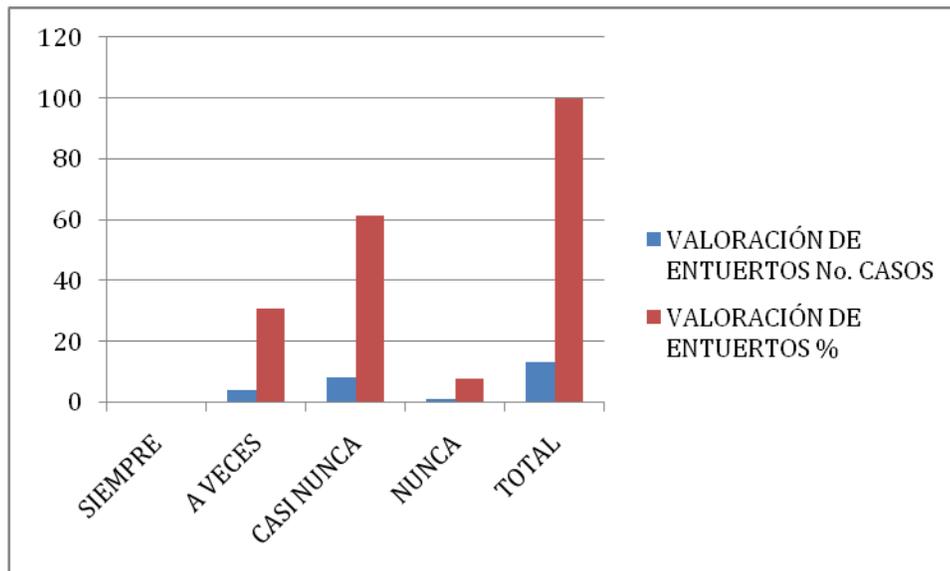
VALORACIÓN DE ENTUERTOS		
	No. CASOS	%
SIEMPRE	0	0
A VECES	4	30.7
CASI NUNCA	8	61.5
NUNCA	1	7.6
TOTAL	13	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados al personal de enfermería en la unidad toco quirúrgica del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

El estudio revela que del total de la muestra el 30 % del personal; se percata de la presencia de entuertos, mientras que para el 61% casi nunca lo hace.

GRAFICA 3

Distribución del personal de enfermería que valora la presencia de entuertos.



FUENTE: Cuadro 3

CUADRO 4 REGISTRO DE EVENTOS EN FUNCION A LA INVOLUCION UTERINA Y CARACTERÍSTICAS DE LOQUIOS

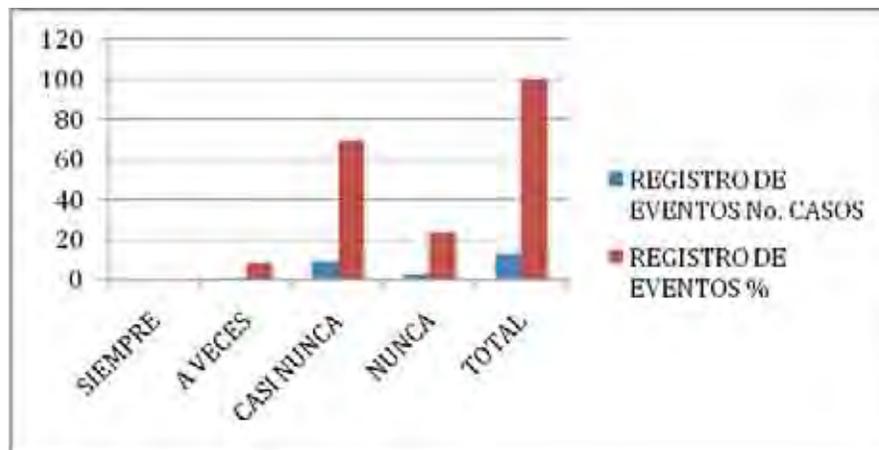
Distribución del personal de enfermería que lleva a cabo el registro de la involución uterina y características de loquios.

REGISTRO DE EVENTOS		
	No. CASOS	%
SIEMPRE	0	0
A VECES	1	7.6
CASI NUNCA	9	69.2
NUNCA	3	23.0
TOTAL	13	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados al personal de enfermería en la unidad toco quirúrgica del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

El estudio revela que del total de la muestra sólo el 7 % del personal; realiza anotaciones y registros en la hoja de enfermería, mientras que el 69% casi nunca complementa sus registros en relación a la involución uterina y presencia de loquios.

GRAFICA 4



FUENTE: Cuadro 4

CUADRO 5 VALORACIÓN DE LA INVOLUCIÓN UTERINA; GRADO Y TONO

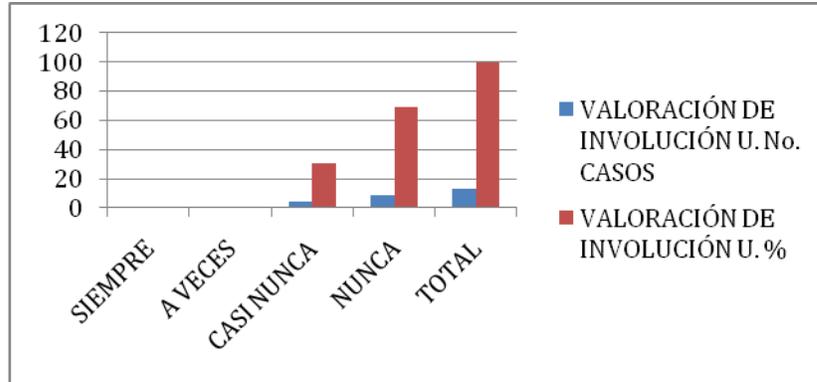
Distribución del personal de enfermería que lleva a cabo la valoración de la involución uterina; grado y tono.

VALORACIÓN DE INVOLUCIÓN U.		
	No. CASOS	%
SIEMPRE	0	0
A VECES	0	0
CASI NUNCA	4	30.7
NUNCA	9	69.2
TOTAL	13	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados al personal de enfermería en la unidad toco quirúrgica del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

El estudio revela que del total de la muestra sólo el 30 % del personal casi nunca realiza la valoración del grado y tono de la involución uterina, mientras que el 69% nunca la lleva a cabo.

GRAFICA 5



FUENTE: Cuadro 5

CUADRO 6 VALORACIÓN DE LA INVOLUCIÓN UTERINA EN LAS PRIMERAS DOS HORAS DEL PUERPERIO (INMEDIATO)

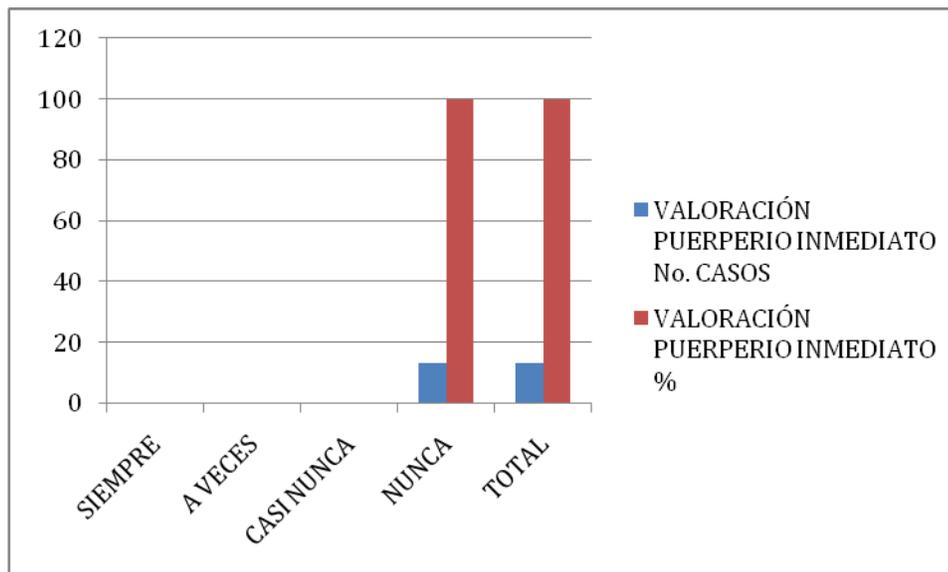
Distribución del personal de enfermería que lleva a cabo la valoración de la involución uterina durante el puerperio inmediato.

VALORACIÓN PUERPERIO INMEDIATO		
	No. CASOS	%
SIEMPRE	0	0
A VECES	0	0
CASI NUNCA	0	0
NUNCA	13	100
TOTAL	13	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados al personal de enfermería en la unidad toco quirúrgica del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

El estudio revela que del total de la muestra que el 100 % del personal, no realiza la valoración de la involución uterina durante las primeras 2 horas del puerperio (Inmediato).

GRAFICA 6



FUENTE: Cuadro 6

CUADRO 7 VALORACIÓN DE FACTORES DE RIESGO (EDAD, MULTIPARIDAD, INDUCTO-CONDUCCIONES PROLONGADAS)

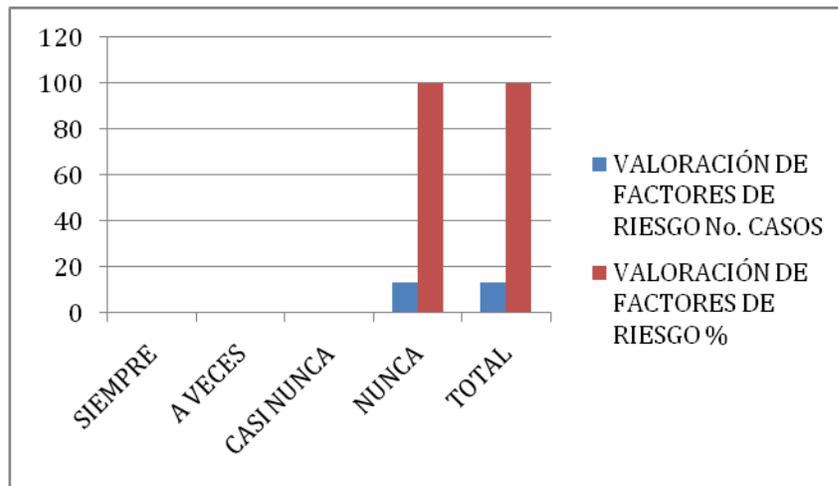
Distribución del personal de enfermería que lleva a cabo la valoración de factores de riesgo que pueden alterar la involución uterina.

VALORACIÓN DE FACTORES DE RIESGO		
	No. CASOS	%
SIEMPRE	0	0
A VECES	0	0
CASI NUNCA	0	0
NUNCA	13	100
TOTAL	13	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados al personal de enfermería en la unidad tóco quirúrgica del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

El estudio revela que del total de la muestra que el 100 % del personal encuestado; no realiza la valoración de los factores que pueden alterar la adecuada involución uterina; como son: Edad, multiparidad, inducto-conducciones prolongadas.

GRAFICA 7



FUENTE: Cuadro 7

INSTRUMENTO B

CUADRO 8 DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL POR TURNO

Distribución del personal de enfermería en el Hospital Dr. Manuel Gea. González en la unidad toco quirúrgica por turno.

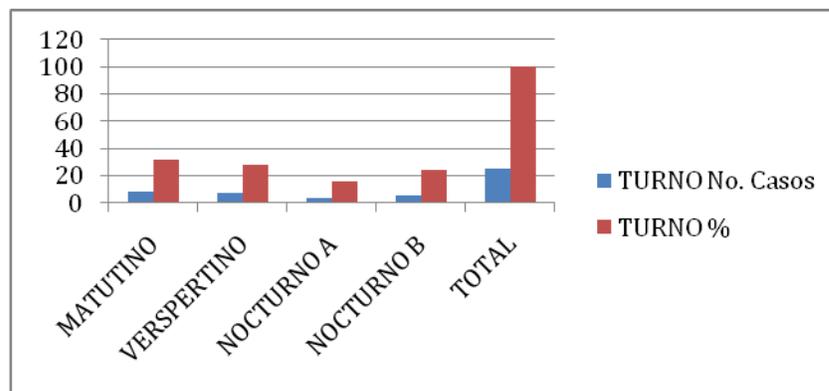
TURNO		
	No. Casos	%
MATUTINO	8	32
VERSPERTINO	7	28
NOCTURNO A	4	16
NOCTURNO B	6	24
TOTAL	25	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados al personal de enfermería en la unidad toco quirúrgica del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

El estudio revela que del total de la muestra el 32 % corresponde al personal del turno matutino mientras que el 28% al turno vespertino, seguido del 40% que cubre el turno nocturno A y B.

GRAFICA 8

Distribución del personal de enfermería en el Hospital Dr. Manuel Gea González en la unidad toco quirúrgica por turno.



FUENTE: Cuadro 8

CUADRO 9 ANTIGÜEDAD DEL PERSONAL

Distribución del personal de enfermería en el Hospital Dr. Manuel Gea González en la unidad toco quirúrgica por antigüedad en el servicio.

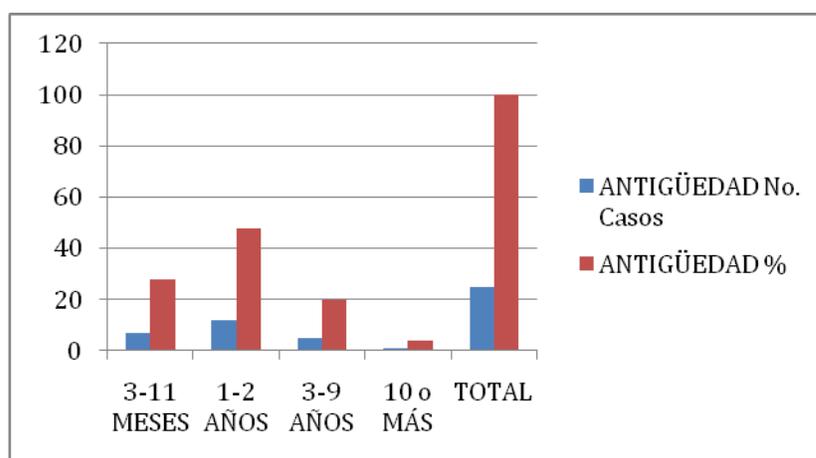
ANTIGÜEDAD		
	No. Casos	%
3-11 MESES	7	28
1-2 AÑOS	12	48
3-9 AÑOS	5	20
10 o MÁS	1	4
TOTAL	25	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados al personal de enfermería en la unidad toco quirúrgica del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

El estudio revela que del total de la muestra el 48% cuenta con antigüedad mínima de un año, así como el 20% con antigüedad superior a los 3 años.

GRAFICA 9

Distribución del personal de enfermería en el Hospital Dr. Manuel Gea González en la unidad toco quirúrgica por antigüedad en el servicio.



FUENTE: Cuadro 9

CUADRO 10 NIVEL ACADEMICO DEL PERSONAL

Distribución del personal de enfermería en el Hospital Dr. Manuel Gea González en la unidad toco quirúrgica de acuerdo al nivel académico.

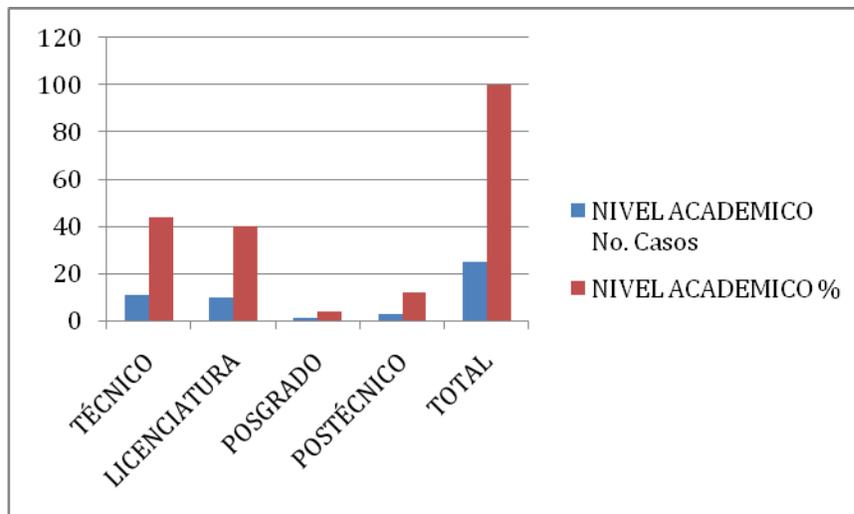
NIVEL ACADEMICO		
	No. Casos	%
TÉCNICO	11	44
LICENCIATURA	10	40
POSGRADO	1	4
POSTÉCNICO	3	12
TOTAL	25	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados al personal de enfermería en la unidad toco quirúrgica del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

El estudio revela que del total de la muestra el 44 % cuenta con nivel técnico versus al 40 % cuyo nivel es licenciatura.

GRAFICA 10

Distribución del personal de enfermería en el Hospital Dr. Manuel Gea González en la unidad toco quirúrgica de acuerdo al nivel académico.



FUENTE: Cuadro 10

CUADRO 11 ¿QUÉ ES EL PUERPERIO?

Distribución del personal de enfermería en el Hospital Dr. Manuel Gea González en la unidad toco quirúrgica que tiene conocimientos de lo qué es el puerperio.

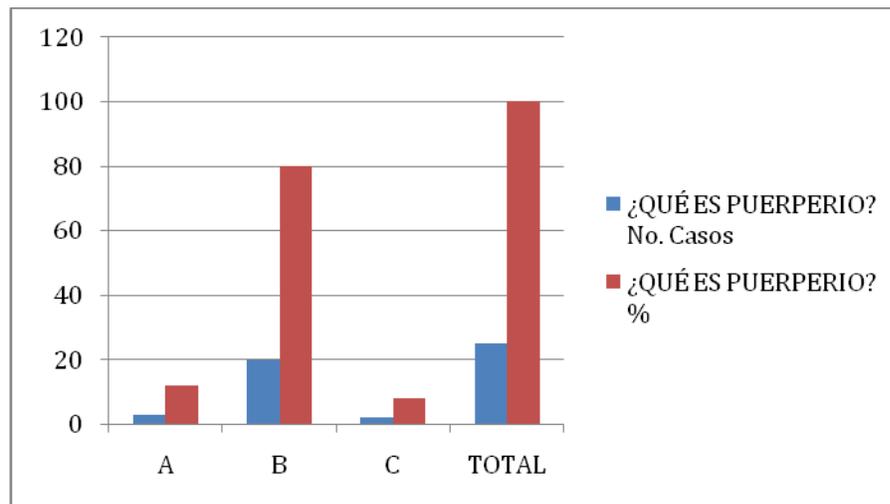
¿QUÉ ES PUERPERIO?		
	No. Casos	%
A	3	12
B	20	80
C	2	8
TOTAL	25	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados al personal de enfermería en la unidad toco quirúrgica del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

El estudio revela que del total de la muestra el 80% del personal encuestado demostró que tiene conocimiento básico del puerperio inmediato.

GRAFICA 11

Distribución del personal de enfermería en el Hospital Dr. Manuel Gea González en la unidad toco quirúrgica que tiene conocimientos de lo qué es el puerperio.



FUENTE: Cuadro 11

CUADRO 12 ¿QUÉ SON LOS ENTUERTOS?

Distribución del personal de enfermería en el Hospital Dr. Manuel Gea González en la unidad toco quirúrgica que tiene conocimientos de lo qué son los entuertos.

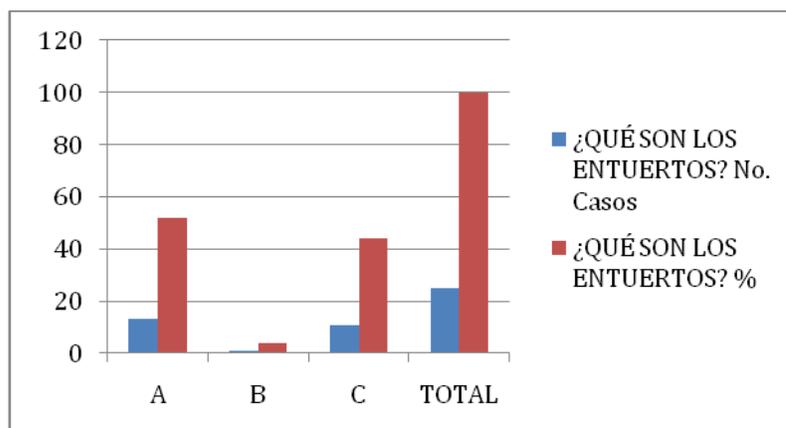
¿QUÉ SON LOS ENTUERTOS?		
	No. Casos	%
A	13	52
B	1	4
C	11	44
TOTAL	25	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados al personal de enfermería en la unidad toco quirúrgica del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

El estudio revela que del total de la muestra el 52% del personal encuestado demostró que tiene conocimiento básico sobre lo que son los entuertos.

GRAFICA 12

Distribución del personal de enfermería en el Hospital Dr. Manuel Gea González en la unidad toco quirúrgica que tiene conocimientos de lo qué son los entuertos.



FUENTE: Cuadro 12

CUADRO 13 ¿QUÉ ES LA INVOLUCIÓN UTERINA?

Distribución del personal de enfermería en el Hospital Dr. Manuel Gea González en la unidad toco quirúrgica que tiene conocimientos de lo que es la involución uterina

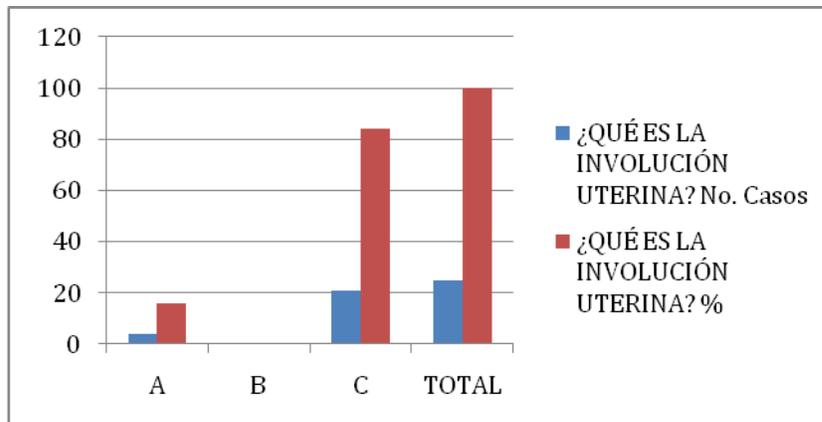
¿QUÉ ES LA INVOLUCIÓN UTERINA?		
	No. Casos	%
A	4	16
B	0	0
C	21	84
TOTAL	25	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados al personal de enfermería en la unidad toco quirúrgica del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

El estudio revela que del total de la muestra el 84 % del personal encuestado demostró que tiene conocimiento básico sobre lo que es la involución uterina.

GRAFICA 13

Distribución del personal de enfermería en el Hospital Dr. Manuel Gea González en la unidad toco quirúrgica que tiene conocimientos de lo que es la involución uterina



FUENTE: Cuadro 13

CUADRO 14 ¿QUÉ ES ATONÍA UTERINA?

Distribución del personal de enfermería en el Hospital Dr. Manuel Gea González en la unidad toco quirúrgica que tiene conocimientos de lo que es atonía uterina.

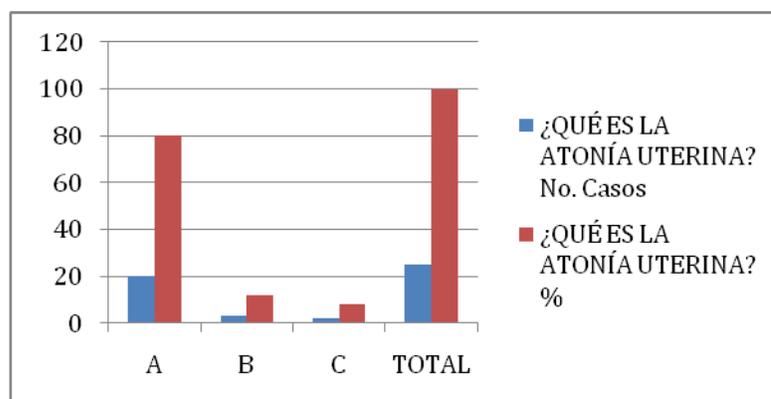
¿QUÉ ES LA ATONÍA UTERINA?		
	No. Casos	%
A	20	80
B	3	12
C	2	8
TOTAL	25	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados al personal de enfermería en la unidad toco quirúrgica del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

El estudio revela que del total de la muestra el 80% del personal encuestado demostró que tiene conocimiento básico sobre lo que es atonía uterina.

GRAFICA 14

Distribución del personal de enfermería en el Hospital Dr. Manuel Gea González en la unidad toco quirúrgica que tiene conocimientos de lo que es atonía uterina.



FUENTE: Cuadro 14

CUADRO 15 ¿QUÉ SON LOS LOQUIOS?

Distribución del personal de enfermería en el Hospital Dr. Manuel Gea González en la unidad toco quirúrgica que tiene conocimientos de lo que son los loquios.

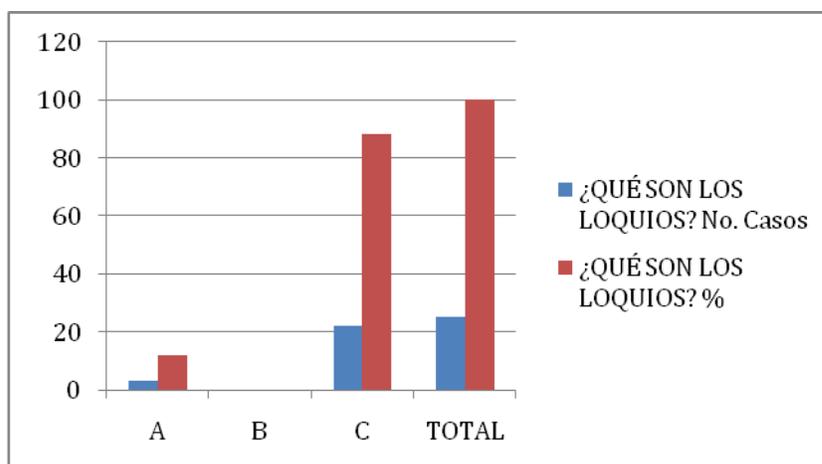
¿QUÉ SON LOS LOQUIOS?		
	No. Casos	%
A	3	12
B	0	0
C	22	88
TOTAL	25	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados al personal de enfermería en la unidad toco quirúrgica del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

El estudio revela que del total de la muestra el 88 % del personal encuestado demostró que tiene conocimiento básico sobre lo que son los loquios.

GRAFICA 15

Distribución del personal de enfermería en el Hospital Dr. Manuel Gea González en la unidad toco quirúrgica que tiene conocimientos de lo que son los loquios.



FUENTE: Cuadro 15

CUADRO 16 NIVEL DEL UTERO EN EL PUERPERIO INMEDIATO

Distribución del personal de enfermería en el Hospital Dr. Manuel Gea González en la unidad toco quirúrgica que tiene conocimientos de en qué nivel se encuentra el útero durante el puerperio inmediato.

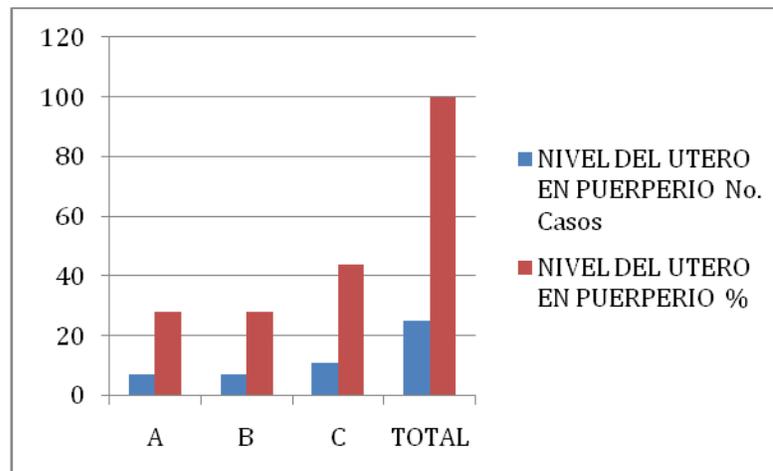
NIVEL DEL UTERO EN PUERPERIO		
	No. Casos	%
A	7	28
B	7	28
C	11	44
TOTAL	25	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados al personal de enfermería en la unidad toco quirúrgica del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

El estudio revela que del total de la muestra que sólo el 28 % del personal en estudio demostró que tiene conocimiento básico sobre el nivel en que se encuentra el útero durante puerperio inmediato

GRAFICA 16

Distribución del personal de enfermería en el Hospital Dr. Manuel Gea González en la unidad toco quirúrgica que tiene conocimientos de en qué nivel se encuentra el útero en el puerperio inmediato.



FUENTE: Cuadro 16

CUADRO 17 TIEMPO DE VALORACION DE INVOLUCION UTERINA

Distribución del personal de enfermería en el Hospital Dr. Manuel Gea González en la unidad toco quirúrgica que tiene conocimientos del tiempo en que se valora la involución uterina.

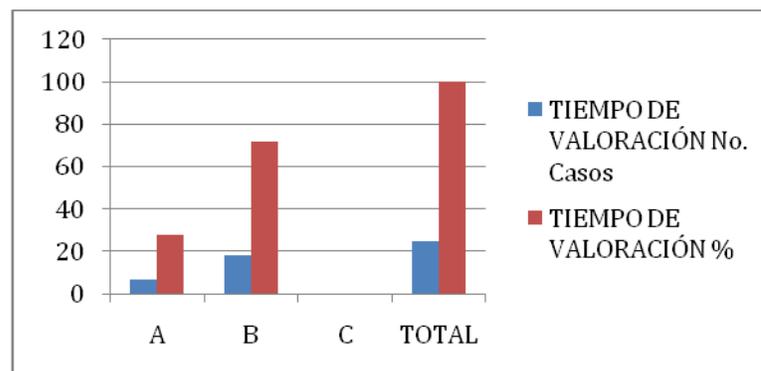
TIEMPO DE VALORACIÓN		
	No. Casos	%
A	7	28
B	18	72
C	0	0
TOTAL	25	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados al personal de enfermería en la unidad toco quirúrgica del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

El estudio revela que del total de la muestra el 72 % del personal encuestado demostró que tiene conocimiento básico sobre el tiempo en que se debe de valorar la involución uterina.

GRAFICA 17

Distribución del personal de enfermería en el Hospital Dr. Manuel Gea González en la unidad toco quirúrgica que tiene conocimientos del tiempo en que se valora la involución uterina.



FUENTE: Cuadro 17

CUADRO 18 SIGNOS DE LA ATONÍA UTERINA

Distribución del personal de enfermería en el Hospital Dr. Manuel Gea González en la unidad toco quirúrgica que tiene conocimientos sobre los signos de atonía uterina.

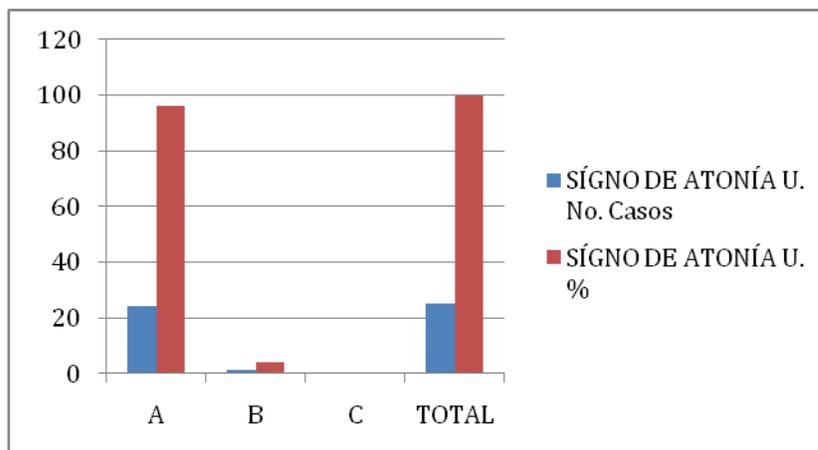
SÍGNO DE ATONÍA U.		
	No. Casos	%
A	24	96
B	1	4
C	0	0
TOTAL	25	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados al personal de enfermería en la unidad toco quirúrgica del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

El estudio revela que del total de la muestra el 96 % del personal encuestado demostró que tiene conocimiento básico sobre los signos de atonía uterina.

GRAFICA 18

Distribución del personal de enfermería en el Hospital Dr. Manuel Gea González en la unidad toco quirúrgica que tiene conocimientos sobre los signos de atonía uterina.



FUENTE: Cuadro 18

CUADRO 19 FACTORES DE RIESGO DE HEMORRAGIA PUERPERAL

Distribución del personal de enfermería en el Hospital Dr. Manuel Gea González en la unidad toco quirúrgica que tiene conocimientos sobre las hemorragias puerperales.

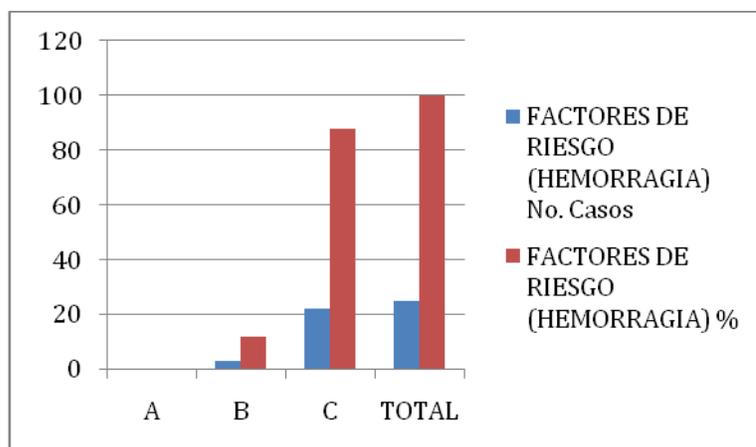
FACTORES DE RIESGO (HEMORRAGIA)		
	No. Casos	%
A	0	0
B	3	12
C	22	88
TOTAL	25	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados al personal de enfermería en la unidad toco quirúrgica del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

El estudio revela que del total de la muestra el 88 % del personal encuestado demostró que tiene conocimiento básico sobre los factores de riesgo de hemorragia puerperal.

GRAFICA 19

Distribución del personal de enfermería en el Hospital Dr. Manuel Gea González en la unidad toco quirúrgica que tiene conocimientos sobre las hemorragias puerperales.



FUENTE: Cuadro 19

CUADRO 20 FACTORES QUE RETRASAN LA INVOLUCIÓN UTERINA

Distribución del personal de enfermería en el Hospital Dr. Manuel Gea González en la unidad toco quirúrgica que tiene conocimientos acerca de los factores que retrasan la involución uterina.

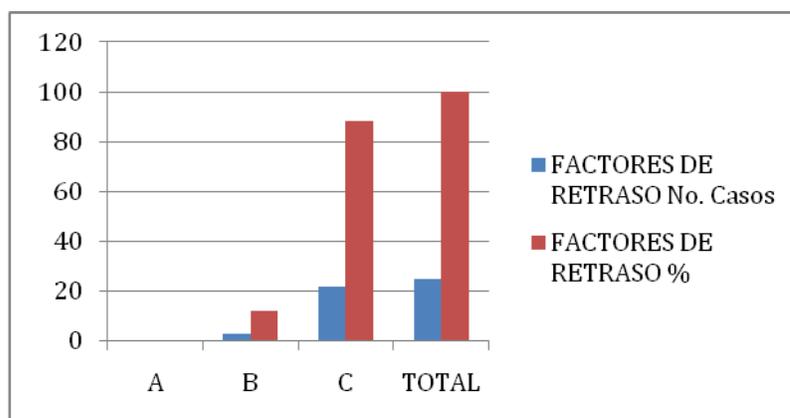
FACTORES DE RETRASO		
	No. Casos	%
A	0	0
B	3	12
C	22	88
TOTAL	25	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados al personal de enfermería en la unidad toco quirúrgica del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

El estudio revela que del total de la muestra el 88 % del personal encuestado demostró que tiene conocimiento básico sobre los factores que retrasan la involución uterina.

GRAFICA 20

Distribución del personal de enfermería en el Hospital Dr. Manuel Gea González en la unidad toco quirúrgica que tiene conocimientos acerca de los factores que retrasan la involución uterina.



FUENTE: Cuadro 20

INSTRUMENTO C

CUADRO 21 PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE CONOCE LOS ANTECEDENTES DEL PARTO

Distribución del personal de enfermería en el Hospital Dr. Manuel Gea González en la unidad toco quirúrgica que tiene conocimientos acerca de lo que es el parto.

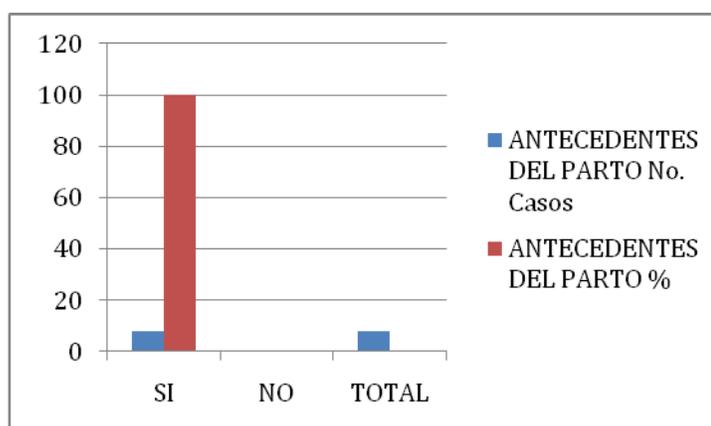
ANTECEDENTES DEL PARTO		
	No. Casos	%
SI	8	100
NO	0	0
TOTAL	8	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados al personal de enfermería en la unidad toco quirúrgica del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

El estudio revela que del total de la muestra el 100 % del personal encuestado demostró que tiene conocimiento básico sobre los antecedentes del parto tanto quirúrgico como eutócico.

GRAFICA 21

Distribución del personal de enfermería en el Hospital Dr. Manuel Gea González en la unidad toco quirúrgica que tiene conocimientos acerca de lo que es el parto.



FUENTE: Cuadro 21

CUADRO 22 PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE IDENTIFICA LOS FACTORES QUE RETRASAN LA INVOLUCIÓN UTERINA

Distribución del personal de enfermería en el Hospital Dr. Manuel Gea González en la unidad toco quirúrgica que es capaz de identificar los factores que retrasan la involución uterina.

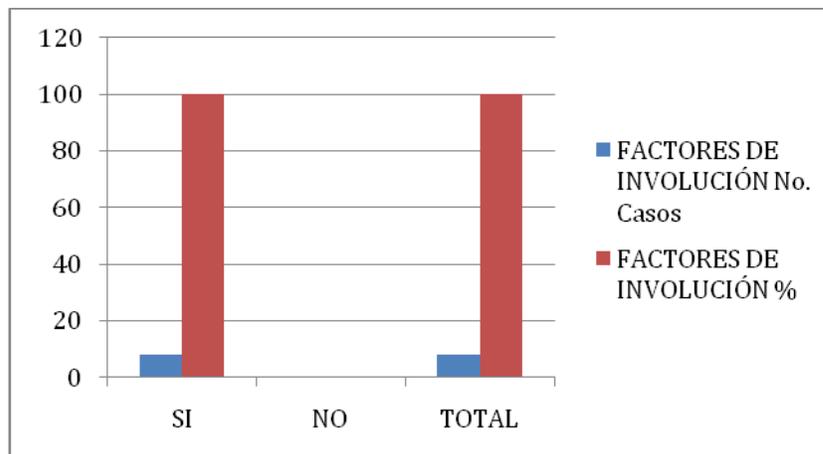
FACTORES DE INVOLUCIÓN		
	No. Casos	%
SI	8	100
NO	0	0
TOTAL	8	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados al personal de enfermería en la unidad toco quirúrgica del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

El estudio revela que del total de la muestra el 100 % del personal encuestado demostró que tiene la capacidad de identificar cuáles son los factores que retrasan la involución uterina; sea trabajo de parto prolongado, analgesia excesiva, parto difícil, multiparidad, vejiga llena, etc.

GRAFICA 22

Distribución del personal de enfermería en el Hospital Dr. Manuel Gea González en la unidad toco quirúrgica que es capaz de identificar los factores que retrasan la involución uterina.



FUENTE: Cuadro 22

CUADRO 23 PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE VALORA EL TONO Y NIVEL DEL UTERO EN EL PUERPERIO INMEDIATO CONFORME A LA INSTRUCCIÓN EDUCATIVA PREVIA

Distribución del personal de enfermería en el Hospital Dr. Manuel Gea González en la unidad toco quirúrgica que valora el tono del nivel del útero durante el puerperio inmediato.

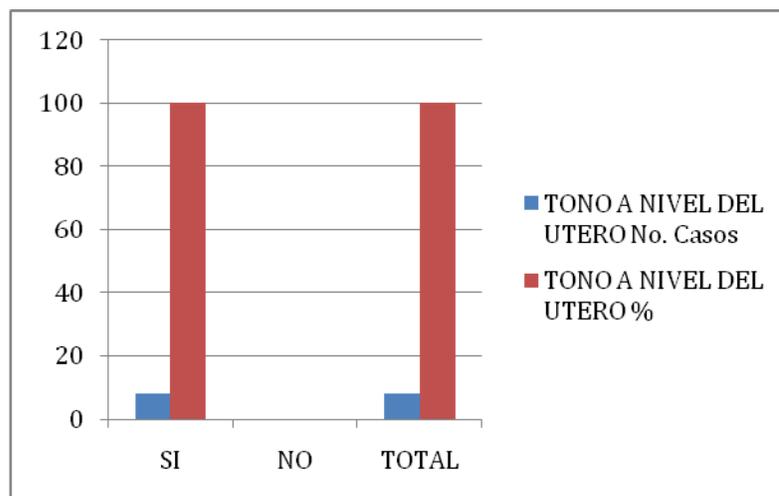
TONO Y NIVEL DEL UTERO		
	No. Casos	%
SI	8	100
NO	0	0
TOTAL	8	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados al personal de enfermería en la unidad toco quirúrgica del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

El estudio revela que del total de la muestra el 100 % del personal encuestado demostró que lleva a cabo la valoración del tono del nivel del útero durante el puerperio inmediato a través de la palpación a intervalos frecuentes.

GRAFICA 23

Distribución del personal de enfermería en el Hospital Dr. Manuel Gea. González en la unidad toco quirúrgica que valora el tono del nivel del útero durante el puerperio inmediato.



FUENTE: Cuadro 23

CUADRO 2 4 PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE VALORA EL GRADO DE INVOLUCIÓN UTERINA DE ACUERDO A LA TÉCNICA

Distribución del personal de enfermería en el Hospital Dr. Manuel Gea González en la unidad toco quirúrgica que valora el grado de involución uterina conforme a la técnica (Palpación)

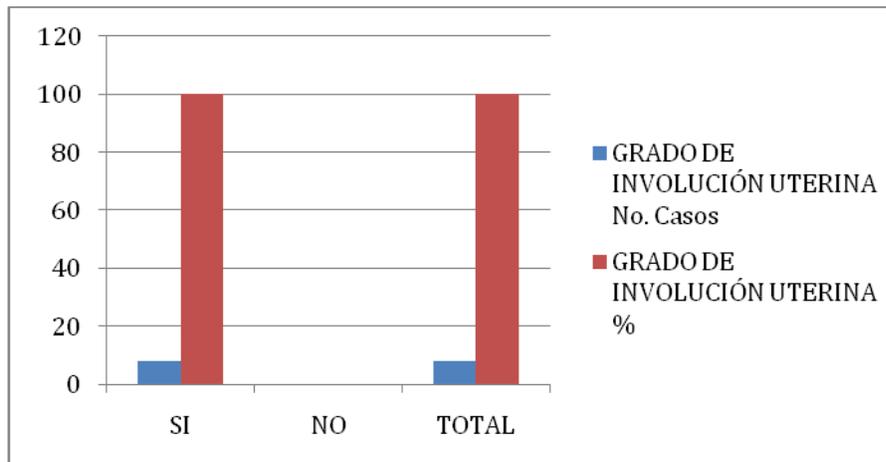
GRADO DE INVOLUCIÓN UTERINA		
	No. Casos	%
SI	8	100
NO	0	0
TOTAL	8	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados al personal de enfermería en la unidad toco quirúrgica del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

El estudio revela que del total de la muestra el 100 % del personal encuestado demostró que lleva a cabo la valoración y el grado de involución uterina de acuerdo a la técnica de palpación

GRAFICA 24

Distribución del personal de enfermería en el Hospital Dr. Manuel Gea González en la unidad toco quirúrgica que valora el grado de involución uterina conforme a la técnica (Palpación)



FUENTE: Cuadro 24

CUADRO 25 PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE VALORA LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS LOQUIOS

Distribución del personal de enfermería en el Hospital Dr. Manuel Gea González en la unidad toco quirúrgica que valora las características de los loquios.

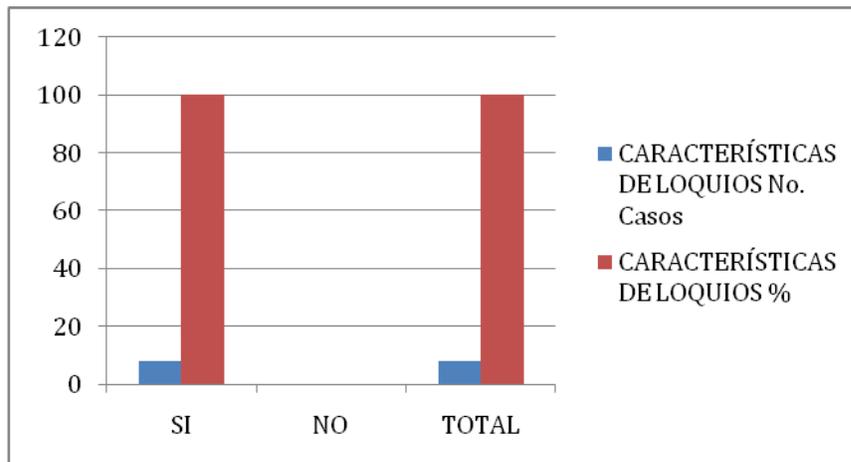
CARACTERÍSTICAS DE LOQUIOS		
	No. Casos	%
SI	8	100
NO	0	0
TOTAL	8	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados al personal de enfermería en la unidad toco quirúrgica del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

El estudio revela que del total de la muestra el 100 % del personal encuestado demostró que lleva a cabo la valoración de las características de los loquios.

GRAFICA 25

Distribución del personal de enfermería en el Hospital Dr. Manuel Gea González en la unidad toco quirúrgica que valora las características de los loquios.



FUENTE: Cuadro 25

CUADRO 26 PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE DETECTA FACTORES DE RIESGO DURANTE EL PUERPERIO INMEDIATO

Distribución del personal de enfermería en el Hospital Dr. Manuel Gea González en la unidad toco quirúrgica que detecta los factores de riesgo durante el puerperio inmediato

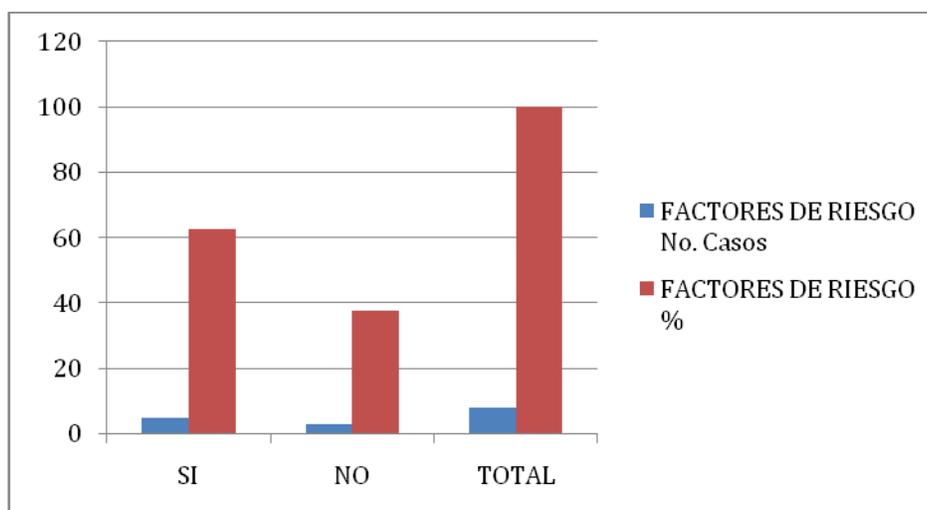
FACTORES DE RIESGO		
	No. Casos	%
SI	5	62.5
NO	3	37.5
TOTAL	8	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados al personal de enfermería en la unidad toco quirúrgica del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

El estudio revela que del total de la muestra el 62 % del personal encuestado demostró que es capaz de llevar a cabo la valoración de los factores de riesgo durante el puerperio inmediato y sólo el 37 % no pudo de terminar factores de riesgo posteriormente al haber recibido la capacitación.

GRAFICA 26

Distribución del personal de enfermería en el Hospital Dr. Manuel Gea González en la unidad toco quirúrgica que detecta los factores de riesgo durante el puerperio inmediato



FUENTE: Cuadro 26

CUADRO 27 PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE REALIZA LAS ANOTACIONES Y EVENTOS QUE PRESENTA LA PUERPERA EN RELACIÓN A LA EVOLUCIÓN UTERINA.

Distribución del personal de enfermería en el Hospital Dr. Manuel Gea González en la unidad toco quirúrgica que realiza las anotaciones pertinentes en relación a la evolución uterina.

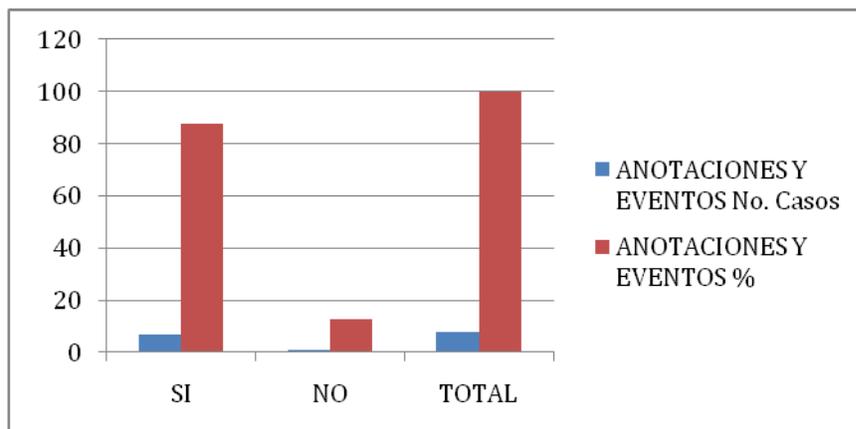
ANOTACIONES Y EVENTOS		
	No. Casos	%
SI	7	87.5
NO	1	12.5
TOTAL	8	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados al personal de enfermería en la unidad toco quirúrgica del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

El estudio revela que del total de la muestra el 87 % del personal encuestado demostró que lleva a cabo las anotaciones pertinentes en relación a la evolución uterina y sólo el 12 % no realiza ningún tipo de registro aun posterior a la capacitación.

GRAFICA 27

Distribución del personal de enfermería en el Hospital Dr. Manuel Gea González en la unidad toco quirúrgica que realiza las anotaciones pertinentes en relación a la evolución uterina.



FUENTE: Cuadro 27

CUADRO 28 PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE REALIZA UNA PLAN DE CUIDADOS EN FUNCION A LA VALORACIÓN.

Distribución del personal de enfermería en el Hospital Dr. Manuel Gea González en la unidad toco quirúrgica que realiza un plan de cuidados en función a la valoración.

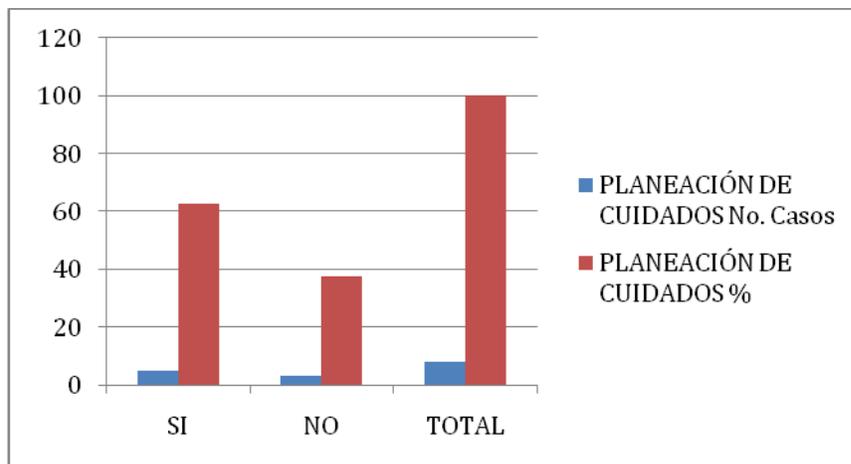
PLANEACIÓN DE CUIDADOS		
	No. Casos	%
SI	5	62.5
NO	3	37.5
TOTAL	8	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados al personal de enfermería en la unidad toco quirúrgica del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

El estudio revela que del total de la muestra el 62 % del personal encuestado demostró que lleva a cabo un plan de cuidados en función a la valoración que realiza y sólo el 37% no realiza ningún tipo de registro aun posterior a la capacitación.

GRAFICA 28

Distribución del personal de enfermería en el Hospital Dr. Manuel Gea González en la unidad toco quirúrgica que realiza un plan de cuidados en función a la valoración.



FUENTE: Cuadro 28

CUADRO 29 DE ACUERDO A LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA EVALUACIÓN TEÓRICA, EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA QUE CUENTA CON LOS CONOCIMIENTOS NECESARIOS PARA PODER BRINDAR UNA MONITORIZACIÓN ADECUADA DE LA VIGILANCIA DE LA INVOLUCIÓN UTERINA

Distribución del personal de enfermería en el Hospital Dr. Manuel Gea González en la unidad tóco quirúrgica que de termina cuales son las principales causas para no llevar a cabo los cuidados necesarios para reducir los factores de riesgo de la involución uterina durante el puerperio inmediato.

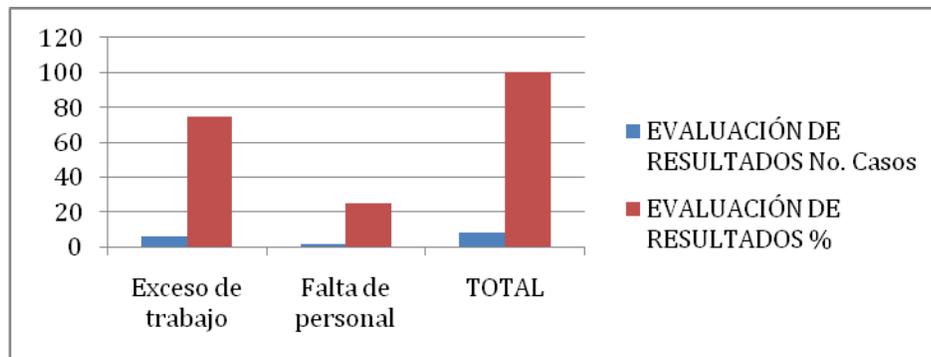
EVALUACIÓN DE RESULTADOS		
	No. Casos	%
EXCESO DE TRABAJO	6	75
FALTA DE PERSONAL	2	25
TOTAL	8	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados al personal de enfermería en la unidad tóco quirúrgica del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

El estudio revela que del total de la muestra el 75 % del personal encuestado atribuye al exceso de trabajo el no llevar a cabo la adecuada vigilancia de la involución uterina y sólo el 25% asegura que la falta de personal es el principal motivo.

GRAFICA 29

Distribución del personal de enfermería en el Hospital Dr. Manuel Gea González en la unidad tóco quirúrgica que de termina cuales son las principales causas para no llevar a cabo los cuidados necesarios para reducir los factores de riesgo de la involución uterina durante el puerperio inmediato.



FUENTE: Cuadro 29

V. CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

En la investigación realizada en el Hospital General Dr. Manuel Gea González en la unidad tóco quirúrgica se concluye que:

De acuerdo al objetivo general planteado se comprueba que el profesional de enfermería no realiza en forma oportuna la vigilancia de la involución uterina en el puerperio inmediato, la justificación que menciona el personal para no realizar esta valoración es la apatía, el estrés laboral; lo que da por resultado una deficiencia en la atención a la puérpera

En relación a la pregunta de investigación se concluye que el profesional de enfermería no realiza adecuadamente la vigilancia de la involución uterina aunque esta es una actividad relevante en las primeras horas posparto para la detección oportuna de factores de riesgo y la prevención de hemorragias durante el puerperio inmediato

Con fundamento en la hipótesis se sustenta que el conocimiento científico ofrece al profesional de enfermería los medios necesarios para poder brindar una adecuada atención en la vigilancia de la involución uterina, el estudio demuestra que el personal tiene el conocimiento sin embargo no lo aplica en su actividad profesional, por lo tanto es necesario concientizarlo sobre la importancia de aplicar este conocimiento con la finalidad de reducir la tasa de morbilidad materna.

Cabe mencionar que dentro de la revisión del marco referencial no hay estudios que describan la incursión de la enfermera mexicana en el cuidado de la involución uterina, los estudios consultados abordan la hemorragia obstétrica en general y la prevención y tratamiento tienen un enfoque médico.

Más aun es desmoralizante encontrar obstáculos Institucionales que limitan al profesional de enfermería su participación en la investigación, procedimientos propios de la disciplina, así mismo no se evidencian los cuidados brindados en esta etapa y reflejados en la hoja de enfermería.

Por todo lo anterior es el momento de que el profesional de enfermería asuma su rol profesional, tomando la responsabilidad del cuidado que tiene a su cargo, para enfrentar el cambio que se está teniendo a los ojos de la sociedad para avanzar en su desempeño en todo lo que a su profesión compete, es decir el empoderamiento del conocimiento.

Es importante mencionar que durante el desarrollo de la presente investigación; el Hospital General Dr. Manuel Gea González se encuentra en contingencia por ser un lugar de concentración de enfermedades respiratorias (influenza) por lo cual cerraron diferentes áreas hospitalarias entre ellas la unidad tocoquirúrgica situación que permitió evaluar la intervención educativa de la población estudiada.

Es necesario continuar con la investigación para poder ampliar el panorama de los resultados obtenidos posteriores a la capacitación que se brindo y emplear estrategias que mejoren la calidad de atención en nuestras mujeres mexicanas viéndolas desde el punto de vista biopsicosocial y mental entendiendo al ser humano como único e irrepetible.

VI. SUGERENCIAS

SUGERENCIAS

- Crear un programa de mejora continua que incluya:
 - Crear una ruta crítica que permita la adecuada vigilancia de la involución uterina en el puerperio inmediato.
 - Actualizar el manual de procedimientos de la UTQ, en el que se incluya el procedimiento adecuado para la vigilancia de la involución uterina.
 - Tener disponibilidad del manual de procedimientos para consulta en caso de duda o confirmación de algún procedimiento o técnica tanto para el personal de base como al de nuevo ingreso.
- En la medida de lo posible y de acuerdo a cuestiones administrativas y personales rotar al profesional de enfermería tanto de base como de contrato con el objetivo de evitar la rutina y por consiguiente se automatice la atención.
- Se propone a las instituciones en salud y educativas se conforme un organismo de investigación en enfermería que valore los protocolos de investigación con la finalidad de avanzar en dicho ámbito, así mismo tener la credibilidad y una base de datos que permita la atención de la enfermería basada en la evidencia.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Ahued, Ahued, J Roberto. Fernández del Castillo, S. Bailón Uriza Carlos, y René. (2003) *Ginecología y Obstetricia*. Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia: México.
- Bayli,R.E.(2004) *Puerperio Normal y Complicado*; Manual de la Enfermería. España: Océano/Centrum.
- Decherney H. Y Nathan L. (2003). *Puerperio Normal Diagnóstico y Tratamiento Obstétrico*. México: Manual Moderno.
- Félix Ramírez A . (2002). *Obstetricia para la enfermera profesional*. Manual Moderno: México.
- Gabbe, Nibby, y Simpson. (2006). *Obstetricia de bolsillo*. Madrid España: Marban.
- Hernández Sampieri R. Fernández Collado C. y Baptista Lucio P . (2006). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill Interamericana.
- Mondragón Castro H. *Ginecoobstetricia Elemental*. México: Trillas.
- Nieland Ladewig P; L. London M. y M. Moberly S.(2006). *Enfermería Maternal y del Recién Nacido*, España: McGRAW - Hill. Interamericana.
- Ramírez Alonso F. (2002). *Obstetricia para la Enfermera Profesional* .México: Manual Moderno.
- Reeder S. Martín L.L; Y Koniak,D. (1996) *Atención del Trabajo de Parto Normal Enfermería Materno Infantil*. México: Mac Graw Hill Interamericana.
- Sally B. Olds, L. London M. y A. Ladewig P. (1987). *Enfermería Materno Infantil*. México: Interamericana.
- Sánchez Pérez T. Tomasis García J. y Sáenz Martínez Laura P. (2002) *Guía Metodológica para la Elaboración de un Protocolo de Investigación en el Área de la Salud*. México, D.F: Prado.

Páginas Electrónicas

- Enfermería. protocolos/tocología/puerperio inmediato (fecha) [En línea] consultado: (10-08-09) www.chospab.es/.../puerperio_inmediato.htm .
- G, V élez. B, Agúdelo. Septiembre 2007 [En línea] Consultado: (10-08-09) disponible en: <http://www.scielo.org.co/scielo.php>
- M. Martínez , Noviembre 2007 [En línea] Consultado: (10-08-09) disponible en: <http://www.obstetriciacritica.com.ar/doc/Protocolo.pdf>
- Organización Panamericana de la salud, Medellín, 2007 [En línea] Consultado: (04-07-09) disponible en: <http://www.scielo.org.co/scielo.php>.
- Secretaría de Salud, 2002 [En línea] Consultado: (10-08-09) disponible en: <http://www.ssa.gob.mx>
- Secretaría de Salud, 2006 [En línea] Consultado: (10-08-09) disponible en: http://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/nls/boletines/PME_17.pdf

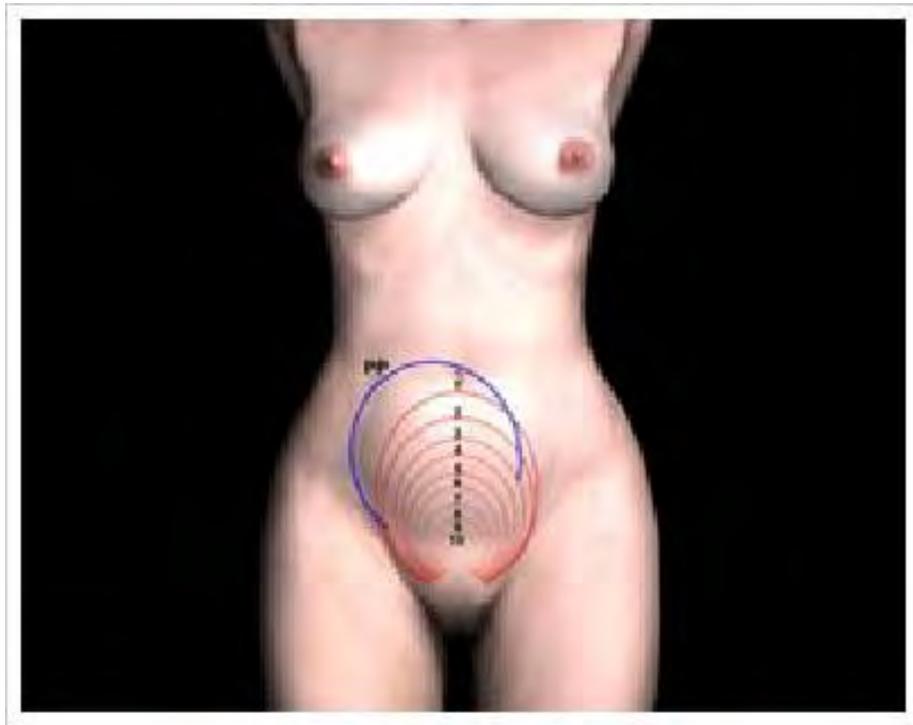
VIII. ANEXOS

ANEXO 1 Método de valoración de la involución uterina



FUENTE: Reeder S. Martín L.L; Y Koniak,D. (1996) *Atención del Trabajo de Parto Normal* Enfermería Materno Infantil. México: Mac Graw Hill Interamericana. Pág. 516

ANEXO 2 Niveles de la involución uterina



FUENTE: Enfermería.protolos/tocología/puerperio inmediato(fecha) [En línea] consultado: (10-08-09) www.chospab.es/.../puerperio_inmediato.htm

ANEXO 3



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
SISTEMA UNIVERSIDAD ABIERTA
INSTRUMENTO A

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN A CERCA DE LA VIGILANCIA DE LA INVOLUCIÓN UTERINA EN EL PUERPERIO INMEDIATO.

Este cuestionario servirá para elaborar una propuesta de mejora continua.

OBJETIVO. Realizar un estudio de sombra que permita verificar si el personal de enfermería de la Unidad teco quirúrgica del Hospital Dr. Manuel Gea González, monitoriza de forma adecuada la vigilancia de la involución uterina en el puerperio inmediato.

Folio 1	Fecha	Turno	Antigüedad en el Servicio		Nivel académico	
No.		Procedimiento	siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
1		¿La enfermera de sala informa de los eventos ocurridos durante el procedimiento a la enfermera de recuperación?				
2		¿Valora las características de los loquios?				
3		¿Valora la presencia de entuertos?				
4		¿Realiza las anotaciones y eventos que presenta la puérpera en relación a la involución uterina y características de loquios?				

5	¿Valora el grado y tono de involución uterina?				
6	¿Valora periódicamente la involución uterina durante las primeras dos horas del puerperio inmediato?				
7	¿Valora factores de riesgo (edad, multiparidad, inducciones prolongadas)?				

NOMBRE DEL OBSERVADOR: _____

ANEXO 4



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
SISTEMA UNIVERSIDAD ABIERTA**

INSTRUMENTO B

FOLIO

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN A CERCA DE LA VIGILANCIA DE LA INVOLUCIÓN UTERINA EN EL PUERPERIO INMEDIATO.

Este cuestionario servirá para elaborar una propuesta de mejora continua en el servicio de la Unidad Toco Quirúrgica, la información que se obtenga será manejada de manera ética, confidencial y anónima.

OBJETIVO. Conocer el grado de conocimientos del profesional de enfermería que labora en la Unidad Toco quirúrgica, en relación a la vigilancia de la mujer en el puerperio inmediato.

Le pedimos lea con atención y marque la respuesta correcta sin emitir ninguna pregunta.

Fecha _____ Turno _____ Antigüedad en el Servicio _____

Nivel Académico _____

1.- ¿Qué es puerperio?

- a) Es la etapa que comprende desde que se produce la expulsión del feto hasta que la involución genital del organismo materno se completa.
- b) Es la etapa que comprende desde que termina el alumbramiento hasta que la involución genital del organismo materno se completa.
- c) Es la etapa que comprende desde que termina el alumbramiento hasta que es dada de alta la paciente

2.- ¿Qué son los entuertos?

- a) Son contracciones uterinas intermitentes.
- b) Son sangrados intermitentes
- c) Son contracciones uterinas esporádicas

3.- ¿Qué es involución uterina?

- a) Son los cambios ocurridos en la superficie uterina hasta alcanzar su tamaño de útero gestante.
- b) Son los cambios ocurridos en la superficie vaginal hasta alcanzar su tamaño no gestante.
- c) Son los cambios ocurridos en la superficie uterina hasta alcanzar su tamaño no gestante.

4.- ¿Qué es atonía uterina?

- a) Es la falta de contractilidad adecuada de las fibras miométricas después del parto o cesárea.
- b) Es la falta de contractilidad adecuada de las fibras miométricas durante el puerperio mediato.
- c) Es la falta de contractilidad adecuada de las fibras miométricas durante el parto.

5.- ¿Que son loquios?

- a) Es la descarga de desechos que tiene en su interior el útero durante el parto o cesárea
- b) Es la retención de desechos que tiene en su interior el útero después del parto o cesárea
- c) Es la descarga de desechos que tiene en su interior el útero después del parto o cesárea

6.- ¿A qué nivel se encuentra el útero en el puerperio inmediato?

- a) Después del parto el fondo uterino se eleva hasta el nivel del ombligo, o a un diámetro transversal de dedo (1.0 cm) por arriba del mismo.
- b) Después del parto el fondo uterino se eleva por arriba del ombligo, o a dos diámetros transversales de dedo (2.0 cm) por arriba del mismo.
- c) Después del parto el fondo uterino se eleva por debajo del ombligo, o a dos diámetros transversales de dedo (2.0 cm) por abajo del mismo.

7.- ¿Tiempo en que se debe de estar valorando la involución uterina?

a) La primera valoración se lleva a cabo en la sala de expulsión antes de la transferencia, los controles inmediatos en el puerperio inmediato se llevan a cabo cada hora.

b) La primera valoración se lleva a cabo en la sala de expulsión antes de la transferencia, los controles inmediatos en el puerperio inmediato se llevan a cabo cada 15 minutos durante la primera hora.

c) La primera valoración se lleva a cabo en la sala de recuperación, los controles inmediatos en el puerperio inmediato se llevan a cabo cada 30 minutos.

8.- ¿Cuáles son los signos de la atonía uterina?

a) Sangrado importante vaginal, disminución de la consistencia del útero a la palpación, presencia súbita de estado de choque hipovolémico.

b) Sangrado escaso vaginal, adecuada consistencia del útero a la palpación, presencia súbita de estado de choque hipovolémico.

c) Sangrado importante vaginal y adecuada consistencia del útero a la palpación.

9.- ¿Cuáles son los factores de riesgo de hemorragias puerperales?

a) No hay factores de riesgo.

b) Edad materna, primigesta, trabajo de parto normal, primera y segunda etapas de trabajo de parto prolongadas, expulsión asistida, involución uterina adecuada, desprendimiento prematuro de placenta o placenta previa, trabajo de parto inducido, preeclampsia y eclampsia.

c) Edad materna avanzada y alta paridad, trabajo de parto rápido, primera y segunda etapas de trabajo de parto prolongadas, expulsión asistida, sobredistención del útero, atonía uterina previa, desprendimiento prematuro de placenta o placenta previa, trabajo de parto inducido, preeclampsia y eclampsia.

10.- ¿Cuáles son los factores que retrasan la involución uterina?

a) Trabajo de parto normal, analgesia adecuada, parto difícil, primigestas, vejiga llena y expulsión incompleta de los productos de la concepción.

b) Trabajo de parto prolongado, analgesia excesiva, parto difícil, gran multiparidad, vejiga llena y expulsión incompleta de los productos de la concepción.

c) Trabajo de parto prolongado, analgesia adecuada, parto normal, vejiga vacía y expulsión completa de los productos de la concepción.

AGRADECEMOS SU COLABORACIÓN

NOMBRE DEL APLICADOR: _____

ANEXO 5



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
SISTEMA UNIVERSIDAD ABIERTA**

INSTRUMENTO C

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN ACERCA DE LA VIGILANCIA DE LA INVOLUCIÓN UTERINA EN EL PUERPERIO INMEDIATO.

Este cuestionario servirá para evaluar el conocimiento y la aplicación de la vigilancia de la involución uterina en el puerperio inmediato en la Unidad Toco Quirúrgica.

La información que se obtenga será manejada de manera ética, confidencial y anónima.

OBJETIVO. Verificar si se logro el objetivo de la instrucción educativa que se brindo al profesional de enfermería.

Folio 1	Fecha	Turno			
Antigüedad en el servicio		Nivel académico			
No.	Procedimiento	SI	NO	TOTAL	
1	El personal de enfermería conoce los antecedentes del parto (tanto quirúrgico como eutócico) de la puerpera.				
2	El personal de enfermería identifica los factores que retrasan la involución uterina (trabajo de parto prolongado, analgesia excesiva, parto difícil, gran multiparidad, vejiga llena y expulsión incompleta de los productos de la concepción).				
3	El personal de enfermería valora el tono y nivel del útero en el puerperio inmediato conforme a la instrucción educativa previa (Es necesario palpar el				

	<p>útero después del parto a intervalos frecuentes: cuatro veces cada 15 minutos; dos veces cada 30 minutos; dos veces cada hora, y una vez cada ocho horas, para verificar que conserva la consistencia firme y valorar su grado de involución).</p>			
4	<p>El personal de enfermería valora el grado de involución uterina de acuerdo a la técnica (Se coloca la mano derecha justo por encima de la sínfisis del pubis para actuar como barrera; mientras tanto se rodea con la otra mano el fondo del útero).</p>			
5	<p>El personal de enfermería valora las características de los loquios.</p>			
6	<p>El personal de enfermería detecta factores de riesgo (Edad materna avanzada y alta paridad, trabajo de parto rápido, primera y segunda etapas de trabajo de parto prolongadas, expulsión asistida (es decir, extracción con fórceps), sobredistencion del útero (hidramnios, embarazo múltiple, feto de tamaño muy grande), atonía uterina previa o hemorragia puerperal asociada previa, otras complicaciones hemorrágicas, como desprendimiento prematuro de placenta o placenta previa, trabajo de parto inducido, uso excesivo de medicamentos durante el trabajo de parto o anestesia general, preeclampsia y eclampsia).</p>			
7	<p>El personal de enfermería realiza las anotaciones y eventos que presenta la puérpera en relación a la involución uterina.</p>			
8	<p>El personal de enfermería planea sus cuidados en relación a la valoración que realiza.</p>			

9. De acuerdo a los resultados obtenidos en la evaluación teórica se comprobó que el profesional de enfermería que labora en la Unidad toco Quirúrgica cuenta con los conocimientos necesarios para poder brindar una monitorización adecuada de la vigilancia de la involución uterina.

¿Cuál cree que es la causa principal por la cual no es posible llevar a cabo esta vigilancia de manera oportuna?

NOMBRE DEL APLICADOR:

Anexo 6

Contenido del programa de la Instrucción educativa

CONCEPTO

Se emplea el término “involución uterina” para describir la reducción rápida de tamaño y el retorno del útero a un estado normal semejante al del estado nulíparo.

OBJETIVO

Detectar a tiempo la presencia de problemas para la involución uterina con el fin de evitar que se relaje el útero y se produzcan hemorragias o atonía uterina.

INDICACIONES

Se realiza la vigilancia de la involución uterina a todas las mujeres que cursan puerperio inmediato, para detectar hemorragias puerperales que pongan en riesgo el bienestar de la mujer. Es necesario palpar el útero después del parto a intervalos frecuentes: cuatro veces cada 15 minutos; dos veces cada 30 minutos; dos veces cada hora, y una vez cada ocho horas, para verificar que conserva la consistencia firme y valorar su grado de involución. Se tendrá cuidado de no aplicar masaje en exceso, pues fatigaría al músculo y daría por resultado atonía. Se instruye a la mujer y se le anima para que se aplique masaje suave al útero a intervalos con objeto de fomentar la contracción uterina.

PRINCIPIOS

La primera valoración se lleva a cabo en la sala de expulsión antes de la transferencia.

Los controles inmediatos en el puerperio inmediato se llevan a cabo cada 15 minutos.

Para asegurar el bienestar de la madre, se efectúan valoraciones escrupulosas, ya que en este momento ella corre mayor riesgo de hemorragia puerperal y de presentar hematomas.

Si hay algún cambio en el personal de enfermería y la enfermera de trabajo de parto y expulsión no es la misma de la enfermera de recuperación, es preciso proporcionarle un reporte completo. Este incluye el nombre del médico que atendió el parto, método de expulsión, si se efectuó episiotomía, presencia de laceraciones, tipo de anestesia, que solución I.V., se administro y en qué cantidad, la cantidad de oxitocina que se aplico (si no se uso cualquier tipo de medicamento que se haya dado para reducir la hemorragia), en qué momento orino la madre por última vez, sexo del niño y cualquier tema pertinente que debe tenerse en cuenta al igual que la historia médica relativa y cualquier orden medica que deba llevarse a cabo de inmediato.

Durante la primera hora se da masaje al fondo y se registra su estado y posición. Inmediatamente después del parto el útero pesa alrededor de 1 kilogramo y su tamaño se aproxima al de un embarazo de 20 semanas (a nivel del ombligo).

La hemorragia vaginal se valora según cantidad, color y presencia de coágulos o mal olor. La secreción puerperal normal empieza como loquios hemáticos (color rojo brillante), que contienen sangre, restos de tejido y decidua.

Se anota la cantidad de hemorragia: escasa, ligera, moderada, o abundante. Surgen problemas cuando no se estandarizan las cantidades o cuando las enfermeras usan distintas medidas. Se sugiere el siguiente método para registrar el sangrado vaginal.

Escaso: solo aparece sangre cuando se limpia la región o se produce mancha menor de 2.5cm., en la toalla.

Ligero: mancha menor de 10cm., en la toalla.

Moderado: mancha menor de 15 cm., en la toalla.

Abundante: toalla saturada en una hora.

PRECAUCIONES

El masaje constante del útero durante el periodo inmediatamente después del parto es innecesario e inconveniente. Sin embargo, si el órgano muestra cualquier tendencia a relajarse debe masajearse de inmediato con firmeza, en círculos suaves, hasta que se

contraiga de manera eficaz. la relajación del útero es una de las principales causas de hemorragia en el puerperio y la vigilancia del útero y de la cantidad de hemorragia es de suma importancia en este momento.

MATERIAL, EQUIPO Y TÉCNICA:

MATERIAL

- Sabana clínica.
- Guantes desechables.
- Toalla obstétrica.
- Cesto de basura

TÉCNICA

- Lavarse las manos
- Identificarse con la mujer
- Explicarle el procedimiento que se le va a realizar
- Cubrirla con la sabana para respetar su individualidad
- Descubrir el abdomen hasta las rodillas

Colocar la mano derecha justo por encima de la sínfisis del pubis para actuar como barrera; mientras tanto, se rodea con la otra mano el fondo del útero y valorar estado y posición, así como también valorar la hemorragia vaginal

Se cambia la toalla obstétrica y si es necesario las sabanas de la cama para un mejor control de la hemorragia vaginal

Se coloca a la paciente en posición cómoda y se cubre

Se realizan las anotaciones en la hoja de enfermería

Se repite el mismo procedimiento cada 15 minutos durante las primeras dos horas posparto.

Método adecuado para palpar el fondo del útero durante la primera hora después del parto, con el fin de evitar que se relaje y se produzcan hemorragias. Se coloca la mano derecha justo por encima de la sínfisis del pubis para actuar como barrera; mientras tanto se rodea con la otra mano el fondo del útero. (Ver anexo 1).

FACTORES DE RIESGO

Como la prevención de la hemorragia en el puerperio es un factor tan importante para la salud y bienestar de la madre, es preciso identificar a las personas que tengan riesgo de desarrollar esta afección. Los factores para predecir mayor riesgo de hemorragia puerperal son:

- Edad materna avanzada y alta paridad.
- Trabajo de parto rápido.
- Primera y segunda etapas de trabajo de parto prolongadas.
- Expulsión asistida (es decir, extracción con fórceps).
- Sobredistención del útero (hidramnios, embarazo múltiple, feto de tamaño muy grande).
- Atonía uterina previa o hemorragia puerperal asociada previa.
- Otras complicaciones hemorrágicas, como desprendimiento prematuro de placenta o placenta previa.
- Trabajo de parto inducido.
- Uso excesivo de medicamentos durante el trabajo de parto o anestesia general.
- Preeclampsia y eclampsia.

La enfermera debe tener a la mano una solución intravenosa con oxitócico para administrarla de inmediato en caso de que el profesional a cargo de la paciente sospeche una hemorragia inminente.

ANEXO 7

PROGRAMA DE INSTRUCCIÓN EDUCATIVA

VIGILANCIA DE LA INVOLUCIÓN UTERINA

CHAPARRO SÁNCHEZ MARÍA ADRIANA
HERNÁNDEZ PANHUAYA CAROLINA
HERNÁNDEZ SANJUAN VICTORIA
MORALES LANDA MARIVEL

INDICE

Tema	página
➤ JUSTIFICACION	2-3
➤ OBJETIVO	4
➤ METODOLOGIA	5-6
➤ CONTENIDOS Y ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE	7

JUSTIFICACION

El puerperio o periodo postparto se divide en puerperio inmediato que abarca las primeras 24 horas después del parto, mediato que abarca de las primeras 25 hrs a 7 días posparto; y el puerperio tardío que abarca del 8° día a 6 semanas posparto. Durante el puerperio inmediato pueden ocurrir complicaciones agudas; se trata de un periodo muy importante, ya que es el tiempo de aparición de los factores que lideran las causas de mortalidad materna, como las hemorragias posparto, entre otras. Por ello, es importante la vigilancia estrecha durante este periodo por personal calificado que conozca los factores de riesgo y las intervenciones específicas para dar una atención oportuna.

El personal de enfermería adscrito a la Unidad Toco-Quirúrgica del Hospital General Dr. Manuel Gea González, fue sometido a un estudio de sombra y se le aplicó una cedula diagnóstica de conocimientos, referente a la vigilancia de la involución uterina en el puerperio inmediato; durante el análisis de los resultados se detectó la necesidad de crear un programa de mejora continua, ya que % tiene el conocimiento pero no lo lleva a cabo.

Este programa tiene como fin dar las herramientas necesarias para proporcionar el cuidado de enfermería en el puerperio inmediato de forma, sistemática, dinámica, humanística y centrada en objetivos, y así mismo favorecer el desarrollo profesional y personal e institucional en beneficio de la puérpera.

Este programa está diseñado para ser aplicado en la Unidad Toco-Quirúrgica 8 hrs. Distribuidas en los cuatro turnos, con una duración de 2 horas por turno, hasta cubrir un 100% de capacitación al personal de enfermería adscrito a dicha unidad. Con fecha de inicio 21 al 23 de octubre del 2009.

OBJETIVOS

- Unificar criterios y acciones para la prevención y diagnóstico oportuno de posibles hemorragias en el puerperio inmediato.
- Fortalecer las actividades de comunicación educativa y participación activa del profesional de enfermería que labora en la Unidad Tocoquirúrgica.

METODOLOGIA

El presente programa estará a cargo de 4 pasantes de la licenciatura en enfermería y obstetricia, y del asesor académico del SUA-ENEO.

Por la modalidad educativa que pretende el programa requiere de la participación activa del personal y del profesor con el fin de lograr los aprendizajes planeados.

La participación de los alumnos tendrá gran relevancia ya que participara con la intervención de su experiencia laboral para lograr momentos de análisis y reflexión y discernimiento entre la practica común del cuidado enfermero en la vigilancia de la involución uterina y de un cuidado enfermero en forma sistemática, dinámica, humanística y científica, para plasmarlo en sus notas de enfermería.

Durante el programa educativo se llevara al personal de enfermería de la teoría, a su aplicación práctica para que este le dé el valor de utilidad a través del razonamiento y toma de conciencia.

El curso se apoyara en recursos didácticos y tecnológicos.

Evaluación final se realizara a través de un monitoreo del cuidado y vigilancia de la involución uterina en el puerperio inmediato por medio de la aplicación de una cedula.

CONTENIDO Y ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE PARA LA VIGILANCIA DE LA INVOLUCION UTERINA EN EL PUERPERIO INMEDIATO.

PUERPERIO

1. Concepto de puerperio
2. Clasificación del puerperio

Objetivo específico.

El personal de enfermería de la Unidad Toco-Quirúrgica conocerá clasificación y concepto de puerperio.

Actividades de aprendizaje

Actividades de aprendizaje	Recurso didáctico	Técnica didáctica
A través de preguntas se realizará un diagnóstico de conocimientos sobre el puerperio y su clasificación para posteriormente reforzar con una exposición.	Power point.	Lluvia de ideas. Exposición.

HEMORRAGIA PUERPERAL.

1. Antecedentes.
2. Concepto.
3. Factores de riesgo.

Objetivo Específico:

El personal de enfermería de la unidad toco quirúrgica será capaz de mencionar el concepto y factores de riesgo de la hemorragia en el puerperio inmediato.

Actividades de aprendizaje

Actividades de aprendizaje	Recurso didáctico	Técnica didáctica
A través de la exposición se dará a conocer el concepto y los factores de riesgo de la hemorragia en el puerperio inmediato. Culminando con un resumen del tema.	Power point Fichas bibliográficas	Exposición

VIGILANCIA DE LA INVOLUCIÓN UTERINA

1. Cambios fisiológicos del útero en el postparto
2. Indicaciones de la vigilancia uterina
3. Procedimiento de la vigilancia uterina
4. Factores que fomentan la involución uterina
5. Técnica para palpar el fondo uterino

Objetivo específico

El personal de enfermería de la unidad tóco quirúrgica conocerá la relevancia de llevar a cabo una técnica adecuada en la vigilancia de la involución uterina.

Actividades de aprendizaje

Actividades de aprendizaje	Recurso didáctico	Técnica didáctica
A través de la exposición se dará a conocer los cambios fisiológicos en el útero así como las indicaciones para la vigilancia de la involución uterina en el puerperio inmediato.	Power-point	Exposición
Se realizará una demostración sobre la técnica adecuada para la valoración de la involución uterina.	Modelo	Demostración
El personal de enfermería realizará la devolución del procedimiento.		

ANEXO 8 Cronograma general de actividades.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN VIGILANCIA DE INVOLUCIÓN UTERINA									
ACTIVIDADES	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPT	OCTUBRE	NOV
Detección del problema	■								
Recopilación bibliográfica	■	■	■	■	■				
Diseño del marco teórico		■	■	■	■				
Planteamiento del problema					■				
Planteamiento de objetivos					■				
Planteamiento de la hipótesis					■				
Planteamiento y diseño de la Muestra					■				
Diseño de los instrumentos					■				
Aplicación de instrumento A (estudio de sombra)						■			
Aplicación de instrumento B (cedula diagnostica de conocimiento)							■		
Instrucción educativa							■		
Aplicación de instrumento C (cedula de evaluación de la vigilancia de la involución uterina								■	
Planeación del análisis de la información								■	
Redacción final								■	
Mecanografía							■	■	
Presentación del proyecto									■
Asesorías			■		■	■	■	■	■