



**CENTRO UNIVERSITARIO DE IGUALA
ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD
NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO**
CLAVE: UNAM 8963-12 ACUERDO CIRE 21/11 DE FECHA 28-06-2011

LIC. ENFERMERÍA Y OBSTETRÍCIA

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN INTERVENCIONES DE
ENFERMERÍA EN EL PUERPERIO INMEDIATO EN EL
ÁREA DE TOCOCIRUGÍA.**

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el título de

Licenciado en Enfermería y obstetricia

Presenta:

C. MARLENE JIMÉNEZ CUEVAS

Asesor:

LIC.ENF. Martha Elena Cisneros Martínez

Iguala de la Independencia. Gro., Noviembre 2019



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.



**CENTRO UNIVERSITARIO DE IGUALA
ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD
NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO**
CLAVE: UNAM 8963-12 ACUERDO CIRE 21/11 DE FECHA 28-06-2011

LIC. ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL
PUERPERIO INMEDIATO EN EL ÁREA DE TOCOCIRUGÍA.**

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el título de
Licenciado en Enfermería y obstetricia

Presenta:

C.MARLENE JIMÉNEZ CUEVAS

Dirigido por:

LIC.ENF. MARTHA ELENA CISNEROS MARTÍNEZ

SINODALES

LIC.ENF. Martha Elena Cisneros Martínez
Presidente

LIC. ENF. Concepción Brito Romero
Secretario.

MCE. Virginia Hernández García
Vocal

Iguala de la Independencia. Gro., Noviembre 2019

RESUMEN

La presente investigación se llevó a cabo dentro de las instalaciones del Hospital General de Iguala Gro. Dr. "Jorge Soberón Acevedo", donde se tomó como muestra de estudio a la población conformada por 20 trabajadores, entre hombres y mujeres que laboran actualmente en el Hospital General de Iguala Dr. "Jorge Soberón Acevedo". Fue de tipo no probabilístico por conveniencia por el veinte por ciento de los participantes que fue el personal de enfermería que labora en el Hospital General de Iguala "Jorge Soberón Acevedo" en los diferentes turnos como matutino, vespertino, nocturna "A", nocturno "B" y jornada acumulada. Se utilizó un instrumento de tipo transversal, con el instrumento de medición el cual cuenta con un consentimiento informado, datos de la persona encuestada, con 22 ITEMS de las cuales 5 pertenecen a preguntas abiertas y 17 a opción múltiple. Los resultados se obtuvieron mediante el instrumento de medición SPSS versión 22, de los cuales se obtuvo que, el 95% es del sexo femenino y el 5% masculino, en cuanto dice al ser el 95% femenino que es el personal que rota mayormente en esta área se pudiesen obtener resultados óptimos, dado a la pregunta "conocimiento de guías de práctica clínica se manejan en el área de Toco cirugía" solo un 45% obtuvo un nivel de conocimiento óptimo, no obstante que es muy poco el personal que sabe y desconocen que guías de práctica clínica se utilizan en dicha área. Puesto que el 50% no contestó dicha pregunta "tiempo transcurrido entre capacitaciones" lo cual nos dice que no se dan el suficiente tiempo para acudir a dichas capacitaciones y por lo tanto desconocen el lapso de tiempo que transcurre entre cada una. Conclusión: el conocimiento por parte del personal en los diferentes turnos matutino, vespertino, nocturno "A", nocturno "B" y jornada acumulada es óptimo al menos en un 50%, hace falta reforzar los conocimientos y hacer un plan para que todo el personal pueda ser capacitado adecuadamente.

Palabras Claves: Puerperio Fisiológico, Puerperio Inmediato, Puerperio Mediato, Puerperio Tardío, Nivel De Conocimientos, Intervenciones de Enfermería.

SUMMARY

The present investigation was carried out within the facilities of the General Hospital of Iguala Dr. "Jorge Soberón Acevedo", where the population made up of 20 workers was taken as a study sample, among men and women currently working in the General Hospital. By Iguala Dr. "Jorge Soberón Acevedo" It was of non-probabilistic type for convenience and twenty percent of the participants that were the nurses who work at the General Hospital of Iguala "Jorge Soberón Acevedo" in the daily shifts as morning, evening, night "A", night "B" and accumulated working day. A cross-sectional instrument was used, with the measurement instrument which has an informed consent, data of the person surveyed, with 22 ITEMS of which 5 belong to open questions and 17 to multiple choice. Results were obtained through the measuring instrument SPSS version 22, of which it was obtained that, 95% is of the sex female and 5% masculine, which tells us that being 95% female it is the staff that rotates mostly in this area could obtain optimal results, in terms of question, knowledge of clinical practice guides are managed in the area of Toco cirugía only 45% obtained an optimal level of knowledge, whatever Nog says there is very little staff who know and are unaware that clinical practice guidelines are used in that area. Since 50% did not answer this question "time elapsed between trainings" which tells us that they do not give themselves enough time to go to these trainings and therefore do not know the time span between each one. Based on all the questions, it was concluded that the knowledge per panel of the staff in the different morning, evening shifts, nocturnal night ("A" and "B") and cumulated day is optimal at least 50% which tells us that it is necessary to reinforce knowledge and make a plan so that all staff can be properly trained.

Keywords: Physiological Puerperium, Immediate Puerperium, Mediated, Puerperium, Late Puerperium, Level of knowledge, Nursing Intervention.

DEDICATORIA

El presente trabajo es dedicado principalmente a mis padres Juana Cuevas Linares y Eduardo Jiménez Domínguez que me han apoyado en mis estudios y avance personal para un buen futuro por delante para mí.

A mis hermanas María Isabel Jiménez Cuevas, Jocelyn Jiménez Cuevas y hermano Luis Eduardo Jiménez Cuevas, por ser primeras amigas, por estar a mi lado sin importar las circunstancias, por estar presentes en los momentos más importantes de mi vida.

A mis amigos Luis Enrique Velázquez de la Cruz, Sagrario Martínez Campos, Edith Carreón Salgado, por estar conmigo en todo momento, por ser mi apoyo incondicional en las buenas, en las malas y las peores.

C. Marlene Jiménez Cuevas

AGRADECIMIENTOS

A la Lic. Enfría. Angélica María Sánchez Jiménez coordinadora de enseñanza de enfermería del Hospital General “Dr. Jorge Soberón Acevedo por apoyarme en todos los aspectos del servicio social y las diversas capacitaciones que me fueron impartidas durante el año que cubrí el servicio social y que son bases fundamentales para un buen desempeño, conocimientos y actualizaciones en un futuro en mi trabajo; por defender mis derechos como pasante y por enseñármelos, por ser justa con nosotros los pasantes.

A todas aquellas personas, profesores, amigos y personal de salud que reconocieron mi esfuerzo, dedicación y estudio, en enseñarme y brindarme todos aquellos conocimientos adquiridos y aprendidos por ellos.

A la Lic. Enfría. María del Carmen Ambriz Avilés. Por sus enseñanzas, y ser amable conmigo y darme la oportunidad de realizar actividades de enfermería en el servicio de Urgencias Obstétricas y prestar su apoyo en lo que se necesitara.

A la Lic. Enfría. Martha Elena Cisneros Martínez. Por sus conocimientos y enseñanzas impartidas en mi formación académica.

A la Lic. Enfría. Virginia Hernández García. Por ser amable, atenta y brindarme sus conocimientos impartidos para mi aprendizaje.

A la Lic. Enfría. Navorina Núñez Avilés. Por sus enseñanzas y conocimientos.

Al Dr. Rubén Mojica. Por sus conocimientos impartidos en mi formación académica, enseñanzas y ser amable conmigo.

A los Doctores Nicolás Reyes Barragán y Miguel Ángel Álvarez por el tiempo compartido y sus enseñanzas.

A la Lic. Enfría. Adelina Figueroa García. Por orientarme y brindarme su apoyo en el servicio de Lactancia Materna y Programa Mamá Canguro.

A la Lic. Enfría. Lucero Bahena Gutiérrez. Por recibirme en el turno de la tarde en el servicio de Toco cirugía y ser paciente conmigo.

A la E.E.P Celia Ramírez Vega. Por sus enseñanzas en el servicio de Ginecología.

C. Marlene Jiménez Cuevas

ÍNDICE

Contenido	Pág.
RESUMEN	i
SUMMARY	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
Índice	v
Índice de cuadros	vi
Índice de figuras	vii
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Planteamiento del problema	2
1.2 Justificación	4
1.3 Objetivos	5
1.4 Hipótesis	6
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA	7
2.1 Teorías de la investigación	7
2.2 Marco referencial	15
2.3 Marco legal	18
2.4 Marco teórico	29
2.4.1 Puerperio Normal	29
2.4.2 Cambios Anatómicos y Fisiológicos en el Puerperio	30
2.4.3 Atención de Puerperio Normal	33
2.4.4 Cuidados Postparto	33
2.4.5 Cuidados en el Puerperio	36
2.4.6 Valorar la evolución del Puerperio en sus tres etapas	36
2.4.7 Otorgar cuidados específicos en el Puerperio Inmediato	36
2.4.8 Otorgar cuidados especiales en el Puerperio Mediato	39
2.4.9 Otorgar cuidados especiales en el Puerperio Tardío	40
2.4.10 Complicaciones del Puerperio	40
2.4.11 Complicaciones Infecciosas Puerperales	40
2.4.12 Hemorragia Puerperal	44
2.4.13 Atención del puerperio NOM-007-ssa2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida	58
2.4.14 Marco Institucional	60
III. DISEÑO METODOLÓGICO	64
IV. RESULTADOS	71
V. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	87
VI. BIBLIOGRAFÍA	90
ANEXO “A” Consentimiento informado	101
ANEXO “B” Instrumento de medición	102
ANEXO “C” Figura. Lavado de manos	106

ANEXO "D" Figura. Cinco momentos para la higiene de las manos	107
ANEXO "E" Figura. Si calidad. Líneas de calidad y seguridad del paciente	108
ANEXO "F" Figura. Masaje uterino	108
ANEXO "G" Figura. Acciones esenciales para la seguridad del paciente	109
ANEXO "H" Figura. Loquios	109
VII. CÓDIGO DE ÉTICA (Núremberg)	110
VIII. ANEXOS GRÁFICOS	115

ÍNDICE DE CUADROS

No.	Contenido	Pág.
4.1	Cargo de enfermería	71
4.2	Género	72
4.3	Edad	72
4.4	Nivel de estudios	73
4.5	Años de servicio	74
4.6	Se reciben capacitaciones de la emergencia obstétrica por parte de la institución	74
4.7	Tiempo transcurrido entre capacitaciones	75
4.8	Cumplimiento de normatividad de lavado de manos NOM-045-SSA2-2015	75
4.9	Cumplimiento de normatividad “Se usa el uniforme correcto”	76
4.10	Cumplimiento de la normatividad dentro del área de Toco cirugía (“Usar Joyería”)	76
4.11	Cumplimiento de los indicadores de enfermería por parte del personal de enfermería	77
4.12	Conocimiento sobre las 8 acciones esenciales de seguridad del paciente	77
4.13	Conocimiento de guías de práctica clínica se manejan en el área de Toco cirugía	78
4.14	Conocimiento de la NOM-007-SSA2-2016. Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida	78
4.15	Significado de parto	79
4.16	Conocimiento de la guía de práctica clínica para el manejo de trabajo de parto	80
4.17	Conocimiento de puerperio	80
4.18	Conocimiento de los estadios del puerperio	81
4.19	Conocimiento de la pérdida sanguínea después de un parto vaginal	81
4.20	Conocimiento de intervenciones de enfermería en el puerperio fisiológico inmediato	82
4.21	Conocimiento de cuánto tiempo se debe valorar las constantes vitales de una puérpera en el puerperio inmediato	82
4.22	Conocimiento como valorar las características del sangrado vaginal después del parto	83
4.23	Conocimiento cuánto tiempo se debe monitorear el sangrado trasvaginal	83
4.24	Conocimiento porqué es importante realizar el masaje uterino	84

4.25	Conocimiento del personal de enfermería como debe realizar el masaje uterino	84
4.26	Conocimiento de intervenciones de enfermería se realiza en respuesta a los signos y síntomas de alarma en el puerperio fisiológico	85
4.27	Conocimiento de intervenciones de enfermería para prevenir complicaciones en el puerperio fisiológico	85

ÍNDICE DE FIGURAS

No.	Contenido	Pág.
Grafico 1	Cargo de enfermería	115
Grafico 2	Género	115
Grafico 3	Edad	116
Gráfico 4	Nivel de estudios	116
Gráfico 5	Años de servicio	117
Grafico 6	Se reciben capacitaciones de la emergencia obstétrica por parte de la institución	117
Gráfico 7	Tiempo transcurrido entre capacitaciones	118
Gráfico 8	Cumplimiento de normatividad de lavado de manos NOM-045-SSA2-2015	118
Gráfico 9	Cumplimiento de normatividad “Se usa el uniforme correcto”	119
Gráfico 10	Cumplimiento de la normatividad dentro del área de Toco cirugía (“Usar Joyería”)	119
Gráfico 11	Cumplimiento de los indicadores de enfermería por parte del personal de enfermería	120
Gráfico 12	Conocimiento sobre las 8 acciones esenciales de seguridad del paciente	120
Gráfico 13	Conocimiento de guías de práctica clínica se manejan en el área de Toco cirugía	121
Gráfico 14	Conocimiento de la NOM-007-SSA2-2016. Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida	121
Gráfico 15	Significado de parto	122
Gráfico 16	Conocimiento de la guía de práctica clínica para el manejo de trabajo de parto	122
Gráfico 17	Conocimiento de puerperio	123
Gráfico 18	Conocimiento de los estadios del puerperio	123
Gráfico 19	Conocimiento de la pérdida sanguínea después de un parto vaginal	124
Gráfico 20	Conocimiento de intervenciones de enfermería en el puerperio fisiológico inmediato	124
Gráfico 21	Conocimiento de cuánto tiempo se debe valorar las constantes vitales de una puérpera en el puerperio inmediato	125
Gráfico 22	Conocimiento como valorar las características del sangrado vaginal después del parto	125
Gráfico 23	Conocimiento cuánto tiempo se debe monitorear el sangrado trasvaginal	126

Gráfico 24	Conocimiento porqué es importante realizar el masaje uterino	126
Gráfico 25	Conocimiento del personal de enfermería como debe realizar el masaje uterino	127
Gráfico 26	Conocimiento de intervenciones de enfermería se realiza en respuesta a los signos y síntomas de alarma en el puerperio fisiológico	127
Gráfico 27	Conocimiento de intervenciones de enfermería para prevenir complicaciones en el puerperio fisiológico	128

1. INTRODUCCIÓN

El Hospital General de Iguala “Dr. Jorge Soberón Acevedo” cuenta con el servicio de Toco cirugía, de acuerdo a la, “NOM-197-SSA1-2000, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada”.¹ Toco cirugía, es el conjunto de áreas, espacios y locales donde se valora, prepara y vigila. Es un servicio de unidad hospitalaria utilizado para partos obstétricos, cuidados y reanimación del neonato. Por lo cual en este trabajo se pretende saber el nivel de conocimiento de intervenciones de enfermería en el puerperio inmediato en el área de Toco cirugía. El parto se define como el conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del feto de 22 semanas o más por vía vaginal, incluyendo la placenta y sus anexos.²

La atención del parto en todo establecimiento y en la atención médica, se debe aplicar las normas y procedimientos para la atención del parto y favorecer la seguridad emocional de la mujer, así como su bienestar durante todo el proceso, siendo prioritario facilitar el parto. En especial, en mujeres primigestas, se debe propiciar la conducción no medicalizada del trabajo de parto y el parto fisiológico, siempre que no exista contraindicación médica u obstétrica. Estas medidas procuran la atención de calidad y respeto al derecho de la mujer a un parto espontáneo, así como reducir el índice de cesáreas, morbimortalidad y el riesgo de complicaciones a largo plazo (“NOM-007-SSA2-2016. Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida”).²

Puerperio es el periodo que sigue a la expulsión del producto de la concepción, en el cual los cambios anatómo-fisiológicos propios del embarazo se revierten al estado pre gestacional. Tiene una duración de 6 semanas o 42 días y se clasifica en puerperio inmediato, mediato y tardío.³

El Ministerio de Salud de Nicaragua define en la Política Nacional de Salud, el fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud a través del desarrollo de acciones y servicios de promoción y prevención en todos los niveles de atención, con énfasis en salud reproductiva.⁴

En el área de intervención de Prevención de la Salud se enfatiza en evitar la aparición de daños, complicaciones, discapacidad y muerte mediante la ejecución de la estrategia de vigilancia y promoción del puerperio. Es de vital importancia los cuidados brindados a la mujer durante este periodo de transformaciones progresivas posteriores al parto y garantizar la realización de actividades básicas que permitan disminuir las situaciones inconvenientes que sean peligrosas para su salud y la de su hijo-a.

La muerte materna durante el puerperio equivale al 57% del total de las muertes y continúa siendo elevada la domiciliar, a expensas principalmente por hemorragia, por ello se debe continuar haciendo esfuerzos mediante la atención de calidad del puerperio en la atención institucional, el trabajo con la comunidad y en la atención domiciliar para disminuir la frecuencia de muerte materna durante este periodo.⁴

1.1 Planteamiento del Problema

El puerperio es el periodo que sigue a la expulsión del producto de la concepción, en el cual los cambios anatómo-fisiológicos propios del embarazo se revierten al estado pre gestacional. Tiene una duración de 6 semanas o 42 días y se clasifica en puerperio inmediato, mediato y tardío.⁵

La mortalidad materna es uno de los indicadores más sensibles del desarrollo de una nación, dado los niveles elevados en éste, evidencian inequidad, falta de acceso y deficiente calidad de la atención obstétrica. En nuestro país persiste como un grave problema sanitario y constituye un reto enorme para el Sistema de Salud Pública. Según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2015,

murieron alrededor de 303 mil mujeres en el mundo por complicaciones del embarazo, parto o puerperio. La mayor parte de estas muertes, se presentó en países con bajos ingresos económicos y la mayoría de estas defunciones pudieron haberse evitado.⁶

En México en el año 2014 ocurrieron 872 muertes maternas (2.3 muertes por día), 71.2% de estas defunciones se concentraron básicamente en 12 entidades federativas: Estado de México (11.4%), Chiapas (8.8%), Veracruz de Ignacio de la Llave (6.8%), Ciudad de México (6.4%), Jalisco (6.0%), Puebla (5.3%), Michoacán de Ocampo (5.0%), Guerrero (4.9%), Chihuahua (4.5%), Oaxaca (4.4%), Hidalgo (4.1%) y Guanajuato (3.7%).

Las principales causas de muerte materna, en orden de presentación, en el año 2014 en México, fueron: obstétricas indirectas (32.1%), enfermedad hipertensiva del embarazo (20.5%), otras causas obstétricas directas (19.3%), hemorragia (14.3%) y aborto (9.2%). Actualmente, se estima que aproximadamente 15% de las mujeres embarazadas presenta alguna patología agregada con riesgo para su vida y la del producto de la gestación, por lo que requerirá cuidado obstétrico calificado.

El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva reportó que para el año 2008, el 84% de las muertes maternas estuvieron relacionadas con la deficiente calidad de la atención obstétrica y el retardo en recibir un tratamiento adecuado a nivel hospitalario, en donde se ubica la tercera demora. Un estudio sistemático demostró que existen numerosas causas directas e indirectas de muerte durante el embarazo, parto y puerperio a nivel mundial, aproximadamente un 80% de las muertes maternas son debidas a causas directas. Las cuatro causas principales son: hemorragias 25%, infecciones 15%, trastornos hipertensivos 12%, parto obstruido.⁶

Tomando en cuenta las diversas causas de muerte durante el embarazo, parto y puerperio surge el siguiente cuestionamiento:

¿Cuál es el nivel de conocimientos en intervenciones de enfermería en el puerperio inmediato en el área de Toco cirugía en el Hospital General De Iguala Dr. Jorge Soberón Acevedo en Noviembre 2019?

1.2 Justificación

El puerperio es un periodo trascendental para la mujer, caracterizado por manifestaciones como dudas, miedos, depresión y desconocimiento de la evolución en la madre y el desarrollo normal del niño; así como la vulnerabilidad materna ante múltiples factores de riesgo que inducen complicaciones, comprometiendo la salud y la vida. Es comprendido como el periodo que inicia después del parto y termina cuando las modificaciones locales y generales determinadas por la gestación en el organismo materno retornan a las condiciones normales.⁷

En esta etapa ocurren algunas adaptaciones fisiológicas y de comportamiento complejo en las mujeres, caracterizado por los fenómenos involutivos, por el establecimiento de la lactancia, por la adaptación psicológica de la madre y por el establecimiento de la relación madre-hijo y familiares. Esta etapa se asocia generalmente a una disminución del bienestar biológico, psicológico, conyugal y familiar.⁸

Las alteraciones provenientes del embarazo y del parto que se presentan en el puerperio son expresadas como dolor o incomodidad abdominal, en la región perineal, en las mamas y con dolores musculares. Pudiendo provocar inclusive dificultades en el autocuidado y en los cuidados del recién nacido. La mujer requiere cuidados de forma integral para garantizar bienestar físico y emocional, demandando una red de cuidadores, formada por la familia y los servicios de salud.⁹

La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que cada día mueren en el mundo 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo, parto y puerperio. En 2010 murieron 287,000 mujeres en el mundo durante dichas etapas, prácticamente todas estas se produjeron en países en vías de desarrollo y la mayoría de ellas pudieron haberse evitado.¹⁰

Por lo tanto, la mejora de la salud materna es uno de los ocho objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y uno de los indicadores es la Tasa de mortalidad materna, el cual se planteó reducir hasta 75% entre 1990 y 2015. Desde 1990, la mortalidad materna ha disminuido en 47%. Sin embargo, entre 1990 y 2010 la razón de mortalidad mundial (es decir, el número de muertes maternas por 100,000 nacidos vivos) solo ha disminuido 3.1% al año, cifra que está lejos de la reducción del 5.5% anual necesaria para alcanzar dicho objetivo.¹¹

En este sentido, la razón de mortalidad materna en los países en vías de desarrollo es de 240 por cada 100,000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es de 16 por cada 100,000. Además existen diferencias representativas en un mismo país entre personas con ingresos altos y bajos, entre población rural y urbana.¹²

1.3 OBJETIVOS

Objetivo General

- ✓ Determinar el nivel de conocimientos sobre las intervenciones de enfermería en el puerperio inmediato en el área de Toco cirugía del Hospital General de Iguala Dr. Jorge Soberón Acevedo en Noviembre de 2019.

Objetivos Específicos

- ✓ Evaluar el nivel de conocimientos en intervenciones de enfermería en el puerperio inmediato en el área de Toco cirugía mediante un cuestionario.
- ✓ Identificar las dificultades que tiene el personal sobre el conocimiento en intervenciones de enfermería en el puerperio inmediato en el área de Toco cirugía del Hospital General de Iguala Dr. Jorge Soberón Acevedo en Noviembre de 2019.

1.4 Hipótesis

Hipótesis verdadera: El nivel de conocimiento en intervenciones de enfermería en el puerperio inmediato en el área de Toco cirugía del Hospital General de Iguala Dr. Jorge Soberón Acevedo es de al menos 85% con el nivel de conocimiento óptimo.

Hipótesis nula: El nivel de conocimiento en intervenciones de enfermería en el puerperio inmediato en el área de Toco cirugía por parte del personal de enfermería del Hospital General de Iguala Dr. Jorge Soberón Acevedo es inferior al 50% respecto al nivel de conocimiento óptimo.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 Teorías de la investigación.

Martha Rogers

Nació el 12 de mayo de 1914 en Dallas. Estudió ciencias en la Universidad de Tennessee. Obtuvo el diploma de enfermería y doctorado en ciencias. En 1974-75 fue catedrática de la escuela de enfermería en New York. Murió el 13 de marzo de 1994, en 1996 se le concedió otro título honorífico como enfermera que ha contribuido al desarrollo de enfermería.¹³

Las Bases teóricas que influyeron en su modelo fueron:

La Función de la Enfermería la define como ciencia humanitaria y arte. Sus actividades van encaminadas hacia el mantenimiento y promoción de la Salud, prevención de las enfermedades y rehabilitación de enfermos e incapacitados. Para ello se intervendrá sobre la totalidad del hombre, grupo y entorno. El Objetivo del modelo es procurar y promover una interacción armónica entre el hombre y su entorno. Así, las enfermeras que sigan este modelo deben fortalecer la consciencia e integridad de los seres humanos, y dirigir o redirigir los patrones de interacción existentes entre el hombre y su entorno para conseguir el máximo potencial de salud.¹³

Considera al hombre como un todo unificado que posee integridad propia y que manifiesta características que son más que la suma de sus partes y distintas de ellas, al estar integrado en un entorno. "El hombre unitario y unidireccional" de Rogers. Respecto a la Salud, la define como un valor establecido por la cultura de la persona, y por tanto sería un estado de «armonía» o bienestar.¹³

Así, el estado de salud puede no ser ideal, pero constituir el máximo estado posible para una persona, por lo tanto, el potencial de máxima salud es variable. Se basa en su concepción del hombre. Su modelo teórico se apoyaba en el conjunto de suposiciones que describen el proceso vital del hombre, el cual se caracteriza por: ser unitario, ser abierto, ser unidireccional. Sus patrones y organización son los sentimientos y el pensamiento.

Conceptos principales y definiciones

- ❖ Campo energético: Se caracteriza por ser infinito, unificador, e irreductible y es la unidad fundamental tanto para la materia viva, como para la inerte. Principalmente este lo refiere o lo considera como el hombre o la persona como tal.
- ❖ Universo de sistemas abiertos: Dice que los campos energéticos son abiertos e innumerables y a la vez se integran unos en otros. Es todo aquel universo que rodea al hombre como la sociedad, entorno, familia y naturaleza.
- ❖ Patrones: Son los encargados de identificar los campos de energía, son las características distintivas de cada campo. Las características que hacen a toda persona única en todo lo que es interno como externamente.
- ❖ Tetradimensionalidad: Es un dominio no lineal y sin atributos temporales o espaciales, se aboga por que toda realidad es así. Esta es la serie de etapas por la que atraviesa una persona a lo largo de su vida: la niñez, adolescencia, adulto y vejez .¹³

Meta paradigmas desarrollados en la teoría.

Persona: Rogers define el concepto de persona como un sistema abierto en proceso continuo con el sistema abierto, que es su entorno (integración). Al ser humano y unitario como un “campo de energía irreducible, indivisible y tan dimensional que se puede identificar gracias al modelo y a las características evidentes, que son específicas de todo el conjunto”. Los seres humanos “no son entidades incorpóreas ni conglomerados mecánicos. El hombre es un todo unido que posee su integridad y características evidentes, de las partes que lo componen”. Según el modelo conceptual específico relacionado con la enfermería, las personas y su entorno se interpretan como campos irreducibles de energía que, durante su evolución, se integran entre sí y usan continuamente la creatividad.¹³

Cuidado o enfermería: La enfermería es una profesión aprendida y es tanto una ciencia como un arte. Es una ciencia empírica que, como otras ciencias, se basa en el fenómeno en el que este se centre. El tipo de enfermería que describió Rogers se centra en el interés por las personas y por el mundo en que viven, papel que encaja a la perfección con la enfermería, puesto que abarca a las personas y al entorno en que viven. La finalidad de la enfermería es fomentar la salud y el bienestar de todos los individuos.¹⁴

El arte de la enfermería viene a ser el uso creativo de la ciencia de la enfermería, que serviría para provocar una mejora en las personas. “La práctica profesional de la enfermera, intenta fomentar una intersección armoniosa entre el campo del ser humano y el de su entorno, con el propósito de reforzar la integridad del campo humano y dirigir el modelo seguido por los campos del ser humano y de su entorno. La enfermería se creó para atender a las personas y sus procesos vitales.

Salud: Utiliza el término salud pasiva para simbolizar un estado bueno de salud y la ausencia de enfermedad y dolencias graves (Rogers, 1970). Posteriormente escribió que un buen estado de salud “es un término mucho mejor... dado que el término salud es muy ambiguo” (Rogers, 1994b, p. 34).

Rogers usa salud como un valor definido por la cultura o el individuo. La salud y la enfermedad son manifestaciones del modelo y se considera “indicadores de los comportamientos que son de alto o bajo valor” (Rogers, 1980).¹⁴

Entorno: Rogers (1994) define el entorno como “un campo de energía irreducible y pandimensional que se identifica por el modelo y por las características evidentes, diferentes de las de las partes. Cada campo del entorno es específico para su campo humano. Ambos cambian de un modelo continuado y creativo.”¹⁴

Dorothea Orem

Dorothea Orem fue una de las más connotadas investigadoras en el área de enfermería en Estados Unidos. El desarrollo de conceptos alrededor de la enfermería como una ciencia práctica fue uno de los principales campos en los que teorizó esta enfermera, profesora e investigadora. Uno de sus aportes primordiales consistió en un modelo de desempeño de este oficio de la salud.¹⁵

El modelo lo vinculó con los cuidados de las personas convalecientes. Dicho modelo ayudó a la elaboración de una consistente fundamentación de la enfermería. Dorothea Orem nació en los Estados Unidos el 15 de julio en 1914 en Baltimore, Maryland y falleció un 22 de Junio del 2007, alrededor de los 94 años de edad. Su padre era un constructor y su madre una ama de casa.

Dorothea fue la menor de dos hermanas. Dejó como legado una productiva carrera en el área de la salud, no solo desde el punto de vista de la práctica, sino en materia intelectual. La Teoría General de la Enfermería de Dorotea Orem, está compuesta por tres teorías relacionadas entre sí:

- ❖ Teoría del Autocuidado.
- ❖ Teoría del Déficit de Autocuidado.
- ❖ Teoría de los Sistemas de Enfermería.

Sus teorías: Dorothea no tuvo un autor que influyo en su modelo, pero si se ha sentido inspirada por varios agentes relacionados con la enfermería como son: Nightingale, Peplau, Rogers y demás. Ha descrito la Teoría General del Autocuidado, la cual trata de tres subteorías relacionadas:

- ❖ La teoría del autocuidado:

En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar".¹⁵

Las actividades de autocuidado se aprenden conforme el individuo madura y son afectados por creencias culturales, hábitos y costumbres de la familia y de la sociedad. La edad, etapa del desarrollo y estado de salud, pueden afectar la capacidad del individuo para realizar actividades de autocuidado; por ejemplo un padre o un tutor debe brindar continuamente atención terapéutica al niño.¹⁶

Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado, indican una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo:

- ❖ Requisitos de autocuidado universal: Son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
- ❖ Requisitos de autocuidado del desarrollo: Promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adultez y vejez.
- ❖ Requisitos de autocuidado de desviación de la salud: Que surgen o están vinculados a los estados de salud. Los que se derivan de traumatismos, incapacidad, diagnóstico y tratamiento médico e implican la necesidad de introducir cambios en el estilo de vida y hábitos. Con este modelo, el cuidado es intencionado, tiene objetivos específicos, los inicia y orienta la propia persona; es eficaz y fomenta la independencia.¹⁶
- ❖ La teoría del déficit de autocuidado:
En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.
- ❖ La teoría de sistemas de enfermería:
En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

- ❖ Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera supe al individuo.

Acción de la enfermera: Cumple con el autocuidado terapéutico del paciente; Compensa la incapacidad del paciente; da apoyo al paciente y le protege.

- ❖ Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona autocuidados:

- ❖ Acción de la enfermera: Desarrolla algunas medidas de autocuidado para el paciente; compensa las limitaciones de autocuidado y ayuda al paciente.

- ❖ Acción del paciente: Desempeña algunas medidas de autocuidado; regula la actividad de autocuidado; acepta el cuidado y ayuda a la enfermera.

- ❖ Sistemas de enfermería de apoyo-educación: La enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, que no podrían hacer sin su ayuda:

- ❖ Acción de la enfermera: Regula el ejercicio y desarrollo de la actividad de autocuidado.

- ❖ Acción del paciente: Cumple con el autocuidado.¹⁶

Conceptos según la teoría.

Meta paradigmas.

Persona: Orem la define como el paciente, un ser que tiene funciones biológicas, simbólicas y sociales, con potencial para aprender y desarrollarse. Con capacidad para auto conocerse.¹⁷

Puede aprender a satisfacer los requisitos de autocuidado. Si no fuese así, serán otras personas las que le proporcionen los cuidados.

Entorno: Es entendido en este modelo como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales ya sean éstos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona.¹⁷

Salud: Es definida como “el estado de la persona que se caracteriza por la firmeza o totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental”, por lo que la salud es un concepto inseparable de factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales. Incluye la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones.¹⁷

Enfermería como cuidados: El concepto de cuidado surge de las proposiciones que se han establecido entre los conceptos de persona, entorno y salud, si bien incluye en este concepto meta paradigmático el objetivo de la disciplina, que es “ayudar a las personas a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico o a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico de otros”. Puede utilizar métodos de ayuda en cada uno de los sistemas de enfermería.¹⁷

Epistemología: La intuición espontánea de Orem, la condujo a su formalización inicial y subsecuente expresión inductiva de un concepto general de enfermería. Aquella generalización hizo posible después razonamientos deductivos sobre la enfermería.

Orem cree que la vinculación con otras enfermeras a lo largo de los años le proporcionó muchas experiencias de aprendizaje y considera que sus trabajos con estudiantes graduados y de colaboración con colegas, fueron esfuerzos valiosos. Si bien no reconoce a nadie como influencia principal, sí cita los trabajos de muchas otras enfermeras en términos de su contribución a la enfermería.¹⁸

- ❖ Práctica de la Teoría de Orem. Si se lleva a la práctica la Teoría de Orem deben seguirse los siguientes pasos:
- ❖ Examinar los factores, los problemas de salud y el déficit de autocuidado.
- ❖ Realizar la recogida de datos acerca de los problemas y la valoración del conocimiento, habilidades, motivación y orientación del cliente.
- ❖ Analizar los datos para descubrir cualquier déficit de autocuidado, lo cual supondrá la base para el proceso de intervención de enfermería.
- ❖ Diseñar y planificar la forma de capacitar y animar al cliente para que participe activamente en las decisiones del autocuidado de su salud.
- ❖ Poner el sistema de enfermería en acción y asumir un papel de cuidador y orientador, contando con la participación del cliente.¹⁹

2.2 Marco referencial

Respecto al artículo Enfermería-Investiga, que lleva como título: “Atención de Enfermería durante el puerperio en un hospital de Machala, Ecuador”. El cual dice: Introducción: La salud materno-infantil es una prioridad establecida en el Modelo de Atención Integral de Salud-Familiar, Comunitario, Intercultural, por lo tanto, el accionar del profesional de enfermería contribuye en el cumplimiento del mencionado modelo.²⁰

Objetivo: El objetivo general fue evaluar la atención de enfermería durante el puerperio en el servicio de gineco-obstetricia de un hospital de Machala, Ecuador. Los objetivos específicos fueron, determinar la aplicación de normas de atención durante el puerperio inmediato y mediano por parte de los profesionales de enfermería, e identificar la opinión de las usuarias con relación al cuidado recibido.

Métodos: Se realizó una investigación observacional, descriptiva, transversal. Participaron 175 pacientes ingresadas y 17 enfermeras que laboran en los servicios de Ginecología y Centro Obstétrico. La información se obtuvo a través de un cuestionario elaborado con base en la normativa establecida por el Ministerio de Salud Pública.²⁰

Resultados: 90% de las enfermeras asegura que aplica las normas de atención establecidas en la normativa del Ministerio de Salud, afirmación reconocida por las usuarias para el puerperio inmediato, destacando el control de constantes vitales como la actividad realizada con mayor frecuencia.

Sin embargo, en el puerperio mediano los cuidados de enfermería fueron menos reconocidos por las usuarias, siendo el baño diario, la higiene perineal y la educación en planificación familiar las actividades de menor observancia.

Conclusiones: Existe un cumplimiento parcial de los cuidados de enfermería, con énfasis en el puerperio inmediato. Se recomienda realizar seguimiento y control al cumplimiento de los cuidados en todas las etapas de recuperación de la puérpera, especialmente en el puerperio mediano.²⁰

La siguiente Revista Médica Sinergia, tiene como título: "Factores asociados a la Hemorragia Obstétrica en el Postparto Inmediato: Hospital Juan Bruno Zayas".²¹

Introducción: La hemorragia del postparto inmediato es toda pérdida por sangrado uterino en las primeras 24 horas. La actuación médica incluye la identificación precoz de factores de riesgo, medidas para la estabilización hemodinámica, manejo quirúrgico anestésico. El objetivo está en evaluar la actuación médica protocolizada ante el manejo de los factores asociados a la hemorragia obstétrica en el postparto inmediato.

Método: Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal, prospectivo desde enero de 2015 a diciembre de 2018 en el Hospital Juan Bruno Zayas en una muestra de 105 puérperas. Se incluyeron las variables: factores de riesgo, etiología, acciones resolutivas, medidas de prevención, pautas diagnósticas preliminares, acciones terapéuticas, severidad del sangrado, respuesta al tratamiento y complicaciones.²¹

La evaluación de la actuación se estandarizó como: Muy Bien (96 a 100%), Bien (90 a 95,9 %), Regular (85 a 89,9 %) y Mal (Menos de 85%).

Resultados: Factores de riesgo como el uso de oxitocina para la conducción del trabajo de parto (84,7%) y la sobre-distensión uterina (44,7%) generaron atonía uterina (35,2%) y lesiones del canal blando (35,2%) como etiologías más frecuentes. Se repusieron las pérdidas sanguíneas según lo establecido por el protocolo de actuación ante hemorragia del postparto inmediato. En el 100% de las actuaciones se contuvieron como medidas de prevención, la clasificación por Banco de sangre y Alumbramiento Activo.

Las pautas diagnósticas se encaminaron a la cuantificación de la hemorragia y la detección de los signos de agravamiento y choque hipovolémico. Conclusión: Se evaluó de muy bien la actuación médica protocolizada ante el manejo de los factores asociados a la hemorragia obstétrica en el postparto inmediato. Se recomienda la búsqueda activa de los incipientes síntomas y signos de agravamiento desde un enfoque integral sindrómico y de riesgos que particularice el estado previo carencial y la repercusión hemodinámica individual.²¹

El siguiente artículo tiene como título: "Importancia de los cuidados continuados de enfermería en el puerperio". Introducción: En el puerperio hay importantes cambios fisiológicos y psicológicos en la mujer, pudiendo surgir complicaciones que comprometen su salud y/o la del recién nacido.

Por ello, los servicios sanitarios deben atender y seguir a la mujer en este periodo. Objetivos: Identificar las necesidades de la mujer puérpera, revisar el papel de la enfermería en el puerperio y analizar los beneficios de los cuidados continuados en esta etapa.²²

Metodología: Revisión narrativa mediante una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, CINAHL, CUIDEN, Dialnet, SciELO, Encuentra y Cochrane. También se han utilizado otros documentos oficiales. Las fuentes utilizadas han sido publicadas en los últimos 5 años, y escritas en español, inglés o portugués. Resultados: El puerperio es un periodo de vulnerabilidad para la mujer, el recién nacido y la familia. Existen necesidades de autocuidado en las puérperas y ellas mismas demandan más apoyo de las enfermeras/os, considerados los profesionales idóneos para cuidarlas.

Un cuidado continuado que incorpora la visita domiciliaria ha demostrado mayor satisfacción en la puérpera, beneficios sobre la lactancia materna y un mayor bienestar de la mujer. Conclusiones: Es necesario reforzar la educación sanitaria de las puérperas. Las enfermeras/os son importantes en el puerperio en materia de asistencia y educación para la salud. Un cuidado continuado en el postparto es beneficioso para la mujer y el recién nacido y cuando se incorporan visitas domiciliarias en el seguimiento, los beneficios son aún mayores.²³

2.3 Marco legal

Normas Oficiales Mexicanas

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida.

En todo establecimiento para la atención médica se deben aplicar las normas y procedimientos para la atención del parto y favorecer la seguridad emocional de

la mujer, así como su bienestar durante todo el proceso, siendo prioritario facilitar el parto.²⁴

En especial, en mujeres primigestas, se debe propiciar la conducción no medicalizada del trabajo de parto y el parto fisiológico, siempre que no exista contraindicación médica y obstétrica. Estas medidas procuran la atención de calidad y respeto al derecho de la mujer a un parto espontáneo, así como reducir el índice de cesáreas, morbimortalidad y el riesgo de complicaciones a largo plazo “Atención del parto”.²⁴

Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.

Rige de forma clara y organizada, el nivel de responsabilidad que el personal de enfermería tiene en el esquema estructural de los establecimientos para la atención médica en los sectores público, social y privado. Menciona las definiciones del cuidado que a continuación se presenta.²⁵

- ❖ Cuidado: A la acción encaminada a hacer por alguien lo que no puede hacer la persona por sí sola, con respecto a sus necesidades básicas, incluye también la explicación para mejorar la salud a través de la enseñanza de lo desconocido, la facilitación de la expresión de sentimientos, la intención de mejorar la calidad de la vida del enfermo y su familia, ante la nueva experiencia que debe afrontar.

- ❖ Cuidados de enfermería de alta complejidad: Son los que se proporcionan al paciente que requiere de atención especializada. Usualmente, es en áreas de atención específica, donde comúnmente el cuidado es individualizado, se apoya con la utilización de equipos biomédicos de tecnología avanzada y personal de enfermería especializado en la rama correspondiente.

- ❖ Cuidados de enfermería de baja complejidad: Son los que se proporcionan al paciente que se encuentra en estado de alerta y hemodinámica menté estable, con mínimo riesgo vital o en recuperación de un proceso mórbido. El cuidado se enfoca a satisfacer las necesidades básicas de salud y de la vida cotidiana.

- ❖ Cuidados de enfermería de mediana complejidad: Son los que se proporcionan al paciente que se encuentra en un proceso mórbido que no requiere de alta tecnología; los cuidados se relacionan con el grado de dependencia de las personas para cubrir sus necesidades de salud. El personal de enfermería requiere contar con conocimientos, habilidades y destrezas para la atención integral del paciente, familia o comunidad.²⁵

Norma Oficial Mexicana NOM-045.SSA2-2015, para la vigilancia, prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud.

Dar a conocer los criterios para prevenir y controlar las infecciones asociadas a la atención de la salud, así como mejorar la vigilancia y prevención de daños a los usuarios que requieren de nuestro servicio.²⁶

Los criterios de diagnósticos se encuentran en el Manual de la RHOVE:

- ❖ Infección del sitio quirúrgico.
- ❖ Infección tracto urinario.
- ❖ Infecciones del torrente sanguíneo.
- ❖ Infecciones del sistema cardiovascular.
- ❖ Infecciones del SNC.
- ❖ Infecciones del ojo.
- ❖ Infecciones de piel y tejido blandos.
- ❖ Infecciones respiratorias altas.
- ❖ Infecciones respiratorias bajas diferentes a neumonías.
- ❖ Neumonía.

- ❖ Infecciones de articulaciones y hueso.
- ❖ Infecciones del aparato gastrointestinal.
- ❖ Infecciones del tracto reproductivo.
- ❖ Enfermedades exantemáticas.
- ❖ Tuberculosis.
- ❖ Infecciones relacionada a procedimientos endoscópicos.
- ❖ Infecciones relacionada a procedimientos odontológicos.

Higiene de las manos: El personal de salud que está en contacto directo con pacientes debe recibir capacitación sobre el procedimiento de lavado de manos a su ingreso y cada seis meses. Se debe utilizar jabón antiséptico líquido, agua corriente y toallas desechables.²⁶

- ❖ Cinco Momentos De Lavado De Manos.

- 1.- Antes del contacto con el paciente.
- 2.- Antes de realizar una tarea aséptica.
- 3.- Después del riesgo de exposición a líquidos corporales.
- 4.- Después del contacto con el paciente.
- 5.- Después del contacto con el entorno del paciente.

GPC: IMSS-052-08.

El parto es un evento fisiológico complejo, y trascendental. El objetivo de que el parto culmine con una madre sana y el nacimiento de un bebé saludable ha propiciado la institucionalización de los partos, su dirección médica sistemática y la realización de intervenciones médicas y quirúrgicas.²⁷

En una Guía de Práctica Clínica se documentan recomendaciones como el ingreso de pacientes en fase activa, ya que de no hacerlo, genera mayor morbilidad por estancias hospitalarias prolongadas y múltiples intervenciones médicas (tactos, uso inadecuado de oxitocina y aumento de operación cesárea) con mayores costos institucionales.²⁷

GPC: Catálogo Maestro De Guías De Práctica Clínica: SS-753-15.

El puerperio es el periodo que sigue a la expulsión del producto de la concepción, en el cual los cambios anatómo-fisiológicos propios del embarazo se revierten al estado pre gestacional. Tiene una duración de 6 semanas o 42 días y se clasifica en puerperio inmediato, mediato y tardío.²⁸

Esta guía pone a disposición del personal del primer nivel de atención las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales acerca de:

- ❖ Contribuir a la disminución de la tasa de mortalidad materna y perinatal.
- ❖ Detectar signos y síntomas de alarma y prevenir complicaciones en el puerperio fisiológico.

Lo anterior favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención del cuidado de enfermería, contribuyendo al bienestar de las puérperas y la disminución de la mortalidad materna en México.²⁸

Protocolo de Atención del Puerperio Fisiológico

El puerperio normal es un periodo de transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional que hace regresar paulatinamente todas las modificaciones gravídicas y que se desarrolla por un proceso de involución de las mismas, hasta

casi regresarlas a su estado inicial. Sólo la glándula mamaria es la excepción pues en esta etapa es que alcanza su máximo desarrollo y actividad. Atendiendo al tipo de evolución que puede tener el puerperio, debemos clasificarlo en:²⁹

- ❖ Puerperio Fisiológico: Cuando no se encuentran signos de peligro y su evolución es normal.
- ❖ Puerperio Patológico: Cuando la evolución se aleja de los parámetros normales, relaciona con alguna patología como una infección o una hemorragia con la consecuente anemia, pero cualquier enfermedad aguda o crónica, infecciosa o degenerativa puede provocar una evolución patológica del puerperio. Entre sus principales síntomas se encuentran el sangrado anormal, fetidez, fiebre o dolor en bajo vientre.

El objetivo de este protocolo es estandarizar las técnicas de la atención inmediata posparto y puerperio fisiológico de mujeres en las unidades de salud públicas (primer y segundo nivel de atención), con el fin de prevenir las complicaciones que se producen durante este periodo enfatizando en la prevención de la hemorragia y sepsis.²⁹

GPC: Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-162-09

La hemorragia obstétrica continúa siendo la principal causa de morbilidad y mortalidad materna a nivel mundial siendo mayor en países en vías de desarrollo. Ocurre en el 5% de todos los nacimientos y ocasiona 140,000 muertes al año, que equivalen a una muerte cada 4 minutos. La mayoría de las muertes se dan dentro de las primeras 4 horas postparto. La hemorragia obstétrica se define como la pérdida sanguínea mayor o igual a 500ml.³⁰

Por otro lado, es clasificada en menor, cuando la pérdida oscila entre los 500 y los 1000ml y mayor, cuando es más de 1000ml (pacientes que manifiesten datos clínicos de hipoperfusión tisular con pérdidas entre 500 y 1000ml se clasificarían también como hemorragia mayor), a su vez, ésta se divide en moderada cuando la pérdida sanguínea se encuentra entre 1000 y 2000ml y severa cuando es más de 2000ml.³⁰

La hemorragia obstétrica puede presentarse en diferentes periodos de tiempo, la dividiríamos como sigue:

- ❖ Anteparto: Hemorragia hasta antes del parto.
- ❖ Postparto: Después del parto.
- ❖ Primaria: Dentro de las 24 horas posteriores al parto, cuando es mayor de 500ml en el parto vaginal y más de 1000ml en la cesárea.
- ❖ Secundaria: Cuando se presenta posterior a las 24 horas del parto y hasta las 6 semanas del puerperio.

La finalidad de este catálogo es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.³⁰

GPC: Catalogo Maestro De Guías De Práctica Clínicas: IMSS-162-09

Se define a la hemorragia obstétrica grave, como la pérdida sanguínea de origen obstétrico, con presencia de alguno de los siguientes criterios: pérdida de 25% de la volemia, caída del hematocrito mayor de 10 puntos, presencia de cambios hemodinámicos o pérdida mayor de 150 ml/min.

La hemorragia postparto se refiere a la pérdida sanguínea de más de 500 ml posterior a un parto vaginal, o la pérdida de más de 1000 ml posterior a una cesárea. También se ha definido como la disminución del nivel de hematocrito de 10%.³¹

(ACOG 2006). Se considera como primaria, si ocurre dentro de las primeras 24 horas posteriores al nacimiento y su causa principal es la atonía uterina 80% de los casos (Protocolo Argentina).

La mortalidad materna aún se considera un problema de salud pública en los países en desarrollo, en donde puede presentarse con una frecuencia 100 veces superior a la reportada en los países desarrollados. La finalidad de este catálogo, es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.³¹

Ley General De Salud

Capítulo v

Atención materno – infantil

- ❖ Artículo 61. El objeto del presente Capítulo es la protección materno-infantil y la promoción de la salud materna, que abarca el período que va del embarazo, parto, post-parto y puerperio, en razón de la condición de vulnerabilidad en que se encuentra la mujer y el producto.³²

La atención materno-infantil tiene carácter prioritario y comprende, entre otras, las siguientes acciones:

- I. La atención integral de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, incluyendo la atención psicológica que requiera.

I Bis. La atención de la transmisión del VIH/Sida y otras Infecciones de Transmisión Sexual, en mujeres embarazadas a fin de evitar la transmisión perinatal.

❖ Artículo 61 Bis. Toda mujer embarazada, tiene derecho a obtener servicios de salud en los términos a que se refiere el Capítulo IV del Título Tercero de esta Ley y con estricto respeto de sus derechos humanos.

❖ Artículo 62. En los servicios de salud se promoverá la organización institucional de comités de prevención de la mortalidad materna e infantil, a efecto de conocer, sistematizar y evaluar el problema y adoptar las medidas conducentes.³²

❖ Artículo 64. En la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno-infantil, las autoridades sanitarias competentes establecerán:

I. Procedimientos que permitan la participación activa de la familia en la prevención y atención oportuna de los padecimientos de los usuarios.

II. Acciones de orientación y vigilancia institucional, capacitación y fomento para la lactancia materna y amamantamiento, incentivando a que la leche materna sea alimento exclusivo durante seis meses y complementario hasta avanzado el segundo año de vida y en su caso, la ayuda alimentaria directa tendiente a mejorar el estado nutricional del grupo materno infantil, además de impulsar la instalación de lactarios en los centros de trabajo de los sectores público y privado.

IV. Acciones de capacitación para fortalecer la competencia técnica de las parteras tradicionales, para la atención del embarazo, parto y puerperio.

❖ Artículo 64 Bis. La Secretaría de Salud impulsará la participación del sector social y privado, así como de la sociedad en general, para el fortalecimiento

de los servicios de salud en materia de atención materno-infantil. Para tal efecto, promoverá la creación de Redes de Apoyo a la Salud Materno Infantil, tanto en el ámbito federal, como en las entidades federativas, con la finalidad de facilitar el acceso a las mujeres embarazadas a información relativa a la prestación de servicios de atención médica en esta materia y en su caso, brindarles apoyo para el acceso a ellos.³²

- ❖ Artículo 64 Bis 1. Los servicios de salud a que hace referencia el artículo 34 de la presente Ley, prestarán atención expedita a las mujeres embarazadas que presenten una urgencia obstétrica, solicitada de manera directa o a través de la referencia de otra unidad médica, en las unidades con capacidad para la atención de urgencias obstétricas, independientemente de su derechohabencia o afiliación a cualquier esquema de aseguramiento.³²

Capítulo vi

Servicios de Planificación Familiar

- ❖ Artículo 67. La planificación familiar tiene carácter prioritario. En sus actividades se debe incluir la información y orientación educativa para los adolescentes y jóvenes.³²

Asimismo, para disminuir el riesgo reproductivo, se debe informar a la mujer y al hombre sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 años o bien después de los 35, así como la conveniencia de espaciar los embarazos y reducir su número; todo ello, mediante una correcta información anticonceptiva, la cual debe ser oportuna, eficaz y completa a la pareja.

Los servicios que se presten en la materia constituyen un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos, con pleno respeto a su dignidad.³²

❖ Artículo 68. Los servicios de planificación familiar comprenden:

- I. La promoción del desarrollo de programas de comunicación educativa en materia de servicios de planificación familiar y educación sexual, con base en los contenidos y estrategias que establezca el Consejo nacional de Población.
- II. La atención y vigilancia de los aceptantes y usuarios de servicios de planificación familiar.
- III. La asesoría para la prestación de servicios de planificación familiar a cargo de los sectores público, social y privado y la supervisión y evaluación en su ejecución, de acuerdo con las políticas establecidas por el Consejo Nacional de Población.
- IV. El apoyo y fomento de la investigación en materia de anticoncepción, infertilidad humana, planificación familiar y biología de la reproducción humana.
- V. La participación en el establecimiento de mecanismos idóneos para la determinación, elaboración, adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos y otros insumos destinados a los servicios de planificación familiar.
- VI. La recopilación, sistematización y actualización de la información necesaria para el adecuado seguimiento de las actividades desarrolladas.³²

2.4 Marco teórico

2.4.1 Puerperio Normal

Puerperio es el periodo que sigue a la expulsión del producto de la concepción, en el cual los cambios anatómo-fisiológicos propios del embarazo se revierten al estado pre gestacional. Tiene una duración de 6 semanas o 42 días y se clasifica en puerperio inmediato, mediato y tardío (SALUD, 2012).³³

- ❖ Puerperio Inmediato: Periodo que comprende las primeras 24 horas.
- ❖ Puerperio Mediato: Periodo que abarca del segundo al séptimo día.
- ❖ Puerperio Tardío: Periodo que incluye del día 8 al 42.
- ❖ Puerperio Fisiológico: Es el periodo en el que se revierten todos los cambios fisiológicos que se produjeron durante el embarazo con la sola excepción de los cambios mamarios que se intensificarán para mantener el amamantamiento exitoso.³³

El puerperio es el período que sigue al parto extendiéndose hasta la completa recuperación anatómica y fisiológica de la mujer. Es de duración variable, dependiendo principalmente de la duración de la lactancia. Tradicionalmente se ha considerado como el período de tiempo entre el alumbramiento y las 6 semanas posteriores al parto.³⁴

Durante el puerperio se inicia el complejo proceso de adaptación psicoemocional entre la madre y su hijo, donde la lactancia juega un rol fundamental. En el puerperio la mayoría de los cambios fisiológicos que ocurren durante el embarazo y parto se resuelven progresivamente, de modo que al completar las seis semanas de puerperio, todo el organismo (excepto las mamas si se mantiene la lactancia) regresa a su estado antenatal.

El puerperio es un período no exento de complicaciones, que incluso poseen riesgo vital y por lo tanto debe ser cuidadosamente vigilado por profesionales del área (médicos o matronas).³⁴

2.4.2 Cambios anatómicos y fisiológicos en el puerperio

Útero.

El útero de un embarazo de término (excluyendo el feto, líquidos, y otros) pesa aproximadamente 1000 gramos. Inmediatamente en el postparto, el fondo del útero se palpa cerca del nivel del ombligo materno. Durante las siguientes 2 semanas, reduce su tamaño y peso, volviendo a encontrarse en la pelvis. En las semanas posteriores, el útero lentamente vuelve casi a su estado pre-embarazo. El tamaño del útero de una mujer que ha tenido un embarazo es levemente mayor que el de una nuligesta.³⁵

La capa endometrial se recupera rápidamente, de forma que al 7° día de puerperio las glándulas endometriales ya son evidentes. En el día 16, el endometrio está completamente restaurado, excepto en el sitio donde se localizaba la placenta, cuya reparación completa se logrará dentro de 6 semanas.

Inmediatamente posterior al alumbramiento, una gran cantidad de sangre proveniente del útero sale por la vagina; el volumen de este flujo disminuye rápidamente en los primeros días del puerperio. Esta descarga vaginal es conocida como loquios rojo (loquio rubra), y se presenta durante los primeros 2-3 días del puerperio.

La descarga vaginal roja progresivamente cambia a café-rojizo, de menor consistencia, llamada loquios serosos (loquio serosa) que corresponde al flujo vaginal hasta la segunda semana del puerperio.

Posteriormente el flujo disminuye en cantidad y color, cambiando a amarillo, en lo que se denomina loquios blanco (loquia alba), el que caracteriza el flujo entre las 3-6 semanas. Los loquios duran aproximadamente 5-6 semanas en general. Frecuentemente, se puede producir aumento de la descarga vaginal entre el día 7 a 14 del puerperio, secundario al desprendimiento de la costra del sitio placentario.³⁵

Cuello Uterino (Cérvix).

El cérvix comienza rápidamente a recuperar su estado pre-embarazo, pero nunca vuelve a su estado de nuliparidad. Al final de la primera semana, el Orificio Cervical Externo (OCE) se cierra de forma que no se puede introducir un dedo por él con facilidad.³⁶

Vagina.

La vagina regresa parcialmente a su estado habitual, pero sin lograr recuperar su tamaño pre embarazo. La resolución del edema y de la vascularidad aumentada se logra a las 3 semanas del puerperio. El epitelio vaginal se observa atrófico, pero se recupera entre la 6a y 10a semana post parto.

La atrofia del epitelio vaginal puede durar más tiempo en mujeres que amamantan, debido a la persistencia de bajos niveles de estrógenos, lo que puede manejarse con lubricante vaginal (hidrogel). Se ha demostrado que el aumento del calibre vaginal que persiste en mujeres que han tenido un parto vaginal, no disminuye su satisfacción sexual, ni la de su pareja.³⁶

Periné.

El periné puede sufrir intenso trauma e injuria durante el trabajo de parto. Los músculos recuperan su tono en general a las 6 semanas de puerperio, con mejoría durante los siguientes meses.³⁷

Pared abdominal.

Permanece blanda y flácida por varias semanas a meses. La recuperación al estado pre-embarazo depende completamente en el ejercicio que haga la madre.³⁷

Ovarios.

La recuperación de la función de los ovarios es muy variable, y depende principalmente de la existencia o no de amamantamiento. Las mujeres que amamantan tienen un mayor tiempo de amenorrea y anovulación; la recuperación de la menstruación es muy variable, y depende de una serie de factores, como cuan seguido es alimentado el bebé y si la lactancia materna es suplementada por fórmula o no.³⁸

La demora en la recuperación de la función ovárica entre estas mujeres, está dada por el elevado nivel de prolactina. El 50% a 75% de las mujeres que amamantan, recuperan su periodo a las 36 semanas postparto. Las mujeres que no amamantan, puede comenzar a ovular tan pronto como el día 27 después del parto; entre ellas el primer periodo menstrual suele ocurrir en promedio entre 7 a 9 semanas post parto.³⁸

Mamas.

Los cambios que se producen en las mamas preparándolas para la lactancia ocurren durante el embarazo, la lactogénesis es estimulada durante el embarazo, complementándose el proceso luego del alumbramiento, cuando bajan los niveles de estrógeno y progesterona, con la persistencia de prolactina elevada. Si la puérpera no amamanta, los niveles de prolactina caen alrededor de la segunda a tercera semana de puerperio.³⁹

El calostro es el líquido que sale por las mamas durante los 2 a 4 primeros días posteriores al parto. El calostro tiene un alto contenido en proteínas e inmunoglobulinas, teniendo un rol importante en la protección contra infecciones del recién nacido. La secreción láctea madura progresivamente, de modo que alrededor del 7° día del puerperio, la leche materna está madura, conteniendo todos los nutrientes necesarios para el neonato.

La liberación del calostro/leche, comienza como un proceso endocrino (estimulado por los estrógenos, la progesterona y la prolactina), convirtiéndose en un proceso autocrino. La célula secretora de la glándula mamaria produce el Factor Inhibidor de la Lactancia (FIL), que reduce la producción de leche; la remoción de leche de la mama, por el recién nacido, estimula más producción de leche al remover el FIL.³⁹

2.4.3 Atención del puerperio normal.

En este periodo se observa médicamente a la mujer y se la educa sobre su propio cuidado y el del recién nacido. Se controlan los signos vitales, la retracción uterina y el sangrado vaginal (loquios) en búsqueda de complicaciones. No se ordenan exámenes de laboratorio de modo rutinario, pero es conveniente solicitar un hematocrito en el primer día de post-parto si el sangrado fue mayor al esperado o si la madre presenta signos clínicos de anemia (palidez de mucosas, taquicardia, cansancio extremo, etc.).⁴⁰

2.4.4 Cuidados postparto.

En las primeras 2 horas después del parto es cuando se presenta la mayoría de las complicaciones hemorrágicas, por lo cual se recomienda que durante este periodo las pacientes permanezcan en sala de observación donde sea fácil monitorear lo siguiente:⁴¹

- ❖ Cada 15 minutos la tensión arterial.
- ❖ El pulso.
- ❖ La cantidad de sangrado genital.
- ❖ Palpar el fondo del útero para evaluar su tono.

Si se detecta hipotonía uterina se debe, a través de la pared abdominal, masajear el útero hasta que éste se mantenga bien contraído, y revisar las suturas vulvares y la episiorrafia con el fin de descartar la formación de hematomas.

Si no se producen alteraciones en este tiempo, la madre debe trasladarse al área de hospitalización. El tiempo durante el cual la madre permanezca hospitalizada se debe aprovechar para educarla en su cuidado y en el del recién nacido, así como vigilar y controlar la involución uterina y el aspecto de los loquios.

Es fundamental detectar tempranamente complicaciones como hemorragia e infección puerperal, vigilando la presencia de taquicardia, fiebre, taquipnea, subinvolucion uterina, hipersensibilidad a la palpación uterina y loquios fétidos. Hay que revisar la hemoclasificación del recién nacido para definir la necesidad de inmunoglobulina anti-D. Se recomienda iniciar la deambulacion temprana, pues se ha demostrado que disminuye el estreñimiento, la frecuencia de trombosis venosa y el tromboembolismo pulmonar.

Si el parto fue vaginal, habitualmente, además de los entuertos y la congestión mamaria, las pacientes experimentan edema y dolor perineal, aún mayor si tuvieron episiotomía o desgarros. Se recomienda, aunque existe poca evidencia, aplicación de hielo en periné durante las primeras 24 horas después del parto y luego cambiar a baños de asiento. También se recomienda el uso de analgésicos no esteroides (AINE) o anestésico local en spray. Si el dolor no disminuye o es más intenso, es importante descartar la presencia de hematomas.⁴¹

Las hemorroides, que son otro de los aspectos que se deben vigilar en el posparto vaginal, no ameritan ningún manejo especial, pues tienden a desaparecer en el puerperio. Sin embargo, si son sintomáticas, se pueden utilizar cremas de corticosteroides o anestésicos locales. Si el parto fue por cesárea, además de los cuidados generales, se debe controlar la herida quirúrgica y evaluar la presencia de sangrado activo, se recomiendan AINE sistémicos.

Es necesario estimular el inicio temprano de dieta normal. En caso de evolución satisfactoria y ausencia de factores de riesgo, se recomienda un egreso temprano cuando hayan transcurrido al menos 12 a 24 horas del parto. Con las siguientes observaciones:

- ❖ Signos de alarma de la madre.
- ❖ Fiebre,
- ❖ Sangrado genital abundante,
- ❖ Dolor en hipogastrio o en área perineal,
- ❖ Vómito,
- ❖ Diarrea.
- ❖ En caso de presentarse alguno de ellos, debe regresar a la institución.⁴¹
- ❖ Importancia de la lactancia materna exclusiva.
- ❖ Puericultura básica.
- ❖ Alimentación balanceada, adecuada para la madre.
- ❖ Informar, dar consejería y suministrar el método de planificación familiar elegido, de acuerdo con lo establecido en la Guía de atención para planificación familiar en hombres y mujeres.
- ❖ Inscribir al recién nacido en los programas de crecimiento, desarrollo y vacunación.⁴¹

2.4.5 Cuidados en el puerperio.

Luego de la atención del parto, la paciente es trasladada a la sala de recuperación, donde permanecerá 2-4 h, finalmente es llevada a su habitación de puerperio, en que estará 2-3 días si el parto fue vaginal o 3-4 días si el parto fue cesárea.⁴²

Sala de Recuperación:

- ❖ Control de signos vitales cada una hora.
- ❖ Vigilancia del sangrado y de la retracción uterina cada hora.
- ❖ Evaluación del dolor y administración de analgésicos.
- ❖ Vigilar el primer amamantamiento.⁴²

2.4.6 Valorar la evolución del puerperio en sus tres etapas a partir de las siguientes actividades:⁴³

Medir y verificar la estabilidad de las constantes vitales.

- ❖ Explorar físicamente a la puérpera para verificar el grado de involución uterina y para identificar oportunamente complicaciones.
- ❖ Proporcionar las intervenciones de enfermería necesarias para la estabilización de la puérpera ante la presencia inminente de complicaciones y en caso necesario asistirle durante su traslado.
- ❖ Evaluar las características del sangrado trasvaginal.
- ❖ Aplicar fármacos de acuerdo a protocolos establecidos.⁴³

2.4.7 Otorgar cuidados específicos en el puerperio inmediato mediante las siguientes acciones:⁴⁴

- ❖ Proporcionar las intervenciones de enfermería en el puerperio fisiológico inmediato necesarias para la estabilización de la puérpera ante la presencia inminente de complicaciones y en caso necesario asistirle durante su traslado.

- ❖ El personal de enfermería deberá establecer el plan de cuidados relacionados con la seguridad del paciente:
- ❖ Identificación correcta de la púérpera.
- ❖ Valorando los signos vitales: tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria cada 15 minutos en la primera hora, cada 30 minutos en la segunda y posteriormente cada hora durante las primeras 8 horas.
- ❖ Altura y firmeza del fondo uterino cada 15 minutos en la primera hora, en la segunda cada 30, posteriormente cada hora durante 4 horas y por último cada 4 por 24 horas.
- ❖ Valorar las características del sangrado trasvaginal.
- ❖ Uresis espontánea.
- ❖ La pérdida sanguínea después de un parto vaginal debe ser menor a 500 ml en las primeras 24 horas.
- ❖ El personal de enfermería deberá cuantificar la cantidad de pérdida sanguínea durante el puerperio para identificar posibles complicaciones.⁴⁴
- ❖ El personal de salud deberá monitorear el sangrado trasvaginal durante las primeras dos horas del postparto y el estado de la episiotomía si se realizó.
- ❖ El uso de oxitocina y derivados del maleato de ergometrina disminuyen la pérdida de sangre postparto sobre todo en las mujeres con riesgo de hemorragia.
- ❖ El personal de salud deberá administrar 10 UI de oxitocina, vía intramuscular inmediatamente después del nacimiento del recién nacido.
- ❖ El profesional de enfermería deberá considerar las recomendaciones de la meta internacional 3 “Mejorar la seguridad en el uso de los medicamentos” haciendo énfasis en la dilución, identificación y ministración correcta de la oxitocina.⁴⁴
- ❖ El masaje uterino estimula la producción de prostaglandinas favoreciendo la contracción uterina y a una pérdida menor de sangre.
- ❖ El masaje uterino debe efectuarse con movimientos de comprensión suave en forma repetitiva, colocando una mano en la parte inferior del abdomen de la púérpera para favorecer la contracción uterina.

- ❖ El personal de salud deberá realizar el masaje uterino en dirección de las manecillas del reloj.
- ❖ El contacto de piel con piel entre el binomio madre e hijo es un importante estimulante vagal que entre otros efectos, libera oxitocina, la cual produce un incremento de la temperatura de la piel en la madre, proporcionándole calor al R/N y favoreciendo el vínculo afectivo.
- ❖ El personal de enfermería debe colocar al R/N en decúbito ventral sobre el pecho desnudo de la madre inmediatamente después del nacimiento para regular su temperatura corporal y favorecer el apego madre e hijo.
- ❖ El personal de enfermería, médico o partera debe iniciar inmediatamente después del parto el contacto piel a piel entre la diada madre e hijo para garantizar una lactancia exitosa.
- ❖ La “Norma oficial mexicana 007-SSA2-2016 Atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida, recomienda iniciar la lactancia materna exclusiva en los primeros 30 minutos después del parto en aquellas mujeres que las condiciones lo permitan.⁴⁴
- ❖ El personal de enfermería, comadrona o partera deberá asesorar sobre la técnica correcta de amamantamiento para garantizar una lactancia exitosa.
- ❖ El personal de enfermería deberá valorar en las puérperas la presencia de dolor perineal en el periodo inmediato y mediato con énfasis en las primíparas.
- ❖ El personal de salud, comadrona o partera deberá evaluar la intensidad del dolor de acuerdo a la escala visual analógica.
- ❖ Ministrar el analgésico prescrito para promover la disminución y/o el alivio del dolor.
- ❖ Deberá considerar las creencias culturales con respecto al uso de la herbolaria en té para la disminución del dolor.
- ❖ El personal de salud deberá capacitar a las madres primíparas sobre el cuidado de la incisión de la episiotomía.
- ❖ La crioterapia es un tipo de termoterapia superficial que se basa en aplicación de frío como agente terapéutico. La reducción de la temperatura del organismo tiene como finalidad el alivio del dolor y /o disminución del edema a través de la generación de una respuesta tisular.

- ❖ El beneficio del uso local del frío en la zona de trauma perineal postparto, se observó que se presentó disminución del dolor en 24 a 72 horas después de la colocación de hielo no así para hematoma y edema. Aplicar compresas de hielo durante 10 a 20 minutos para aliviar el dolor perineal después del parto.⁴⁴
- ❖ En el postparto aumenta el riesgo de trombosis profunda, debido a que en este periodo se produce un rápido aumento de la actividad fibrinolítica del plasma y de toda la sangre.
- ❖ Recomendar a la puérpera la deambulación temprana ya que disminuye notablemente la tromboembolia venosa durante el puerperio inmediato.
- ❖ Antes de iniciar la deambulación evaluar el riesgo de caídas y mantener a la puérpera sentada en cama durante 10 a 15 minutos para disminuir el riesgo.
- ❖ El personal de salud debe orientar sobre un método anticonceptivo efectivo inmediatamente después del parto, ya que existe mayor motivación para que la puérpera acepte la anticoncepción.
- ❖ El personal de salud debe orientar a la puérpera y su pareja (si es posible) para la mejor elección de un método de planificación familiar de forma libre e informada.
- ❖ Los cuidados de enfermería de manera individualizada contribuye a la reducción de problemas después del parto (retención urinaria, mastitis, lactancia).
- ❖ Establecer el plan de cuidados de enfermería individualizado para la paciente en puerperio fisiológico, considerando sus necesidades de forma integral.⁴⁴

2.4.8 Otorgar cuidados específicos en el puerperio mediano a través de las siguientes acciones:⁴⁵

- ❖ Proporcionar las intervenciones de enfermería necesarias para la estabilización de la puérpera ante la presencia inminente de complicaciones y en caso necesario asistirle durante su traslado.
- ❖ Apoyar a la puérpera para el mantenimiento de la lactancia materna.
- ❖ Identificar oportunamente datos de complicaciones tales como: infecciones vaginales o grietas en los pezones.

- ❖ Verificar la adecuada eliminación intestinal.

2.4.9 Otorgar cuidados específicos en el puerperio tardío mediante las siguientes acciones:

- ❖ Proporcionar las intervenciones de enfermería necesarias para la estabilización de la puérpera ante la presencia inminente de complicaciones y en caso necesario asistirle durante su traslado.
- ❖ Orientar a la madre en aspectos sobre la detección oportuna de signos o síntomas de complicación tales como fiebre, sangrado anormal y dolor.
- ❖ Informar sobre los métodos de planificación familiar.
- ❖ Orientar sobre aspectos de estimulación temprana del recién nacido.
- ❖ Identificar causas de abandono del control del puerperio tardío.⁴⁵

2.4.10 Complicaciones del puerperio.

El puerperio es un complejo período del parto, en él pueden presentarse complicaciones graves que incluso pueden llevar a la muerte materna. Las complicaciones más frecuentes son las hemorragias y las infecciones.⁴⁶

2.4.11 Complicaciones infecciosas puerperales.

Habitualmente las complicaciones infecciosas puerperales se detectan por un cuadro febril. Dado que el primer día post-parto se pueden observar alzas térmicas en pacientes sin un cuadro infeccioso, es recomendable mantener una conducta expectante hasta después del primer día. La fiebre puerperal se reconoce por fiebre posterior a las 24 h post parto, con 2 tomas de T° axilar $\geq 38^{\circ}\text{C}$ separadas por 6 horas.⁴⁶

En estas pacientes es necesario hacer todos los esfuerzos por determinar el foco febril, analizando el cuadro clínico, el momento de presentación, el examen físico y los hallazgos de laboratorio. En aquellas pacientes con fiebre puerperal y sin un foco claramente demostrado, se asumirá que se trata de una endometritis puerperal, y se manejará como tal.

Las principales complicaciones infecciosas puerperales:

1. Tracto genital

- ❖ Endometritis
- ❖ Parametritis
- ❖ Pelvipерitonitis
- ❖ Infección de episiorrafia o herida operatoria

2. Vía urinaria

- ❖ ITU baja
- ❖ Pielonefritis aguda

3. Mastitis

- ❖ Linfangítica
- ❖ Abscedada

4. Otras infecciones

- ❖ Tromboflebitis pelviana séptica
- ❖ Shock séptico
- ❖ Fasceitis necrotizante

Endometritis puerperal.

Corresponde a una infección bacteriana de la cavidad uterina, secundaria a la invasión ascendente de microorganismos de la flora vaginal o enteral, con compromiso principalmente endometrial, pero ocasionalmente miometrial (endomiometritis) y parametrial.

Es la infección puerperal más frecuente, su incidencia es de 1-3% de los partos vía vaginal, 5-10% de las cesáreas electivas y 15-20% de las cesáreas de urgencia. El riesgo es en pacientes que tienen cesárea, pero después de un periodo prolongado de trabajo de parto es de 30 a 35%, lo que cae a 15 a 20% cuando se administran antibióticos profilácticos.⁴⁶

Mastitis puerperal.

Corresponde a una mastitis infecciosa, originada en la proliferación bacteriana al interior de un túbulo lactífero ocluido. Debe diferenciarse de la “congestión mamaria”, en la que no existe proliferación bacteriana en el sector lactífero obstruido y cuyo tratamiento no requiere antibióticos.

Mastitis linfangítica.

Corresponde al 90% de los episodios de mastitis puerperales; el compromiso infeccioso es superficial, no existe un absceso. En general compromete un cuadrante de la mama. Las grietas en el pezón y la estasis de la leche en las mamas, son factores predisponentes de infección.

El germen causal más frecuente es *Estafilococo Aureus*. Otros patógenos comunes son *Estafilococo epidermidis*, *Estafilococo saprophyticus*, *Streptococo Viridans* y *E. Coli*.⁴⁶

Mastitis abscedada.

El 10% de las mastitis son de tipo abscedadas; en este caso, se desarrolla una colección purulenta en el parénquima mamario.

La mayoría de las veces el absceso es visible fácilmente en el examen físico. Si el absceso no es visible, debe sospechar ante la falla del tratamiento antibiótico de una mastitis diagnosticada como linfangítica.

El tratamiento es el drenaje quirúrgico del absceso. El procedimiento se efectúa bajo anestesia general; se efectúa una incisión peri-areolar, se vacía el absceso y se efectúa un aseo quirúrgico. Asociado al drenaje, se inicia tratamiento antibiótico intravenoso con cloxacilina, el que luego se completa por 14 días por vía oral. Aunque es difícil mantener la lactancia, el amamantamiento no está contraindicado.⁴⁶

Infección de herida operatoria.

Implica infección de la episiotomía o de la incisión abdominal en una cesárea. La incidencia de infecciones de la episiotomía es baja (0.5-1%), mientras que la infección de la herida operatoria es cercana al 5%. Se trata en general de infecciones polimicrobianas, por gérmenes provenientes de la vagina. La infección de la episiotomía o de a herida de cesárea es habitualmente por los mismos gérmenes que la endometritis puerperal. En un 25% de los casos de infección de herida operatoria, se logra aislar como germen causal a Estafilococo Aureus.⁴⁷

Tromboflebitis pelviana séptica.

Corresponde a la sobreinfección bacteriana de una trombosis venosa de los vasos pelvianos, puede comprometer las venas pelvianas menores (vesicales, uterinas o vaginales) o incluso las venas ováricas.

En este último caso, la infección suele ser unilateral, y de predominio a derecha. Ocasionalmente, se ha visto extensión del trombo a la vena cava o vena renal.

La tromboflebitis pelviana séptica ocurre en 1 de cada 2000-3000 partos, y es 10 veces más frecuente después de una cesárea (1 de 800) que parto vaginal (1 de 9000). La tromboflebitis pelviana séptica, está precedida por una infección del endometrio, donde los microorganismos migran por la circulación venosa dañando el endotelio, y facilitando la formación de trombos. Se estima que esta complicación ocurrirá en menos del 1% de las endometritis puerperales.

Hematoma de la episiotomía.

La formación de un hematoma es posible en la episiotomía, especialmente en partos vaginales instrumentales (fórceps). Esta complicación se presenta en las primeras horas post-parto y se manifiesta por dolor de mayor intensidad a lo habitual y que no cede con analgésicos de rutina.

El diagnóstico es clínico; habitualmente la inspección genital muestra el aumento de volumen por un hematoma vagino-perineal. Frente a la sospecha es indispensable un tacto vaginal y rectal, ya que pueden distinguirse hematomas más profundos, y que disecan el espacio recto-vaginal. Si la detección del hematoma es dentro de las dos primeras horas del post parto, el tratamiento consiste en abrir el plano de sutura previo y drenar el hematoma en pabellón. Si el cuadro se presenta más tarde y la paciente está hemodinámicamente estable, es preferible un manejo expectante con optimización de la analgesia.⁴⁷

2.4.12 Hemorragia puerperal

Corresponde al sangrado vaginal excesivo luego de un parto, cuya magnitud puede llegar incluso a comprometer la vida de la mujer.⁴⁸

Se define habitualmente hemorragia puerperal como: "Pérdida sanguínea mayor a 1.000 ml en relación al parto" (independiente de si el parto fue vaginal o cesárea). Otras definiciones no habituales consideran caída del 10% del hematocrito respecto al anterior al parto o inestabilidad hemodinámica. Cada año en el mundo mueren 585.000 mujeres por complicaciones del embarazo y parto, lo que equivale a una muerte materna por minuto.

El 98% de las muertes maternas ocurren en países en vías de desarrollo, en ellos, la principal causa de muerte materna es la Hemorragia Postparto.

Sangrado uterino normal post-parto.

Luego del alumbramiento, el lecho placentario comienza a sangrar. La detención de ese sangrado no depende de la coagulación sanguínea, sino de la retracción (contracción) uterina postparto y facilitada por altos niveles fisiológicos de oxitocina, comprime las arterias espirales (ramas de las arterias uterinas) e impide el sangrado.⁴⁸

A este fenómeno se le conoce con el nombre de "ligaduras vivas de Pinard" (en honor al médico que describió el fenómeno). El volumen de sangre perdida depende de cuán efectivas son las contracciones uterinas en el periodo postparto inmediato. Para reducir el sangrado uterino normal postparto y prevenir la hemorragia post parto, se debe administrar oxitocina endovenosa a toda mujer en el postparto inmediato.

La pérdida fisiológica de sangre es menor a 500cc en un parto vaginal y a 1000cc en una operación cesárea. La tolerancia a esta pérdida de volumen sanguíneo es buena en la mayoría de las mujeres. Si la pérdida de sangre es mayor a lo normal, la mujer responderá con mecanismos compensatorios que permiten el diagnóstico clínico de la magnitud de la pérdida.

En el cuadro se indica la respuesta habitual de la puérpera a la pérdida sanguínea:⁴⁸

Respuesta Hemodinámica Materna a la Hemorragia Puerperal		
Volumen de sangrado	% volemia perdida	Síntomas
<900 ml	15%	Asintomática
1200-1500 ml	20-25%	Taquicardia y taquipnea Reducción de la presión de pulso Ortopnea
1800-2100 ml	30-35%	Mayor taquicardia y taquipnea Hipotensión Extremidades frías
>2400 ml	40%	Shock Oliguria o Anuria.

Hemorragia post parto inmediato.

Se define como aquella hemorragia postparto que ocurre dentro de las primeras 24 horas post parto. Habitualmente, se presenta de modo inmediato (luego de la salida de la placenta) o dentro de las primeras 6-8 horas. La hemorragia post parto inmediato afecta aproximadamente a un 4% de los partos vaginales y 6% de las cesáreas.⁴⁹

Etiología Hemorragia Post Parto.

La inercia uterina es la causa más frecuente de hemorragia post parto (inmediato), dando cuenta del 70-90% de los casos.⁴⁹

La inercia uterina es aquella situación clínica originada en una contracción uterina post parto que no es capaz de ocluir las arterias espirales, ocasionando sangrado de mayor magnitud que lo normal desde el sitio de inserción placentaria.

Frente a una paciente con hemorragia post parto deben considerarse las siguientes etiologías:

- ❖ Inercia Uterina.
- ❖ Lesiones del canal (desgarro de la vagina o cuello uterino).
- ❖ Rotura uterina.
- ❖ Restos placentarios.
- ❖ Acretismo placentario.
- ❖ Trastorno de la coagulación.

Factores de riesgo para hemorragia postparto.

La mayoría de las hemorragias postparto ocurren en mujeres sin factores de riesgo identificables. En mujeres con factores de riesgo, el médico que atiende el parto debe estar especialmente preparado para su ocurrencia:

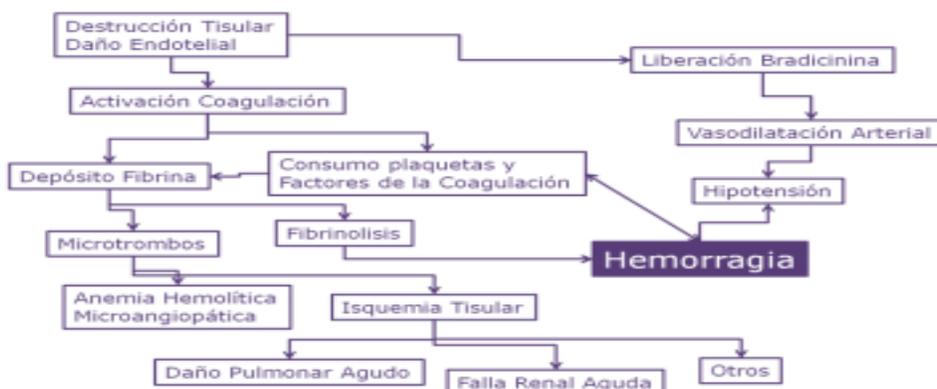
Trabajo de parto prolongado: Se refiere a que la dilatación progresa a un ritmo más lento que lo habitual (es el factor que confiere mayor riesgo).⁴⁹

- ❖ Uso prolongado de oxitocina para inducción o conducción del trabajo de parto.
- ❖ Sobre distensión uterina.
- ❖ Embarazo múltiple.
- ❖ Polihidroamnios.
- ❖ Macrosomía fetal.
- ❖ Gran multípara (más de 5 partos).
- ❖ Antecedente de hemorragia postparto.
- ❖ Parto instrumental.
- ❖ Preeclampsia.
- ❖ Expulsivo prolongado.

Hemorragia postparto, coagulo Patía por consumo y CID.

Prácticamente todas las mujeres que desarrollan hemorragia postparto, presentan una coagulopatía por consumo y coagulación intravascular diseminada (CID) asociada. Tanto la hemorragia como la CID son causantes de daño a la salud materna. En el manejo de la hemorragia post parto debe recordarse que es muy probable que la paciente tenga una coagulopatía por consumo, que debe manejarse apropiadamente al momento de la reposición de hemoderivados.

En la Figura 1 se resumen los mecanismos fisiopatológicos acerca de la asociación entre la hemorragia postparto, coagulopatía por consumo, CID y daño tisular.⁴⁹



Manejo de la hemorragia post parto.

El manejo de la hemorragia post parto es, en la mayoría de los casos, sencillo, si se sigue una aproximación sistemática, como la que revisaremos. Para facilitar la tarea recomendamos la nemotecnia BLEEDING que orientará los pasos a seguir en el manejo inicial, diagnóstico y tratamiento específico.⁵⁰

B: Respirar hondo y prepararse.

Si bien parte integral del manejo de la hemorragia post parto es la capacidad de prevención (oxitocina de rutina en el post parto inmediato), especialmente frente a factores de riesgo, la mayoría de las veces la hemorragia post parto se presentará de modo inesperado. El diagnóstico se efectúa a través del control rutinario de la puérpera, pues en toda puérpera debe controlarse la magnitud del sangrado vaginal. Efectuado el diagnóstico se debe mantener la calma (respirar hondo y prepararse) y seguir una aproximación metódica y sistemática de tratamiento.

L: Estimación de la pérdida sanguínea.

Este es un punto complicado, pues habitualmente los obstetras suelen subestimar las pérdidas en los procedimientos que efectúan. La lectura del protocolo operatorio (si usted no atendió el parto) o la descripción del operador, asociado al conocimiento de la Respuesta Hemodinámica Materna a la Hemorragia Puerperal, permite estimar con precisión la pérdida sanguínea real.⁵⁰

En este momento de la evaluación es útil solicitar pruebas de laboratorio: hemograma, recuento de plaquetas, TP y TTPK, fibrinógeno, grupo de sangre y pruebas cruzadas. La medición del nivel de fibrinógenos es especialmente útil para el diagnóstico de CID (<150 mg/dl).

En caso de no disponer de esta prueba en su laboratorio, usted puede efectuar una prueba de “tiempo de coágulo” (una muestra de sangre en un tubo sin anticoagulante); si es mayor a 6 minutos, con buena probabilidad el fibrinógeno será menor a 150 mg/dl.

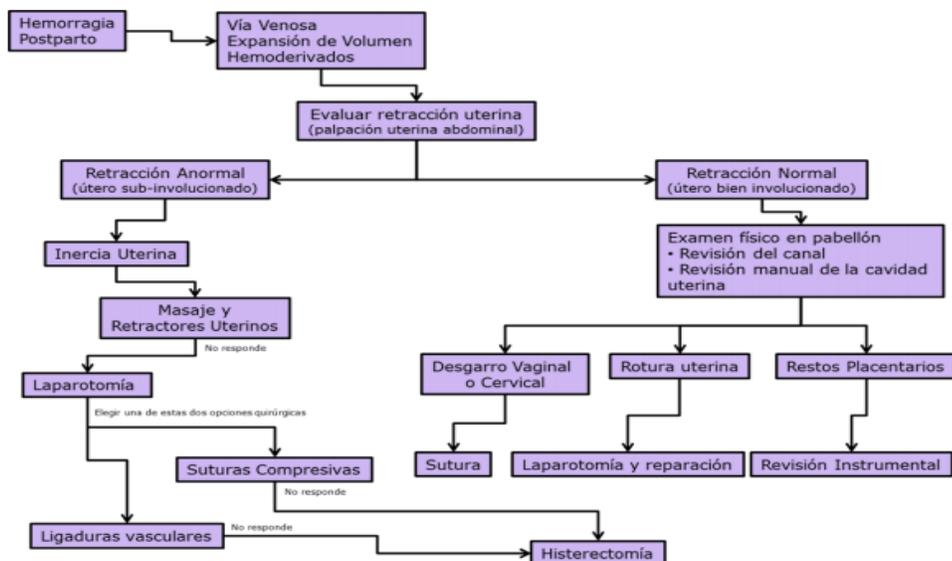
E: Etiología.

El diagnóstico etiológico de la causa del sangrado es imprescindible en el manejo de la hemorragia post parto, pues gran parte del manejo se basa en el control de la etiología responsable del sangrado. Las causas más frecuentes de la hemorragia post parto se encuentran contenidas en la nemotecnia de las cuatro “T”, sin olvidar que la causa más frecuente es la inercia uterina.⁵⁰

- ❖ Tono: La causa más frecuente de hemorragia post parto es la inercia uterina (90%). Se entiende por inercia uterina a la retracción uterina post parto ineficiente.
- ❖ Trauma: Desgarros del canal del parto (6%). Aumenta su incidencia en asociación al parto vaginal asistido (fórceps). También es posible que la hemorragia post parto se deba a una rotura uterina. La rotura uterina requiere la existencia de una cicatriz uterina previa (cesárea o miomectomía).
- ❖ Tejido: Restos placentarios (4%). Se refiere a extracción incompleta de la placenta, quedando fragmentos de cotiledones y/o membranas fetales en la cavidad uterina.

En la atención del parto por médico, como ocurre en la UC, la presencia de restos se evita pues a toda paciente se le hace una revisión instrumental (raspado uterino) postparto. Esto es posible pues todas las pacientes están con anestesia y el parto es atendido siempre por el médico. El acretismo placentario es causa de retención de la placenta y hemorragia post parto.

- ❖ Trastorno Hemostasia: Es una causa infrecuente de hemorragia post parto, y puede deberse a coagulopatías o alteraciones de la función plaquetaria.



Acretismo Placentario.

Es una anomalía en la placentación, caracterizado por una adherencia anormalmente fija de la placenta a la pared uterina.⁵⁰ Existe una deficiencia, parcial o completa, de la decidua basal y el desarrollo incompleto de la capa de fibrina (conocida como capa de Nitabuch) de manera que la línea fisiológica de separación entre la zona esponjosa y la zona basal decidual no es visible. En el acretismo placentario, las vellosidades se fijan al miometrio, lo invaden o penetran.

Existe tres grados de acretismo como se muestra en la siguiente tabla:

Grados de acretismo placentario	
Acreta	La placenta se fija directamente a la pared miometrial, no es posible el alumbramiento y retracción uterina fisiológica post parto
Increta	Las vellosidades placentarias invaden el espesor del miometrio. Desde afuera el útero se ve negro e infiltrado con sangre: "Útero de Couvelaire" (el útero de Couvelaire también puede presentarse en el DPPNI).
Percreta	Las vellosidades coriales traspasan la pared miometrial e invaden tejidos vecinos, habitualmente vejiga y/o recto.

E: Expansión de volumen.

Se requiere de la corrección enérgica de la hipovolemia. En el manejo de la paciente con hemorragia post parto, además del obstetra, juegan un rol muy importante la matrona y anestesiólogos, quienes habitualmente apoyan en el manejo de la reposición de volumen. Se requiere de dos vías venosas de gran calibre (teflón 14 o 16). La reposición se inicia con cristaloides o coloides (tibios).

En general se recomienda administrar el triple de volumen que la pérdida estimada. Rápidamente se iniciará la reposición de hemoderivados: glóbulos rojos, plaquetas y plasma fresco congelado. La evidencia actual muestra el beneficio de una relación 1:1:1 para glóbulos rojos, plaquetas y plasma fresco congelado. Hoy en día, se ha propuesto al Índice de Choque como el método más sencillo para determinar qué paciente requerirá terapia transfusional en el contexto del manejo de la hemorragia post parto.

El Índice de Choque es una razón matemática entre 2 datos clínicos (Frecuencia Cardiaca/Presión Arterial Sistólica, (valores normales de 0.5-0.7) y aporta información respecto de hipoxia tisular y función del ventrículo izquierdo y consecuentemente, como pronóstico del desarrollo de complicaciones e incluso muerte. Aquellas pacientes que durante la emergencia obstétrica, presenten un índice de choque mayor a 1.1 deberán recibir aporte de hemoderivados a la brevedad posible.⁵⁰

D: Drogas y Tratamiento Específico.

El tratamiento debe ser específico a la causa del sangrado. Si al momento del diagnóstico de la hemorragia post parto, el útero se encuentra bien retraído, debe efectuarse un examen de la paciente en pabellón para evaluar otras posibles causas del sangrado. Si se piensa en una inercia uterina, pero el sangrado no mejora luego

del masaje uterino y el uso de retractores, también debe efectuarse el examen en pabellón para descartar otras causas del sangrado.

Lesiones del Canal: Aunque al momento de atender el parto siempre se revisa cuidadosamente el cuello uterino y el canal vaginal, la revisión cuidadosa debe repetirse en casos de hemorragia post parto, buscando lesiones que no hayan sido detectadas.

Si se identifican lesiones cervicales o vaginales, estas deben ser suturadas, habitualmente con catgut crómico #0 o vicryl #1. En los casos en que el sangrado es en napa y difuso en la mucosa vaginal, se puede utilizar un taponamiento vaginal con compresas, las que se retiran al cabo de 4-6 horas.

Rotura uterina: Para descartar una rotura uterina, se hará un examen manual de la cavidad uterina, palpando especialmente la zona de la cicatriz de la cesárea. Si existe una dehiscencia de la cicatriz de la cesárea, el tratamiento consiste en una laparotomía y sutura de la lesión.

Restos Placentarios: Una vez descartada la rotura uterina, se efectúa una revisión instrumental (raspado) de la cavidad uterina, para extraer todos los restos placentarios que hayan quedado.

Manejo de la Inercia Uterina: En caso de una metrorragia post parto ocasionada por inercia uterina, se procede a un manejo activo y con aplicación progresiva de medidas que se indican:

1. Masaje uterino:

El útero puede masajearse de modo enérgico a través del abdomen materno (o directamente si se detecta durante la cesárea) con la mano derecha del médico. El masaje uterino logra controlar el sangrado mientras se implementan las otras medidas.

2. Retractores Uterinos:

El manejo farmacológico de la inercia uterina se efectúa con uso progresivo de las siguientes drogas.

- ❖ Oxitocina: Es la droga de primera línea (pese a la administración rutinaria de oxitocina post parto). Se administran 5–80 UI iv directo.

Dosis altas pueden generar hipotensión, lo que en realidad no es un inconveniente en el contexto, pues puede manejarse farmacológicamente.

- ❖ Metilergonovina: De persistir el sangrando se administra Metilergonovina (Methergyn®) vía intramuscular (ampolla de 1 ml = 0.2 mg); no se usa iv porque puede producir crisis hipertensiva, isquemia cerebral o miocárdica (por vasoconstricción). No usar en pacientes hipertensas o con uso de antivirales como los inhibidores de proteasa (terapia anti-VIH).
- ❖ Prostaglandinas (misoprostol): Se administra vía rectal en dosis de 800 µg (4 comprimidos de 200 µg).

I: Intraoperatorio.

La mayoría de las pacientes con inercia uterina responden a retractoros uterinos; sin embargo, existen pacientes que requieren tratamiento quirúrgico. El manejo quirúrgico de la inercia uterina, se efectúa de forma escalonada, con progresión de las medidas quirúrgicas como se indica.⁵⁰

No siempre es posible ni razonable pasar cada una de las etapas, y muchas veces procedemos directamente a la histerectomía, sin pasar por las suturas compresivas o ligaduras vasculares.

- ❖ Taponamiento.
- ❖ Suturas compresivas.
- ❖ Ligaduras Arteriales.
- ❖ Histerectomía.

Taponamiento.

Corresponde a una maniobra transitoria de compresión del útero/endometrio para lograr cohibir el sangrado. Es posible hacerlo de modo manual, con un paquete de compresas o con un balón inflable especialmente diseñado.⁵¹

- ❖ Manual: Masaje bimanual introduciendo la mano izquierda en la vagina y comprimiendo el útero entre ambas manos.
- ❖ Compresas: Se introduce un paquete de compresas a presión en la cavidad uterina, las compresas se, introduce una tras una, en capas.
- ❖ Balón inflable (balón de Bakri): El balón se inserta en la cavidad uterina, por vía vaginal, y se inflan logrando compresión del lecho placentario.

Suturas compresivas.

Se efectúa una laparotomía y se insertan en el útero suturas de material reabsorbible, que mantienen comprimido el útero.

Existen varias técnicas descritas respecto a cómo poner los puntos, pero la técnica más utilizada es la técnica de “B-Lynch”. La reabsorción posterior del material de sutura permite que el útero vuelva a su estado normal, de modo que la paciente preserve su fertilidad.⁵¹

Ligaduras Arteriales.

- ❖ Ligadura de arterias uterinas: Se efectúa una laparotomía y se ligan las arterias uterinas (a nivel del istmo uterino). El 80% de las inercias uterinas (que llegan a esta etapa) pueden resolverse mediante este procedimiento, evitando la histerectomía.
- ❖ Ligadura de arterias hipogástricas: El resultado de esta ligadura es el mismo que el de la ligadura de las arterias uterinas; sin embargo, la ligadura de las hipogástricas es más difícil, aumentando la morbilidad asociada al procedimiento.

Histerectomía.

- ❖ Histerectomía obstétrica total o subtotal. Se recomienda la histerectomía subtotal (conserva el cuello uterino), pues reduce el tiempo operatorio y reduce las complicaciones (lesiones vesicales) comparado con la histerectomía total.⁵¹

N: No Obstétricos.

El manejo de la hemorragia post parto requiere un equipo interdisciplinario de manejo, en que está incluido el obstetra, el anestesiólogo, matronas y auxiliares de la maternidad, pero que muchas veces requiere el apoyo de servicios no obstétricos para la aplicación de medidas de soporte o para la implementación de tratamientos alternativos.⁵¹

- ❖ Banco de Sangre.
- ❖ Laboratorio.

Unidad de Cuidado Intensivo.

- ❖ Radiología intervencionista: cuando quirúrgicamente no es posible cohibir el sangrado en la pelvis, la cateterización de vasos femorales y arterias hipogástricas, permite embolizar selectivamente los vasos sangrantes.

En casos seleccionados (alta sospecha de acretismo placentario) hemos usado la radiología intervencionista de modo “preventivo”, instalando el catéter en las arterias hipogástricas antes de la cesárea, para ocluir temporalmente las arterias hipogástricas (luego de la salida del bebé), y facilitar la histerectomía.

G: Complicaciones Generales.

Una vez solucionada la emergencia, la batalla no ha sido ganada por completo. Debe mantenerse el cuidado de la paciente, con un apoyo interdisciplinario de especialistas, que permita complicaciones o tratarlas prontamente.⁵¹

Hemorragia tardía del puerperio.

Es aquella que se presenta después de las primeras 24 horas post parto. Habitualmente ocurre posterior al alta y dentro de las primeras dos semanas post-parto.

Causas más frecuentes.

- ❖ Restos ovulares.
- ❖ Endometritis.

Si el cuadro clínico no es compatible con los diagnósticos más frecuentes, debe solicitarse una curva de subunidad β -HCG cuantitativa, para descartar enfermedad trofoblástica gestacional. Hasta un 25% de las neoplasias trofoblásticas gestacionales ocurren luego de embarazos normales (la mayoría ocurren post aborto) y se manifiesta por metrorragia tardía del puerperio, debido a la persistencia de tejido trofoblástico en la cavidad uterina.

Tratamiento de la metrorragia tardía del puerperio.

Habitualmente requiere tratamiento médico, no quirúrgico, salvo excepciones. Se recomienda evitar el legrado uterino por el riesgo de sinequias.⁵¹

El tratamiento se hace mediante

- ❖ Retractores uterinos (Metilergonovina 0.2 mg i.m.)
- ❖ Antibióticos
- ❖ Parenteral: Clindamicina + Gentamicina.
- ❖ Oral: Amoxicilina + Ácido Clavulánico.

2.4.13 Atención del puerperio. NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.

En todo establecimiento para la médica en el que se proporcione atención obstétrica, el personal de salud aplicará los procedimientos para la vigilancia del puerperio inmediato, que deben incluir: En caso de haberse realizado episiotomía, revisar la episiorrafia ante la posibilidad de hemorragia o hematoma, dentro de la primera hora posparto.⁵²

En la primera hora del puerperio, revisar a la paciente cada 15 minutos, vigilando el comportamiento de la frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión arterial, temperatura, llenado capilar, hemorragia trasvaginal, el tono y altura del útero y el reinicio de la micción espontánea.

Posteriormente, se revisará cada 30 minutos hasta completar las 2 primeras horas del puerperio y luego entre 4 y 8 horas de acuerdo a su evolución hasta su egreso.

Inicio de la lactancia materna exclusiva a libre demanda dentro de los primeros 30 minutos de vida de la persona recién nacida, en mujeres y recién nacidas/os cuyas condiciones de salud lo permitan. En las primeras ocho horas, favorecer la deambulaci3n, alimentaci3n normal e hidrataci3n; Informar a la paciente y a su pareja, para que identifiquen oportunamente signos y sntomas de alarma, incluidos aquellos que afecten la salud mental.

El egreso de la paciente podr3 efectuarse hasta que hayan transcurrido las 24 horas del posparto en caso de no existir complicaciones. A las madres Rho (D) negativas, con persona recién nacida Rho positivo y con prueba de Coombs indirecta negativa, se les aplicarn 300 µg de globulina inmune anti Rho, dentro de las primeras 72 horas posparto o cuando se realice otro evento obstétrico o procedimiento invasivo capaz de ocasionar hemorragia feto-materna y que pueda condicionar en la madre inmunizaci3n al antígeno “D”. La atenci3n preferentemente debe ser realizada por personal calificado. Se debe promover desde la atenci3n prenatal hasta el puerperio inmediato, que la vigilancia del puerperio fisiol3gico sea llevada a cabo con un m3nimo de 2 controles m3dicos.

Durante el internamiento y antes del alta m3dica, orientar a la madre y a su pareja o familiar, sobre los cuidados de la persona recién nacida, sobre la t3cnica de la lactancia materna exclusiva, signos y sntomas de alarma de la persona recién nacida (succi3n e ingesta adecuada, micci3n y evacuaci3n presente, estado de alerta, fiebre, ictericia, apnea, cianosis, dificultad respiratoria, llanto inconsolable, crisis convulsivas, v3mito, distensi3n abdominal e hipotermia) o de la madre (fiebre, hemorragia, cefalea persistente), que ameritan atenci3n m3dica urgente.⁵²

Para la atención del puerperio mediato y tardío, el personal de salud debe:

- ❖ Proporcionar 2 consultas, la inicial dentro de los primeros 15 días y la segunda al final del puerperio.
- ❖ Vigilar la involución uterina, los loquios, la presión arterial, frecuencia cardiaca y la temperatura tan frecuente como sea necesario para prevenir y detectar complicaciones.
- ❖ Proporcionar información completa a la madre y a su pareja, sobre los cuidados de la persona recién nacida, cuadro de inmunizaciones, lactancia materna exclusiva, nutrición de la madre y los cambios emocionales que ocurren durante este periodo.⁵²

2.4.14 Marco institucional

El Hospital General “Dr. JORGE SOBERÓN ACEVEDO”, fue abierto al público el 19 de abril de 1993 como una unidad hospitalaria de Segundo Nivel de Atención, con una capacidad instalada de 60 camas censables y 23 no censables, para una población abierta de 284,734 habitantes de los municipios de: Iguala de la Independencia. Se ubica en la Avenida del estudiante # 4 colonia: Centro, Iguala de La Independencia Guerrero, C.P. 40000.

Actualmente se encuentra totalmente integrado a la red de hospitales de población abierta de la Secretaria de Salud del Estado de Guerrero, ubicado dentro de la Jurisdicción Sanitaria Región Norte, compartiendo su arco de responsabilidad con los Hospitales Generales de Huitzucó, Taxco y el Hospital básico comunitario de Xalitla de 12 camas. Sirviendo como centro de referencia y contra referencia de las unidades de Salud del Primer Nivel de Atención, y entre las mismas unidades

hospitalarias y en algunas ocasiones con las unidades hospitalarias de medicina preventiva.

Las funciones realizadas por el personal dentro del hospital general son variadas, las cuales son asistenciales, al proporcionar cuidados a los enfermos que están a cargo del área médica, realizando técnicas fundadas en conocimientos científicos y teóricos.

También son administrativas las cuales son realizadas principalmente por la jefatura de enfermería, con el apoyo de las enfermeras supervisoras de turno, que a su vez se auxilian de las enfermeras jefe de servicio que hay en cada área, las cuales realizan la distribución del personal. Se realizan actividades de docencia las cuales son llevadas a cabo principalmente por la jefatura de enseñanza, que a su vez brinda apoyo para el área de enfermería.

Las actividades de investigación se realizan por medio de la gestora de calidad en enfermería, que son apoyadas por las supervisoras de turno. Realizan constantes reportes sobre los indicadores de calidad en enfermería, las cuales son presentados cada trimestre. Así se da una amplia imagen del servicio prestado por el personal de enfermería.

El Hospital General “Dr. Jorge Soberón Acevedo” es una institución de salud que brinda servicios médicos a la población en general, este mismo se compone de diversas áreas entre las cuales están; urgencias: esta área está encargada de las situaciones de emergencia, ya que cuenta con un personal eficaz y eficiente para atender toda clase de situaciones que requieran atención inmediata; quirófano: es el lugar donde son atendidos los pacientes que requieren atención quirúrgica; hospitalización: servicio donde se hospitalizan todo tipo de personas según su diagnóstico, cuenta con enfermeras especialistas para otorgar cuidados asistenciales de mejor calidad; modulo mater: es una área donde se atiende toda urgencia obstétrica, tomando una decisión oportuna y eficiente para la embarazada en cuanto a su diagnóstico y tratamiento.

Así también cuenta con el área de lactancia materna y el programa de Mamá Canguro, donde se realizan actividades como: fomentar pláticas a la madre, enseñarle acerca de la extracción manual de la leche y los beneficios para él bebe; otra de las áreas con las que cuenta el hospital son las terapias tanto para adultos (UCIA) como para neonatos (UCIN) que requieran atención inmediata a su padecimiento. Además cuenta con el área de consulta externa, lugar donde se da seguimiento al diagnóstico del usuario. Por otra parte cuenta con el programa de Servicio de Atención Integrada (SAI), Modulo del adolescente y Planificación Familiar.

El Hospital General brinda asistencia de segundo nivel a todos los usuarios más vulnerables del Estado de Guerrero, cuenta con servicios de UDATHOS (Rehidratación IRAS/EDAS), teco cirugía, SUBCEYE, CEYE, hospitalización, rayos X, ultrasonido, farmacia, laboratorio clínico, banco de sangre, salud mental, consulta externa, medicina preventiva, clínica de displasia, rehabilitación, toma de tamiz auditivo y metabólico.

También cuentan con varias especialidades como, otorrinolaringología, urología, psiquiatría, médico internista, pediatría, ginecología, medicina general, odontología, cx pediátrica, cardiología, neumología, psicología, oftalmología, traumatología, epidemiología, anestesiología, cirugía general, neurología y oncología.

El Hospital General cuenta con PROGRAMAS que son: Planificación familiar, Vacunas, Clínica de Displasias, SAI -VIH (Servicio de Atención Integral), Modulo del adolescente, Urgencias Obstétricas (NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida), Lactancia Materna (Mamá Canguro), Psicología, Prevención de Violencia, Psiquiatría, RPBI y Deshidratación.

III. DISEÑO METODOLÓGICO

Diseño Metodológico.

El presente estudio se llevó a cabo mediante un diseño de estudio cualicuantitativo observacional descriptivo y prospectivo.

Ubicación.

El siguiente estudio se realiza en el Hospital General “Dr. Jorge Soberón Acevedo”, que se encuentra localizado en la ciudad de Iguala, Guerrero. Domicilio: Avenida del Estudiante # 4. Colonia: Centro, Iguala De La Independencia Guerrero Código postal: 40000. Localización: Latitud, 17.581N, Longitud, 99.881W.

Universo y Muestra

La población a estudiar estuvo conformada por 20 trabajadores, entre hombres y mujeres que laboran actualmente en el Hospital General “Dr. Jorge Soberón Acevedo” de Iguala De la Independencia, Gro. La muestra fue de tipo no probabilístico por conveniencia por el veinte por ciento de los participantes que fue el personal de enfermería que labora en el Hospital General “Dr. Jorge Soberón Acevedo” en los diferentes turnos Matutino, Vespertino, Nocturno “A”, Nocturno “B” y Jornada acumulada del servicio de Toco cirugía . El tiempo para la recolección de datos fue del mes de Noviembre del 2019.

Criterios de selección:

Criterios de inclusión. Todo el personal de enfermería en los diferentes turnos Matutino, Vespertino, Nocturno “A”, Nocturno “B” y Jornada acumulada que tengan contacto directo con los pacientes que se encuentran en el servicio de Toco cirugía.

Criterios de exclusión. Todo el personal que decida no participar en el estudio.

Criterios de eliminación. Todo personal que no conteste la encuesta.

Variables.

Operacionalización de variables:

Variable	Tipo de variable	Clasificación	Definición conceptual	Alcance operacional	Indicador	Escala	Ítem
Edad.	Variable independiente.	Cuantitativa discreta.	Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales.	El número de años cumplidos.	Expresada en número de años.	>30 años <30 años.	1
Sexo.	Variable independiente.	Cualitativa dicotómica.	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas.	Género.	Número de hombres encuestados. Número de mujeres encuestadas.	Femenino o Masculino.	2

Nivel educacional.	Variable independiente.	Cualitativa nominal.	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	Actividad realizada en determinado lugar.	Número de personas encuestadas.	Técnico en enfermería. Licenciatura. Enfermera especialista.	3
Cargo.	Variable independiente.	Cualitativa Nominal.	Posición que ocupa el personal dentro de la institución.	Cargo que posee dentro de la institución.	Número de personal encuestado.	Lic. En enfermería. Técnico en enfermería. EPSS Enfría.	3
Nivel de conocimientos en intervenciones de enfermería en el puerperio o inmediato en el área de Toco cirugía.	Variable dependiente.	Cualitativa discreta.	Cantidad de conocimientos que el encuestado posee sobre el nivel de conocimientos en intervenciones de enfermería en el puerperio inmediato en el área de Toco Cirugía.	Conocimientos obtenidos por parte del personal anteriormente en capacitaciones.	Número de respuestas acertadas entre el número total de ítems.	Nivel de conocimiento Óptimo. Nivel de conocimiento Suficiente. Nivel de conocimiento Deficiente.	7,8 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 22
Medidas de higiene. Cumplimiento de	Variable independiente.	Cualitativa discreta.	Medidas que se siguen para mantener en óptimas	Medidas de higiene que utiliza el personal	Número de personal encuestado.	Nivel de conocimiento suficiente	3,4 ,5, 7

normatividad del lavado de manos.			condiciones de higiene al paciente.	dentro del área de Toco cirugía.		Nivel de conocimiento deficiente.	
Funciones establecidas en el servicio de Toco cirugía.	Variable independiente.	Cualitativo Discreta.	Todas aquellas acciones que se llevan a cabo dentro del servicio de Toco cirugía.	Funciones establecidas mediante un lineamiento dentro del servicio de Toco cirugía.	Número de personal encuestado.	Nivel de conocimiento óptimo. Nivel de conocimiento suficiente. Nivel de conocimiento deficiente.	4,
Nivel de conocimientos en guías de práctica clínica. Nivel de conocimientos en normatividad del servicio de Toco cirugía.	Variable independiente.	Cualitativo Discreto.	Puntos a seguir para llevar a cabo el masaje uterino.	De acuerdo con protocolos o lineamientos dentro de la unidad de servicio de Toco cirugía.	Número de personal encuestado.	Nivel de conocimiento óptimo. Nivel de conocimiento suficiente. Nivel de conocimiento deficiente.	8,9

Material y Método.

Se utilizó un instrumento de tipo transversal con el instrumento de medición, el cual cuenta con un consentimiento informado, datos de la persona encuestada con 22 ITEMS de las cuales 5 pertenecen a preguntas abiertas y 17 a opción múltiple.

Plan de análisis estadísticos.

En esta investigación se presentan las variables mediante un programa de SPSS versión 22. A fin de dar respuesta a los resultados y objetivos planteados. Se tomarán medidas descriptivas, frecuencias absolutas y frecuencias relativas para dar respuesta a los objetivos del estudio.

Por este medio se calcularon las medidas estadísticas, mediante estadísticos descriptivos y tablas de contingencia, para determinar el nivel de conocimiento en intervenciones de enfermería en el puerperio inmediato en el área de Toco cirugía del Hospital General Dr. Jorge Soberón Acevedo en Noviembre 2019. Se comprobó mediante los genogramas, si existía un nivel básico de conocimientos sobre intervenciones de enfermería en el puerperio inmediato en el área de Toco cirugía del Hospital General Dr. Jorge Soberón Acevedo en Noviembre 2019.

Ética del estudio.

Para este trabajo se consideraron los aspectos éticos del Reglamento de la Ley General de salud en Materia de Investigación (1987), de acuerdo al Título Segundo, Capítulo 1, Artículo 3, en el que se establece que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio deberá de prevalecer el criterio de respeto a su dignidad, la protección a sus derechos y bienestar. De acuerdo con la fracción V, se tiene el consentimiento informado por escrito del director de la institución y de las y los enfermeros de dicha institución que participan en esta investigación.

Principios éticos para las investigaciones de salud en seres humanos.

Toda investigación en seres humanos deberá realizarse de acuerdo con tres principios éticos básicos: respeto por la persona, beneficencia y justicia.

En forma general, se concuerda que estos principios – que en teoría tienen igual fuerza moral - guían la preparación responsable de protocolos de investigación. Según las constancias, los principios pueden expresarse de manera diferente, adjudicarse de manera diferente peso moral y su aplicación puede conducir a distintas decisiones o cursos de acción. Las presentes pautas están dirigidas a la aplicación de estos principios en la investigación en seres humanos.

El respeto por las personas incluye, por lo menos, dos consideraciones éticas fundamentales.

- ❖ Respeto por la autonomía: Que implica que las personas capaces de deliberar sobre sus decisiones sean tratadas con respeto por su capacidad de autodeterminación.
- ❖ Protección de las personas con autonomía disminuida o deteriorada: Que implica que se debe proporcionar seguridad contra daño o abuso a todas las personas dependientes o vulnerables.

La beneficencia se refiere a la obligación ética de maximizar el beneficio y minimizar el daño. Este principio da lugar a pautas que establecen que los riesgos de la investigación sean razonables a la luz de los beneficios esperados, que el diseño de la investigación sea válido y que los investigadores sean competentes para conducir la investigación y para proteger el bienestar de los sujetos de investigación. Además la beneficencia prohíbe causar daño deliberado a las personas; este aspecto de la beneficencia a veces se expresa como un principio separado, no maleficencia (no causar daño).

La justicia se refiere a la obligación ética de tratar a cada persona de acuerdo con lo que se considera moralmente correcto y apropiado, dar a cada uno lo debido, especialmente, a la justicia distributiva, que establece la distribución equitativa de cargas y beneficios al participar en la investigación.

Diferencias en la distribución de cargas y beneficios que se justifican solo si se basan en distinciones moralmente relevantes entre las personas; una de estas distinciones es la vulnerabilidad.

El término “vulnerabilidad” alude a una incapacidad sustancial para proteger intereses propios, debido a impedimentos como falta de capacidad para dar consentimiento informado, falta de medios alternativos para conseguir atención médica u otras necesidades de alto costo, o ser un miembro subordinado de un grupo jerárquico. Por tanto, se debe hacer especial referencia a la protección de los derechos y bienestar de las personas vulnerables.

La justicia requiere también que la investigación responda a las condiciones de salud o a las necesidades de las personas vulnerables. Las personas seleccionadas deberán ser lo menos vulnerables, para cumplir con los propósitos de la investigación.

El riesgo para los sujetos vulnerables está más justificado cuando surge de intervenciones o procedimientos que les ofrece una esperanza de un beneficio directamente relacionado con su salud. Cuando no se cuenta con dicha esperanza, el riesgo debe justificarse por el beneficio anticipado para la población de la cual el sujeto específico de la investigación es representativo.

IV. RESULTADOS

A continuación se muestran los resultados obtenidos de las encuestas aplicadas al personal de enfermería en estudio para determinar el Nivel de Conocimientos en Intervenciones de Enfermería en el Puerperio Inmediato en el área de Toco cirugía del Hospital General “Dr. Jorge Soberón Acevedo” En Noviembre Del 2019.

Cuadro No. 4.1. Cargo de Enfermería.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Lic. Enfermería	15	75.0	75.0	75.0
	Técnica En Enfermería	2	10.0	10.0	85.0
	E.E.P	3	15.0	15.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta para identificar el nivel de conocimientos en intervenciones de enfermería en el puerperio inmediato en el área de Toco cirugía del Hospital General Dr. Jorge Soberón Acevedo en Noviembre de 2019.

De los resultados obtenidos se encontró que el 75% del personal de enfermería tiene un cargo de licenciada; el 15% son enfermeras especialistas Perinatólogas; el 10% son técnicas en enfermería. Lo cual indica que el personal de enfermería puede tener los conocimientos óptimos para este trabajo de investigación.

Cuadro No. 4. 2. Género.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Femenino	19	95.0	95.0	95.0
Válido	Masculino	1	5.0	5.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta para identificar el nivel de conocimientos en intervenciones de enfermería en el puerperio inmediato en el área de Toco cirugía del Hospital General Dr. Jorge Soberón Acevedo en Noviembre de 2019.

De los resultados obtenidos, el 95% es femenino y el 5% masculino, con lo cual la mayoría en esta encuesta resulta ser del sexo femenino. Lo que indica que cabe la posibilidad de que al ser más alto el porcentaje en el género femenino se tenga más conocimiento ya que es el personal que más rota por esta área.

Cuadro No. 4.3. Edad.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	20	1	5.0	5.0	5.0
	23	1	5.0	5.0	10.0
	25	1	5.0	5.0	15.0
	26	2	10.0	10.0	25.0
	30	3	15.0	15.0	40.0
	31	1	5.0	5.0	45.0
	32	1	5.0	5.0	50.0
	34	3	15.0	15.0	65.0
Válido	38	1	5.0	5.0	70.0
	40	1	5.0	5.0	75.0
	43	1	5.0	5.0	80.0
	49	1	5.0	5.0	85.0
	52	1	5.0	5.0	90.0
	No contesto	2	10.0	10.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta para identificar el nivel de conocimientos en intervenciones de enfermería en el puerperio inmediato en el área de Toco cirugía del Hospital General Dr. Jorge Soberón Acevedo en Noviembre de 2019.

En los rangos de edad obtenidos en este estudio se encontró que la mayoría de estos está dentro del rango de edad de 30-34 años con un 15%, mientras que en los rangos de edades de entre 26 años con un 10% y de 20-52 años se encuentran en un 5%. Lo que indica que por tener este rango de edad mayoritario, el personal podría dar respuestas favorables por las experiencias adquiridas dentro de la unidad.

Cuadro No. 4.4. Nivel de Estudios.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Licenciatura en Enfermería	14	70.0	70.0	70.0
Válido	Enfermera/o Especialista	3	15.0	15.0	85.0
	Técnica/o en Enfermería	1	5.0	5.0	90.0
	EPSS	2	10.0	10.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta para identificar el nivel de conocimientos en intervenciones de enfermería en el puerperio inmediato en el área de Toco cirugía del Hospital General Dr. Jorge Soberón Acevedo en Noviembre de 2019.

Dentro de la gráfica del nivel de estudios se encontró que la licenciatura en enfermería predomina con un 70%, mientras que en enfermera/o especialista se encuentra en un 15%, los EPSS enfermeros pasantes de servicio social se encuentra en un 10% y en técnicos en enfermería se encuentra un 5%. Al ser la mayoría de licenciatura nos indica que los conocimientos obtenidos podrían ser óptimos.

Cuadro No. 4.5. Años de servicio.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	1-3 años	5	25.00	25.0	25.0
Válido	4-10 años	10	50.0	50.0	75.0
	10 en adelante	5	25.00	25.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta para identificar el nivel de conocimientos en intervenciones de enfermería en el puerperio inmediato en el área de Toco cirugía del Hospital General Dr. Jorge Soberón Acevedo en Noviembre de 2019.

De los resultados obtenidos el 50% del personal de enfermería tiene de 4-10 años de servicio trabajando en la institución, mientras que un 25% lleva de 1-3 años de servicio, puesto que el otro 25% tiene de 10 en adelante años de servicio lo cual indica que en dicha investigación obtuvimos resultados óptimo-favorables.

Cuadro No. 4.6. Se reciben capacitaciones de la emergencia obstétrica por parte de la institución.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	17	85.0	85.0	85.0
	No	3	15.0	15.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta para identificar el nivel de conocimientos en intervenciones de enfermería en el puerperio inmediato en el área de Toco cirugía del Hospital General Dr. Jorge Soberón Acevedo en Noviembre de 2019.

De los resultados obtenidos se encontró que el 85% del personal de enfermería recibe capacitaciones respecto a la emergencia obstétrica, mientras que un 15% no las reciben, lo que lleva a suponer que existe personal que no se le da el tiempo, para acudir a las capacitaciones.

Cuadro No. 4.7. Tiempo transcurrido entre capacitaciones.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	No contesto	10	50.0	50.0	50.0
	1 a 6 meses	7	35.0	35.0	85.0
Válido	6 meses a 12 meses	1	5.0	5.0	90.0
	Más de un año	2	10.0	10.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta para identificar el nivel de conocimientos en intervenciones de enfermería en el puerperio inmediato en el área de Toco cirugía del Hospital General Dr. Jorge Soberón Acevedo en Noviembre de 2019.

En la presente gráfica se puede notar que existe una gran controversia entre el tiempo que se realizan las capacitaciones acerca de la emergencia obstétrica ya que un 50% no contesto a la pregunta, un 35% dice que es de 1-6 meses, un 10 % dice que es de más de un año y 5% dice que es un tiempo de 6 meses a 12 meses, lo que indica que no se tiene un conocimiento exacto sobre el lapso de tiempo que pasa entre capacitaciones o cursos, y que no todos acuden a todas las sesiones impartidas del tema.

Cuadro No. 4.8. Cumplimiento de normatividad de lavado de manos NOM-045-SSA2-2015.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Si	16	80.00	80.0	80.0
Válido	No	4	20.0	20.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta para identificar el nivel de conocimientos en intervenciones de enfermería en el puerperio inmediato en el área de Toco cirugía del Hospital General Dr. Jorge Soberón Acevedo en Noviembre de 2019.

En este recuadro se observa que en cuanto al cumplimiento de normatividad de lavado de manos por parte del personal de enfermería en el área de Toco cirugía, el 80% dice que si se cumple dicha normatividad, lo que indica que se cumple con la norma NOM-045-SSA2-2015 para la vigilancia, prevención y control de las

infecciones asociadas a la atención de la salud y así cumplen con una de las 8 acciones esenciales de seguridad del paciente, que son las infecciones asociadas a la atención sanitaria.

Cuadro No. 4.9. Cumplimiento de normatividad “se usa el uniforme completo NOM-019-SSA3-2012.”

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Si	19	95.0	95.0	95.0
Válido	No	1	5.0	5.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta para identificar el nivel de conocimientos en intervenciones de enfermería en el puerperio inmediato en el área de Toco cirugía del Hospital General Dr. Jorge Soberón Acevedo en Noviembre de 2019.

De los resultados obtenidos se encontró que el 95%, usa el uniforme correcto, y el 5% no lo usa como se establece en el acuerdo NOM-019-SSA3-2012, para la práctica de enfermería en el sistema nacional de salud.

Cuadro No. 4.10. Cumplimiento de la normatividad dentro del área de Toco cirugía (“usar joyería”).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Si	17	85.0	85.0	85.0
Válido	No	3	15.0	15.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta para identificar el nivel de conocimientos en intervenciones de enfermería en el puerperio inmediato en el área de Toco cirugía del Hospital General Dr. Jorge Soberón Acevedo en Noviembre de 2019.

De los resultados obtenidos se encontró que el 85%, usa joyería y el 15% no lo usa, lo cual indica que no cumplen con la normatividad NOM-045-SSA2-2105, para la vigilancia, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de la salud, dentro del área de Toco cirugía.

Cuadro No. 4.11. Cumplimiento de los Indicadores de Enfermería por parte del Personal de Enfermería.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Si	17	85.0	85.0	85.0
Válido	No	3	15.0	15.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta para identificar el nivel de conocimientos en intervenciones de enfermería en el puerperio inmediato en el área de Toco cirugía del Hospital General Dr. Jorge Soberón Acevedo en Noviembre de 2019.

De los resultados obtenidos se encontró que el 85%, el personal de enfermería cumple con los indicadores de enfermería. Lo cual indica que se ponen en práctica en el servicio de Toco cirugía los indicadores de enfermería.

Cuadro No. 4.12. Conocimiento sobre las 8 Acciones Esenciales de Seguridad del Paciente.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	No contesto	8	40.0	40.0	40.0
	Conocimiento óptimo	10	50.0	50.0	90.0
Válido	Conocimiento suficiente	2	10	10.0	100.0
	Conocimiento deficiente	0	0	0	0
	Total	20	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta para identificar el nivel de conocimientos en intervenciones de enfermería en el puerperio inmediato en el área de Toco cirugía del Hospital General Dr. Jorge Soberón Acevedo en Noviembre de 2019.

El 50% del personal de enfermería encuestado sabe cuál es el conocimiento sobre las 8 acciones esenciales de seguridad del paciente, por lo que se posee un conocimiento óptimo, mientras que un 40% no contestó y un 10% del personal posee un conocimiento deficiente. Lo que indica que a pesar de alcanzar el 50% de nivel óptimo, hace falta reforzar los conocimientos acerca de las 8 acciones esenciales de seguridad del paciente.

Cuadro No. 4.13. Conocimiento de Guías de Práctica Clínica se manejan en el área de Toco cirugía.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	No contesto	7	35.0	35.0	35.0
	Conocimiento óptimo	9	45.0	45.0	80.0
Válido	Conocimiento suficiente	3	15.0	15.0	95.0
	Conocimiento deficiente	1	5	5.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta para identificar el nivel de conocimientos en intervenciones de enfermería en el puerperio inmediato en el área de Toco cirugía del Hospital General Dr. Jorge Soberón Acevedo en Noviembre de 2019.

El 45% del personal de enfermería tiene un conocimiento óptimo de guías de práctica clínica, mientras que un 35% no contestó, por otro lado el 15% tiene un conocimiento suficiente y un 5% posee un conocimiento deficiente. Lo cual indica que hace falta leer y reforzar los conocimientos acerca de las guías de práctica clínica que se manejan en el área de Toco cirugía.

Cuadro No. 4.14. Conocimiento de la NOM-SSA2-2016, Atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	No contesto	2	10.0	10.0	10.0
	Conocimiento óptimo	16	80.0	80.0	90.0
Válido	Conocimiento suficiente	1	5.0	5.0	95.0
	Conocimiento deficiente	1	5.0	5.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta para identificar el nivel de conocimientos en intervenciones de enfermería en el puerperio inmediato en el área de Toco cirugía del Hospital General Dr. Jorge Soberón Acevedo en Noviembre de 2019.

El 80% del personal de enfermería encuestado tiene un conocimiento óptimo de la NOM-007-SSA2-2016, atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida, mientras que un 10% no contestó, y el 5% posee un conocimiento suficiente. Además, el 5% posee un conocimiento deficiente. Lo que indica que a pesar de alcanzar más del 70%, hace falta reforzar los conocimientos de la norma oficial mexicana y del área de Toco cirugía.

Cuadro No. 4.15. Significado de Parto.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	No contesto	1	5.0	5.0	5.0
	Conocimiento óptimo	12	60.0	60.0	65.0
Válido	Conocimiento suficiente	6	30.0	30.0	95.0
	Conocimiento deficiente	1	5.0	5.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta para identificar el nivel de conocimientos en intervenciones de enfermería en el puerperio inmediato en el área de Toco cirugía del Hospital General Dr. Jorge Soberón Acevedo en Noviembre de 2019.

El 60% del personal de enfermería encuestado sabe cuál es el significado de un parto mientras que un 30% tiene apenas una noción de lo que es y el 5% posee un conocimiento deficiente de este, por otro lado, el 5% no contestó. Lo cual indica que a pesar de alcanzar más del 50%, hace falta reforzar los conocimientos acerca de ésta área.

Cuadro No. 4.16. Conocimiento de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Trabajo de Parto.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	No contesto	1	5.0	5.0	5.0
	Conocimiento óptimo	16	80.0	80.0	85.0
Válido	Conocimiento suficiente	3	15.0	15.0	100.0
	Conocimiento deficiente	0	0	0	0
	Total	20	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta para identificar el nivel de conocimientos en intervenciones de enfermería en el puerperio inmediato en el área de Toco cirugía del Hospital General Dr. Jorge Soberón Acevedo en Noviembre de 2019.

De los resultados obtenidos, el 80% del personal de enfermería encuestado posee un conocimiento óptimo, mientras que el 15% posee un conocimiento suficiente y el 5% no contestó. Lo cual indica que hace leer y reforzar los conocimientos de la guía de práctica clínica en el manejo de trabajo de parto.

Cuadro No. 4.17. Conocimiento de Puerperio.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	No contesto	1	5.0	5.0	5.0
	Conocimiento óptimo	18	90.0	90.0	95.0
Válido	Conocimiento suficiente	1	5.0	5.0	100.0
	Conocimiento deficiente	0	0	0	0
	Total	20	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta para identificar el nivel de conocimientos en intervenciones de enfermería en el puerperio inmediato en el área de Toco cirugía del Hospital General Dr. Jorge Soberón Acevedo en Noviembre de 2019.

El 90% del personal del hospital Jorge Soberon Acevedo tiene un conocimiento óptimo del concepto de puerperio, lo que da una respuesta favorable, ya que son capaces de realizar las intervenciones de enfermería de este tema de investigación, por otro lado el 5% posee un conocimiento suficiente, y el 5% no contestó.

Cuadro No. 4.18. Conocimiento de los Estadios del Puerperio.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	No contesto	5	25.0	25.0	25.0
	Conocimiento óptimo	15	75.0	75.0	100.0
Válido	Conocimiento suficiente	0	0	0	0
	Conocimiento deficiente	0	0	0	0
	Total	20	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta para identificar el nivel de conocimientos en intervenciones de enfermería en el puerperio inmediato en el área de Toco cirugía del Hospital General Dr. Jorge Soberón Acevedo en Noviembre de 2019.

En este cuadro se observa que un 75% del personal, tiene conocimiento óptimo de los estadios del puerperio y hace falta más del 80% del personal para ser capacitado sobre el tiempo comprendido de cada estadio del puerperio, debido a las intervenciones de enfermería que se apliquen en cada tiempo transcurrido. Por otro lado el 25% no contestó. Lo cual indica que hace falta todavía reforzar esos conocimientos.

Cuadro No. 4.19. Conocimiento de la pérdida sanguínea después de un parto vaginal.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	No contesto	1	5.0	5.0	5.0
	Conocimiento óptimo	13	65.00	65.0	70.0
Válido	Conocimiento suficiente	5	25.0	25.0	95.0
	Conocimiento deficiente	1	5.0	5.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta para identificar el nivel de conocimientos en intervenciones de enfermería en el puerperio inmediato en el área de Toco cirugía del Hospital General Dr. Jorge Soberón Acevedo en Noviembre de 2019.

El 65% del personal encuestado posee un conocimiento óptimo, lo que indica que falta reforzar los conocimientos ya que es de suma importancia que éste dato

siempre lo tengan presente ante una emergencia obstétrica, el 25% posee un conocimiento suficiente, el 5% no contestó y el 5% tiene un conocimiento deficiente.

Cuadro No. 4. 20. Conocimiento de Intervenciones de Enfermería en el Puerperio Fisiológico Inmediato.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	No contesto	0	0	0	0
	Conocimiento óptimo	20	100.0	100.0	100.0
Válido	Conocimiento suficiente	0	0	0	100.0
	Conocimiento deficiente	0	0	0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta para identificar el nivel de conocimientos en intervenciones de enfermería en el puerperio inmediato en el área de Toco cirugía del Hospital General Dr. Jorge Soberón Acevedo en Noviembre de 2019.

El 100% del personal del Hospital Jorge Soberon Acevedo tiene un conocimiento óptimo en las intervenciones de enfermería en el puerperio fisiológico inmediato, lo que da una respuesta favorable, ya que esto establece que son capaces de saber actuar ante una hemorragia y/o emergencia obstétrica y evitar las muertes maternas.

Cuadro No. 4.21. Conocimiento de cuánto tiempo se debe valorar las constantes vitales de una puérpera en el Puerperio Inmediato.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	No contesto	2	10.0	10.0	10.0
	Conocimiento óptimo	6	30.0	30.0	40.0
Válido	Conocimiento suficiente	10	50.0	50.0	90.0
	Conocimiento deficiente	2	10.0	10.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta para identificar el nivel de conocimientos en intervenciones de enfermería en el puerperio inmediato en el área de Toco cirugía del Hospital General Dr. Jorge Soberón Acevedo en Noviembre de 2019.

El 50% del personal tiene un conocimiento suficiente, lo cual indica que tiene noción del tema, el 30% posee un conocimiento óptimo sobre el tiempo que se debe valorar las constantes vitales de una puérpera en el puerperio inmediato, el 10% no contestó y el 10% posee un conocimiento deficiente. Lo que indica que hace falta reforzar más los conocimientos o capacitaciones, ya que el puerperio inmediato debe realizarse las primeras 24 horas y realizar las intervenciones debidas como lo menciona la norma.

Cuadro No. 4.22. Conocimiento como valorar las Características del Sangrado Vaginal después del Parto.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	No contesto	5	25	25.0	25.0
	Conocimiento óptimo	15	75	75.0	100.0
Válido	Conocimiento suficiente	0	0.0	0.0	100.0
	Conocimiento deficiente	0	0.0	0.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta para identificar el nivel de conocimientos en intervenciones de enfermería en el puerperio inmediato en el área de Toco cirugía del Hospital General Dr. Jorge Soberón Acevedo en Noviembre de 2019.

De los resultados obtenidos el 75% del personal de enfermería encuestado posee un conocimiento óptimo, mientras que el 25% no contestó, lo cual indica que hace falta reforzar los conocimientos.

Cuadro No. 4.23. Conocimiento cuánto tiempo se debe monitorear el Sangrado Trasvaginal.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	No contesto	1	5.0	5.0	5.0
	Conocimiento óptimo	11	55.0	55.0	60.0
Válido	Conocimiento suficiente	7	35.0	35.0	95.0
	Conocimiento deficiente	1	5.0	5.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta para identificar el nivel de conocimientos en intervenciones de enfermería en el puerperio inmediato en el área de Toco cirugía del Hospital General Dr. Jorge Soberón Acevedo en Noviembre de 2019.

Dentro de los resultados obtenidos, el 55% del personal de enfermería posee un conocimiento óptimo, mientras que el 35% posee un conocimiento suficiente, lo que indica que se requiere reforzar los conocimientos, el 5% no contestó, y el otro 5% posee un conocimiento deficiente.

Cuadro. 4.24. Conocimiento porque es importante realizar el Masaje Uterino.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	No contesto	1	5.0	5.0	5.0
	Conocimiento óptimo	19	95.0	95.0	100.0
Válido	Conocimiento suficiente	0	0	0	100.0
	Conocimiento deficiente	0	0	0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta para identificar el nivel de conocimientos en intervenciones de enfermería en el puerperio inmediato en el área de Toco cirugía del Hospital General Dr. Jorge Soberón Acevedo en Noviembre de 2019.

De los resultados obtenidos, el 95% del personal de enfermería encuestado posee un conocimiento óptimo, lo que da un resultado favorable para este trabajo de investigación, el 5% no contestó.

Cuadro No. 4.25. Conocimiento del Personal de Enfermería como debe realizarse el Masaje Uterino.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	No contesto	2	10.0	10.0	10.0
	Conocimiento óptimo	18	90.0	90.0	100.0
Válido	Conocimiento suficiente	0	0	0	100.0
	Conocimiento deficiente	0	0	0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta para identificar el nivel de conocimientos en intervenciones de enfermería en el puerperio inmediato en el área de Toco cirugía del Hospital General Dr. Jorge Soberón Acevedo en Noviembre de 2019.

El 90% del personal encuestado posee un conocimiento óptimo, lo que indica que es un dato favorable a este trabajo de investigación en intervenciones de enfermería, el 10% no contestó.

Cuadro No. 4.26. Conocimiento de Intervenciones de Enfermería se realizan en respuesta a los signos y síntomas de alarma en el Puerperio Fisiológico.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	No contesto	6	30.0	30.0	30.0
	Conocimiento óptimo	14	70.0	70.0	100.0
Válido	Conocimiento suficiente	0	0	0	100.0
	Conocimiento deficiente	0	0	0	100.0
	Total	20	100.00	100.0	

Fuente: Encuesta para identificar el nivel de conocimientos en intervenciones de enfermería en el puerperio inmediato en el área de Toco cirugía del Hospital General Dr. Jorge Soberón Acevedo en Noviembre de 2019.

El 70% del personal cuenta con un conocimiento óptimo, lo que indica que se tiene conocimiento de los signos y síntomas de alarma de una puérpera y casi son los mismos de una paciente embarazada, el 30% no contestó la pregunta. Por lo que se requiere reforzar más los conocimientos.

Cuadro No. 4.27. Conocimiento de Intervenciones de Enfermería para prevenir complicaciones en el Puerperio Fisiológico.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	No contesto	5	25.0	25.0	25.0
	Conocimiento óptimo	15	75.0	75.0	100.0
Válido	Conocimiento suficiente	0	0	0	100.0
	Conocimiento deficiente	0	0	0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta para identificar el nivel de conocimientos en intervenciones de enfermería en el puerperio inmediato en el área de Toco cirugía del Hospital General Dr. Jorge Soberón Acevedo en Noviembre de 2019.

El 75% del personal cuenta con un conocimiento óptimo, lo que indica que a pesar de saber de las intervenciones de enfermería en cuanto a complicaciones del puerperio fisiológico aún les falta por mencionar otras complicaciones, el 25% no contestó. Lo que indica que hace falta reforzar más los conocimientos o capacitaciones.

V. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

De acuerdo a los resultados obtenidos conforme al instrumento empleado en el Hospital General Dr. Jorge Soberón Acevedo, nos arrojó que el 75% es representante del cargo de licenciada en enfermería, mientras que el número mayoritario en cuanto al género es del sexo femenino con un 95%. Dentro de los rangos de edades los que tuvieron un mayor porcentaje son de las edades 30-34 años con un 15%.

Dentro de las respuestas de como el conocimiento de guías de práctica clínica se utiliza en el área de Toco cirugía, solo el 45% obtuvo un nivel de conocimiento óptimo, siendo primordial saber que manuales, guías de práctica clínica, lineamientos y normas oficiales mexicanas se utilizan en dicha área. Lo cual indica que falta reforzar conocimientos.

Un dato alarmante encontrado dentro de este estudio fue en la tabla No. 21, la cual se refiere al conocimiento de cuánto tiempo se debe valorar las constantes vitales de una puérpera en el puerperio inmediato, solo un 50% del personal tiene conocimiento suficiente. En la tabla No. 23, se hace mención al tiempo de monitorear el sangrado trasvaginal y el cual refleja con conocimiento óptimo el 55% del personal, lo que indica que se requiere reforzar el conocimiento.

El personal de enfermería del Hospital General Dr. Jorge Soberón Acevedo obtuvo un 60% en calificación, en cuanto al nivel de conocimiento acerca del significado de parto, esta puntuación corresponde al rango de un nivel de conocimiento óptimo, puesto que el 65% del personal encuestado sobre el conocimiento de la pérdida sanguínea después de un parto vaginal posee un conocimiento óptimo, lo que indica que hace falta reforzar los conocimientos, ya que es de suma importancia que este dato siempre se tenga presente ante una emergencia obstétrica y ver qué medidas se pueden tomar para que el personal

pueda desempeñar un mejor papel en el área de Toco cirugía y dar a las pacientes que ingresen a dicho servicio una atención de calidad y calidez.

Sugerencias

- ✓ Fomentar el uso de la lectura por parte del personal de enfermería, como estudiantes y pasantes en servicio social del Hospital General Dr. Jorge Soberón Acevedo, con respecto a Normas Oficiales Mexicanas, Guías De Práctica Clínica que se rigen ante cualquier problema legal y/o que se presente si se da el caso.
- ✓ Evaluar de manera individual cada uno de los turnos del Hospital General Dr. Jorge Soberón Acevedo para hacer un análisis de conocimientos más a fondo y detección del nivel de conocimientos por cada uno de los turnos, para así poder capacitar a cada uno de los turnos de manera individual.
- ✓ Reforzar conocimientos acerca del Puerperio Fisiológico Inmediato y sus respectivos estadios que es aquella que ocurre durante las primeras 24 horas tras el parto y es generalmente la más grave, e intervenciones de enfermería que se deben realizar en cuanto se presente algún signo o síntoma de alarma de cualquier índole y/o para prevenir complicaciones en el puerperio fisiológico, puesto que una las principales causas de muerte materna en el puerperio son las hemorragias, trastornos hipertensivos del embarazo, infecciones y parto obstruido.
- ✓ Realizar actualización y capacitación del personal de enfermería respecto a una emergencia obstétrica, ERIO, NOM-007-SSA2-2016 atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Haciendo hincapié la regla nemotécnica las 4 T, de las causas de una hemorragia post-parto que incluyen atonía uterina (tono), retención de tejidos (tejido), lesión del canal del parto (trauma), alteraciones de la coagulación (trombina).

- ✓ Conocer el área de Toco cirugía y que Guías de Práctica clínica se manejan en dicho servicio y/o área.

VI. BIBLIOGRAFÍA

1. NOM-197-SSA1-2000, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. Fecha de acceso: 17 de abril de 2000, Fecha de publicación: 24 de octubre de 2001. De Enrique Ruelas Barajas. Lugar de publicación: Ciudad de México, Diario Oficial de la Federación.
Disponibile en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/197ssa10.html>
2. NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida. Fecha de acceso: 07/04/2016. Fecha de publicación: 17 de febrero de 2016. De Pablo Antonio Kuri Morales. Lugar de publicación: Ciudad de México, Diario Oficial de la Federación.
Disponibile en:
http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016
3. Intervenciones de enfermería durante el puerperio fisiológico. Resumen de evidencias y recomendaciones: Guía de Práctica Clínica de Enfermería. México: Secretaria de salud, CENETEC, 2015. [Fecha de consulta].
Disponibile en:
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/SS-753-15-puerperio-fisiologico/753-GER.pdf>
4. Protocolo de atención del puerperio fisiológico parte 4 Disponible en :
https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-antiores&alias=171-iv-normas-y-protocolo-para-la-atencion-prenatal-parto-y-puerperio&Itemid=235

5. Protocolo de atención del puerperio fisiológico Parte 4. Disponible en: https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-antiores&alias=171-iv-normas-y-protocolo-para-la-atencion-prenatal-parto-y-puerperio&Itemid=235

6. Secretaria de salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva: Triage obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica. Lineamiento Técnico. Primera edición 2016, Ciudad de México. Disponible en: http://cneqsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/web_TriageObstetricoCM.pdf

7. Intervenciones de enfermería durante el puerperio fisiológico. Resumen de evidencias y recomendaciones: Guía de Práctica Clínica de Enfermería. México: Secretaria de salud, CENETEC, 2015. [Fecha de consulta]. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/SS-753-15-puerperio-fisiologico/753-GER.pdf>

8. Intervenciones de enfermería durante el puerperio fisiológico. Resumen de evidencias y recomendaciones: Guía de Práctica Clínica de Enfermería. México: Secretaria de salud, CENETEC, 2015. [Fecha de consulta]. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/SS-753-15-puerperio-fisiologico/753-GER.pdf>

9. Intervenciones de enfermería durante el puerperio fisiológico. Resumen de evidencias y recomendaciones: Guía de Práctica Clínica de Enfermería. México: Secretaria de salud, CENETEC, 2015. [Fecha de consulta]. Disponible en:

<http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/SS-753-15-puerperio-fisiologico/753-GER.pdf>

10. Intervenciones de enfermería durante el puerperio fisiológico. Resumen de evidencias y recomendaciones: Guía de Práctica Clínica de Enfermería. México: Secretaria de salud, CENETEC, 2015. [Fecha de consulta]. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/SS-753-15-puerperio-fisiologico/753-GER.pdf>
11. Intervenciones de enfermería durante el puerperio fisiológico. Resumen de evidencias y recomendaciones: Guía de Práctica Clínica de Enfermería. México: Secretaria de salud, CENETEC, 2015. [Fecha de consulta]. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/SS-753-15-puerperio-fisiologico/753-GER.pdf>
12. Intervenciones de enfermería durante el puerperio fisiológico. Resumen de evidencias y recomendaciones: Guía de Práctica Clínica de Enfermería. México: Secretaria de salud, CENETEC, 2015. [Fecha de consulta]. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/SS-753-15-puerperio-fisiologico/753-GER.pdf>
13. Eva, R. Fecha de publicación: 29 de junio de 2017. Biografía de Martha Rogers.[Recuperado el 24 de julio de 2018, de Marha Rogers]. Disponible en: <https://martharogerssite.wordpress.com/2017/06/29/teoria-de-los-seres-humanos-unitarios/>
14. Valdez, S. Fecha de publicación: 12 de diciembre de 2013. Ámbito de enfermería. [Recuperado el 16 de julio de 2018, de ámbito de enfermería]. Disponible en:

[http://ambitoenfermeria.galeon.com/martha.html%20S/D.%20Dorothea%20Orem%20\(2017\).%20Ciudad%20de%20M%C3%A9xico.%20Recuperado%20en%20quien.net](http://ambitoenfermeria.galeon.com/martha.html%20S/D.%20Dorothea%20Orem%20(2017).%20Ciudad%20de%20M%C3%A9xico.%20Recuperado%20en%20quien.net)

15. Liana Alicia Prado Solar, Maricela González Reguera, Noevis Paz Gómez, Karelia Romero Borges. La teoría déficit de autocuidado: Dorothea orem punto de partida para calidad en la atención. [tesis doctoral] Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas. Matanzas, Cuba. Aprobado: 23 de octubre de 2014. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v36n6/rme040614.pdf>
16. Unknown, El cuidado. Fecha de publicación: 9 de junio del 2012. Disponible en: <https://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/dorothea-orem.html>
17. Naranjo Hernández, Ydalsys y otros (2017) Lifeder.com. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Disponible en: <https://www.lifeder.com/dorothea-orem/>
18. Ydalsys Naranjo Hernández. Universidad de Ciencias Médicas. Sancti Spíritus. Cuba. Recibido: 2015-11-12. Aprobado: 2017-11-09. Scielo la teoría de déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Obtenido de Gaceta medica espirituana vol.19 no.3 Sancti Spíritus set.-dic. 2017. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009
19. López, S. Fecha de publicación: 14 de mayo de 2016. modelos enfermeros. Obtenido de modelos enfermeros: Disponible en: <http://modelosenfermerosucaldas.blogspot.com/>
20. Gabriela Burneo Cárdenas, Balbina Contento Fierro, Vjera Romina González Contento [Artículo original]. Burneo G/et al/Enfermería Investiga, Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión-Vol. 3 No 1 2018 (Ene-Mar)

Atención de enfermería durante el puerperio en un hospital de Machala. Ecuador. Disponible en: file:///C:/Users/edulu_000/Downloads/Dialnet-AtencionDeEnfermeriaDuranteElPuerperioEnUnHospital-6538727.pdf

21. Columbié Fariñas T, Pérez Castillo R, Cordero González Y. Factores asociados a la hemorragia obstétrica en el postparto inmediato: Hospital Juan Bruno Zayas. Rev.méd.sinerg. [Internet]. 1 de octubre de 2019 [citado 4 de noviembre de 2019];4(10):e269. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/269?fbclid=IwAR1OLTzKUBOzyKo9O2CkD1r1v8NX-simTUbrPv4YeKLCIgTYhOfXYR0TThA>

22. Raquel Martín Blázquez [Internet, Trabajo de fin de grado 2015-2016]. Importancia de los cuidados continuados de enfermería en el puerperio. Lugar: Universidad autónoma de Madrid, grado en enfermería, facultad de medicina. Disponible en: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/676327/martin_blazquez_raqueltfg.pdf?sequence=1&fbclid=IwAR3b8wfyjA2h4K7sL7Imp_99gIKpNs9cKGBFD4IEaak8tP4MH8ljeDNZMJc

23. Raquel Martín Blázquez [Internet, Trabajo de fin de grado 2015-2016]. Importancia de los cuidados continuados de enfermería en el puerperio. Lugar: Universidad autónoma de Madrid, grado en enfermería, facultad de medicina. Disponible en: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/676327/martin_blazquez_raqueltfg.pdf?sequence=1&fbclid=IwAR3b8wfyjA2h4K7sL7Imp_99gIKpNs9cKGBFD4IEaak8tP4MH8ljeDNZMJc

24.NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida. Fecha de acceso: 07/04/2016. Fecha de publicación: 17 de febrero de 2016. De Pablo Antonio Kuri Morales. Lugar de publicación: Ciudad de México, Diario Oficial de la Federación.

Disponible en:

http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016

25.NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el sistema nacional de salud. Fecha de acceso: 02/09/2013. Fecha de publicación: 13 de agosto de 2012. De Luis Rubén Durán Fontes. Lugar de publicación: Ciudad de México, Diario Oficial de la Federación.

Disponible

en:

http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312523&fecha=02/09/2013

26.NOM-045-SSA2-2015, Para la vigilancia, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de la salud. [Internet] Sergio Alcántara. Actualizada 28 de abril de 2016. Disponible en: https://prezi.com/yf_qirzaqbqo/nom-045-ssa2-2015-para-la-vigilancia-prevencion-y-control-d/

27.IMSS, Fundación IMSS y UNICEF. Guía de referencia rápida (GRR): vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo.Fecha:2014.Lugar: Ciudad de México. Disponible en: <http://sitio.comunidadparteriamexico.org/2018/03/12/guia-de-referencia-rapida-grr-vigilancia-y-manejo-del-trabajo-de-parto-en-embarazo-de-bajo-riesgo/>

28. Intervenciones de enfermería durante el puerperio fisiológico. Resumen de evidencias y recomendaciones: Guía de Práctica Clínica de Enfermería. México: Secretaría de salud, CENETEC, 2015. [Fecha de consulta]. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/SS-753-15-puerperio-fisiologico/753-GER.pdf>
29. Protocolo de atención del puerperio fisiológico parte 4 Disponible en : https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-antiores&alias=171-iv-normas-y-protocolo-para-la-atencion-prenatal-parto-y-puerperio&Itemid=235
30. Diagnóstico y tratamiento de la hemorragia obstétrica en la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato, México: Secretaría de salud; 2009. Disponible en: http://sgm.issste.gob.mx/medica/medicadocumentacion/guiasautorizadas/Ginecolog%C3%ACa/IMSS-162-09_HEMORRAGIA_OBSTETRICA/GER%20HEMORRAGIA%20OBSTETRICA.pdf
31. Diagnóstico y tratamiento de la hemorragia obstétrica en la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato, México: Secretaría de salud; 2009. Disponible en: http://sgm.issste.gob.mx/medica/medicadocumentacion/guiasautorizadas/Ginecolog%C3%ACa/IMSS-162-09_HEMORRAGIA_OBSTETRICA/GER%20HEMORRAGIA%20OBSTETRICA.pdf
32. Ley general de salud. Última reforma publicada DOF 12-07-2018. Modificación del listado de Sustancias de la Ley por acuerdo DOF 24-12-2018. Disponible en: <https://legalzone.com.mx/wp->

[content/uploads/2019/01/PDF-Ley-General-de-Saludlegalzone.com .mx .pdf](http://content/uploads/2019/01/PDF-Ley-General-de-Saludlegalzone.com.mx.pdf)

33. Intervenciones de enfermería durante el puerperio fisiológico. Resumen de evidencias y recomendaciones: Guía de Práctica Clínica de Enfermería. México: Secretaria de salud, CENETEC, 2015. [Fecha de consulta]. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/SS-753-15-puerperio-fisiologico/753-GER.pdf>
34. Dr. Jorge A Carbajal, Dra. Constanza Ralph T. Novena Edición 2018. Manual de Obstetricia y Ginecología. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/08/Manual-Obstetricia-y-Ginecologi%CC%81a2018.pdf?fbclid=IwAR39vcSGzWpdu1DDIY88vRaFIA7ajc1bE-zwj4IMiYxc7sWaApVEagvueGo>
35. Dr. Jorge A Carbajal, Dra. Constanza Ralph T. Novena Edición 2018. Manual de Obstetricia y Ginecología. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/08/Manual-Obstetricia-y-Ginecologi%CC%81a2018.pdf?fbclid=IwAR39vcSGzWpdu1DDIY88vRaFIA7ajc1bE-zwj4IMiYxc7sWaApVEagvueGo>
36. Dr. Jorge A Carbajal, Dra. Constanza Ralph T. Novena Edición 2018. Manual de Obstetricia y Ginecología. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/08/Manual-Obstetricia-y-Ginecologi%CC%81a2018.pdf?fbclid=IwAR39vcSGzWpdu1DDIY88vRaFIA7ajc1bE-zwj4IMiYxc7sWaApVEagvueGo>
37. Dr. Jorge A Carbajal, Dra. Constanza Ralph T. Novena Edición 2018. Manual de Obstetricia y Ginecología. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/08/Manual-Obstetricia-y->

[Ginecologi%CC%81a2018.pdf?fbclid=IwAR39vcSGzWpdu1DDIY88vRaFIA7ajc1bE-zwj4IMiYxc7sWaApVEagvueGo](https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/08/Manual-Obstetricia-y-Ginecologi%CC%81a2018.pdf?fbclid=IwAR39vcSGzWpdu1DDIY88vRaFIA7ajc1bE-zwj4IMiYxc7sWaApVEagvueGo)

38. Dr. Jorge A Carbajal, Dra. Constanza Ralph T. Novena Edición 2018. Manual de Obstetricia y Ginecología. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/08/Manual-Obstetricia-y-Ginecologi%CC%81a2018.pdf?fbclid=IwAR39vcSGzWpdu1DDIY88vRaFIA7ajc1bE-zwj4IMiYxc7sWaApVEagvueGo>
39. Dr. Jorge A Carbajal, Dra. Constanza Ralph T. Novena Edición 2018. Manual de Obstetricia y Ginecología. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/08/Manual-Obstetricia-y-Ginecologi%CC%81a2018.pdf?fbclid=IwAR39vcSGzWpdu1DDIY88vRaFIA7ajc1bE-zwj4IMiYxc7sWaApVEagvueGo>
40. Dr. Jorge A Carbajal, Dra. Constanza Ralph T. Novena Edición 2018. Manual de Obstetricia y Ginecología. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/08/Manual-Obstetricia-y-Ginecologi%CC%81a2018.pdf?fbclid=IwAR39vcSGzWpdu1DDIY88vRaFIA7ajc1bE-zwj4IMiYxc7sWaApVEagvueGo>
41. Dr. Jorge A Carbajal, Dra. Constanza Ralph T. Novena Edición 2018. Manual de Obstetricia y Ginecología. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/08/Manual-Obstetricia-y-Ginecologi%CC%81a2018.pdf?fbclid=IwAR39vcSGzWpdu1DDIY88vRaFIA7ajc1bE-zwj4IMiYxc7sWaApVEagvueGo>
42. Secretaria de salud, Subsecretaria de innovación y calidad. [Libro] Modelo de atención de enfermería y obstetricia 2005. Disponible en: http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D263.pdf?fbclid=IwAR11kaB-oEHWAUIAaKNPVYNPq1nrCSy7gC1-tCP3tonASRmgXNQjYp9qGtM
43. Secretaria de salud, Subsecretaria de innovación y calidad. [Libro] Modelo de atención de enfermería y obstetricia 2005. Disponible en:

49. Dr. Jorge A Carbajal, Dra. Constanza Ralph T. Novena Edición 2018. Manual de Obstetricia y Ginecología. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/08/Manual-Obstetricia-y-Ginecologi%CC%81%81a2018.pdf?fbclid=IwAR39vcSGzWpdu1DDIY88vRaFIA7ajc1bE-zwj4IMiYxc7sWaApVEagvueGo>
50. Dr. Jorge A Carbajal, Dra. Constanza Ralph T. Novena Edición 2018. Manual de Obstetricia y Ginecología. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/08/Manual-Obstetricia-y-Ginecologi%CC%81%81a2018.pdf?fbclid=IwAR39vcSGzWpdu1DDIY88vRaFIA7ajc1bE-zwj4IMiYxc7sWaApVEagvueGo>
51. Dr. Jorge A Carbajal, Dra. Constanza Ralph T. Novena Edición 2018. Manual de Obstetricia y Ginecología. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/08/Manual-Obstetricia-y-Ginecologi%CC%81%81a2018.pdf?fbclid=IwAR39vcSGzWpdu1DDIY88vRaFIA7ajc1bE-zwj4IMiYxc7sWaApVEagvueGo>

NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida. Fecha de acceso: 07/04/2016. Fecha de publicación: 17 de febrero de 2016. De Pablo Antonio Kuri Morales. Lugar de publicación: Ciudad de México, Diario Oficial de la Federación. Disponible en:

http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016

6

“ANEXO A” CONSENTIMIENTO INFORMADO



CENTRO UNIVERSITARIO DE IGUALA ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

A quien corresponda

Al firmar este documento, otorgó mi consentimiento para participar en la investigación que tiene como finalidad determinar el nivel de conocimientos en intervenciones de enfermería en el puerperio inmediato en el área de Toco cirugía del Hospital General Dr. Jorge Soberón Acevedo en Noviembre de 2019 y contestar el cuestionario de esta. Recibí la explicación de los objetivos del estudio de forma general. Así como el lugar y horario de aplicación y duración del cuestionario.

Se me ha notificado que mi participación es voluntaria y que aún después de iniciada puedo rehusarme a responder alguna pregunta o darla por terminada en cualquier momento, el cuestionario será de carácter anónimo y solo será registrado con un número de folio.

Los resultados podrán ser difundidos de manera general, protegiendo la individualidad y anonimato de las personas, por lo que estoy de acuerdo en participar y expresar mi consentimiento firmando esta carta.

Firma del aceptante

Nombre y firma del investigador

ANEXO B” INSTRUMENTO DE MEDICIÓN



CENTRO UNIVERSITARIO DE IGUALA ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Cuestionario para determinar el nivel de conocimientos en intervenciones de enfermería en el puerperio inmediato en el área de Toco cirugía del Hospital General Dr. Jorge Soberón Acevedo en Noviembre de 2019.

El presente cuestionario tiene como finalidad determinar el nivel de conocimientos en intervenciones de enfermería en el puerperio inmediato en el área de Toco cirugía del Hospital General Dr. Jorge Soberón Acevedo en Noviembre de 2019.

Por esta razón necesitamos su apoyo contestando las siguientes preguntas, así que le pedimos contestar con toda sinceridad, las respuestas que usted proporcione serán de manera confidencial.

FOLIO_____ Sexo_____ Edad_____

Nivel de estudios_____ Cargo_____

1.- ¿Tiempo de antigüedad en la institución?

a) - 6 meses b) + 6 meses c) 1 - 3 - años d) 4 – 10 años e) 10 en adelante

2.- ¿Ha recibido usted capacitaciones acerca de la emergencia obstétrica?

¿Cuántas veces al año?

a) Si

b) No

3.- ¿Se realiza lavado de manos por normatividad en el servicio?

a) Si

b) No

4.- ¿Conforme a la Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, PARA LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD se usa el uniforme correcto?

a) Si

b) No

5.- ¿Usa usted joyería dentro del área de Toco cirugía?

a) Si

b) No

6.- ¿Se lleva a cabo los Indicadores de Enfermería por parte del personal de enfermería?

a) Si

b) No

7.- ¿Sabe usted cuales son las 8 Acciones Esenciales De Seguridad Del Paciente?
Menciónalas

a) Si

b) No

8.- ¿Qué Guías De Práctica Clínica se manejan en el área de Toco cirugía?

Menciónalas, cuanto al menos 3

9.- ¿Qué normatividad nos habla acerca de la ATENCIÓN DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, Y DE LA PERSONA RECIÉN NACIDA?

a) NOM-034-SSA2-2013 b) NOM-045-SSA2-2015 c) NOM-007-SSA2-2016

10.- ¿Señale usted que es un parto?

- a) Es el periodo que sigue a la expulsión del producto de la concepción, en el cual los cambios anatomo-fisiológicos propios del embarazo se revierten al estado pre gestacional.
- b) Conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del feto de 22 semanas o más por vía vaginal, incluyendo la placenta y sus anexos.
- c) Es la interrupción del embarazo antes de las 22 SDG y/o fetos menores de 500 gr.

11.- ¿Conoce usted la Guía de Práctica Clínica para el manejo de Trabajo de Parto?

- a) Si
- b) No

12.- ¿Conoce usted que es el puerperio?

- a) Si
- b) No

13.- ¿Cuántos estadios tiene el puerperio? Mencionalos.

14.- ¿Cuál es la perdida sanguínea después de un parto vaginal?

- a) 1000 ml
- b) 500 ml
- c) 200 ml

15.- Cuales son las intervenciones de enfermería en el Puerperio Fisiológico Inmediato.

- a) Verificar nauseas, sangrado, Presión Arterial
- b) Altura y firmeza del tono uterino, Frecuencia Respiratoria
- c) Identificación correcta de la puérpera, vigilancia de signos vitales, involución uterina, sangrado trasvaginal, loquios, estado emocional y úresis espontánea.

16.- Cada cuanto tiempo debemos valorar las constantes vitales de una puérpera en el puerperio inmediato?

- a) Valorando signos vitales: Tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria cada 15 minutos.
- b) En la primera hora, cada 30 minutos en la segunda y posteriormente cada hora durante las primeras 8 horas.
- c) Altura y firmeza del fondo uterino cada 15 minutos en la primera hora, en la segunda cada 30, posteriormente cada hora durante 4 horas y por ultimo cada 4 por 24 horas.
- d) Todas las anteriores

17.- ¿Cómo valora usted las características del sangrado vaginal después del parto?

18.- ¿Cada cuánto se debe monitorear el sangrado trasvaginal?

- a) Durante las primeras 2 horas del postparto
- b) Cada hora
- c) Cada media hora

19.- ¿Por qué es importante realizar el masaje uterino?

Menciónalo:

20.- ¿Sabe el personal de enfermería como debe realizarse el masaje uterino?

Menciónalo:

- a) Si
- b) No

21.- ¿Qué intervenciones de enfermería se realizan en respuesta a los signos y síntomas de alarma en el puerperio fisiológico? Menciónalos

22.- ¿Cuáles son las intervenciones de enfermería para prevenir complicaciones en el puerperio fisiológico? Menciónalos

ANEXO "C" Figura. Lavado de manos.

¿Cómo lavarse las manos?

¡Lávese las manos solo cuando estén visiblemente sucias! Si no, utilice la solución alcohólica

⌚ Duración de todo el procedimiento: 40-60 segundos

<p>0</p>  <p>Mójese las manos con agua;</p>	<p>1</p>  <p>Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos;</p>	<p>2</p>  <p>Frótese las palmas de las manos entre sí;</p>
<p>3</p>  <p>Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa;</p>	<p>4</p>  <p>Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados;</p>	<p>5</p>  <p>Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos;</p>
<p>6</p>  <p>Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;</p>	<p>7</p>  <p>Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa;</p>	<p>8</p>  <p>Enjuáguese las manos con agua;</p>
<p>9</p>  <p>Séquese con una toalla desechable;</p>	<p>10</p>  <p>Sírvase de la toalla para cerrar el grifo;</p>	<p>11</p>  <p>Sus manos son seguras.</p>



Organización Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente
UNA ALIANZA MUNDIAL PARA LOS PACIENTES MÁS SEGUROS

SAVE LIVES
Clean Your Hands

La Organización Mundial de la Salud (OMS) es una agencia especializada de las Naciones Unidas que se dedica a promover la salud, prevenir enfermedades y prolongar la vida humana. La OMS trabaja en colaboración con los gobiernos y la comunidad internacional para mejorar la salud pública y el bienestar de las personas en todo el mundo. Para más información, visite el sitio web de la OMS: www.who.int

ANEXO “D” Figura. Cinco momentos para la higiene de las manos.

Sus 5 Momentos para la Higiene de las Manos

1	ANTES DE TOCAR AL PACIENTE	¿CUÁNDO? ¿POR QUÉ?	Lávese las manos antes de tocar al paciente cuando se acerque a él. Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que tiene usted en las manos.
2	ANTES DE REALIZAR UNA TAREA LIMPIA/ASÉPTICA	¿CUÁNDO? ¿POR QUÉ?	Lávese las manos inmediatamente antes de realizar una tarea limpia/aséptica. Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que podrían entrar en su cuerpo, incluidos los gérmenes del propio paciente.
3	DESPUÉS DEL RIESGO DE EXPOSICIÓN A LÍQUIDOS CORPORALES	¿CUÁNDO? ¿POR QUÉ?	Lávese las manos inmediatamente después de un riesgo de exposición a líquidos corporales (y tras quitarse los guantes). Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.
4	DESPUÉS DE TOCAR AL PACIENTE	¿CUÁNDO? ¿POR QUÉ?	Lávese las manos después de tocar a un paciente y la zona que lo rodea, cuando deje la cabecera del paciente. Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.
5	DESPUÉS DEL CONTACTO CON EL ENTORNO DEL PACIENTE	¿CUÁNDO? ¿POR QUÉ?	Lávese las manos después de tocar cualquier objeto o mueble del entorno inmediato del paciente, cuando lo deje (incluso aunque no haya tocado al paciente). Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.

Programa Nacional de Seguridad del Paciente, CAMPAÑA SECTORIAL “ESTÁ EN TUS MANOS”

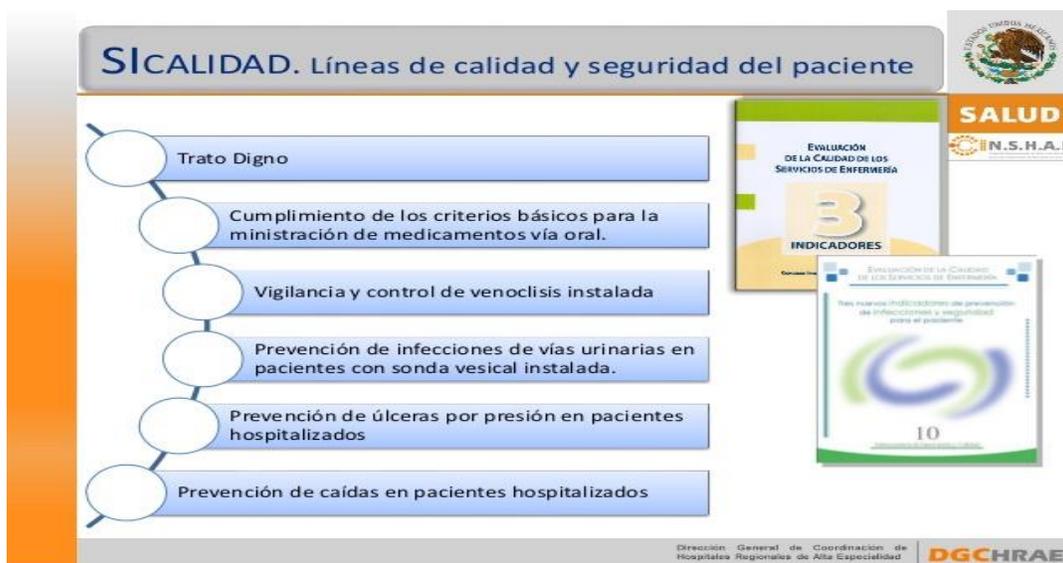






SALUD

ANEXO "E" Figura. SI CALIDAD. Líneas de calidad y seguridad del paciente.

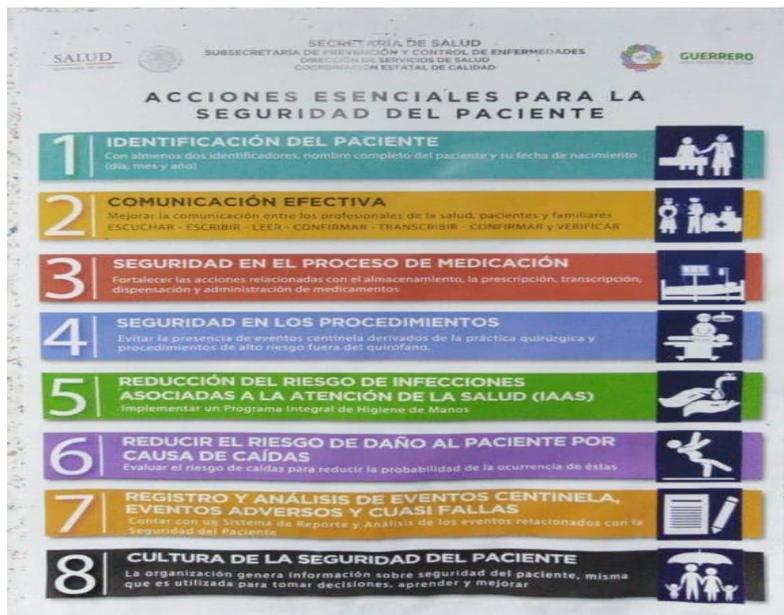


ANEXO "F" Figura. Masaje uterino.

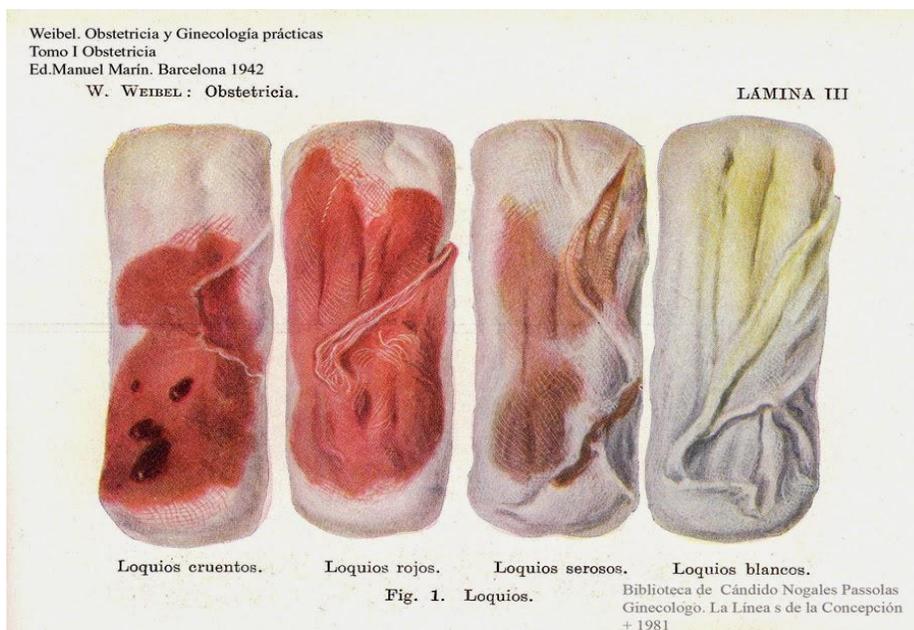
Masaje Uterino

- Masaje en el fondo uterino hasta que esté contraído
- Verifique que el útero esté contraído cada 15 minutos y de masaje en caso de ser necesario durante las siguientes dos horas
- Verifique que el útero no se relaje una vez se realice el masaje

ANEXO "G" Figura. Acciones esenciales para la seguridad del paciente.



ANEXO "H" Figura. Loquios.



VII. CÓDIGO DE ÉTICA (Núremberg)

Tribunal Internacional de Núremberg, 1947.

- 1) El consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial. Esto quiere decir que la persona implicada debe tener capacidad legal para dar su consentimiento; que debe estar en una situación tal que pueda ejercer su libertad de escoger, sin la intervención de cualquier elemento de fuerza, fraude, engaño, coacción o algún otro factor coercitivo o coactivo; y que debe tener el suficiente conocimiento y comprensión del asunto en sus distintos aspectos para que pueda tomar una decisión consciente.

- 2) El deber y la responsabilidad de determinar la calidad del consentimiento recaen en la persona que inicia, dirige, o implica a otro en el experimento. Es un deber personal y una responsabilidad que no puede ser delegada con impunidad a otra persona.

- 3) El experimento debe realizarse con la finalidad de obtener resultados fructíferos para el bien de la sociedad que no sean asequibles mediante otros métodos o medios de estudio, y no debe ser de naturaleza aleatoria o innecesaria.

- 4) Informe Belmont Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación*

El Código consta de reglas, algunas generales y otras específicas, que guían en su trabajo a los investigadores o a los revisores. Tales reglas son a menudo

inadecuadas para cubrir situaciones complejas; a veces se contradicen y frecuentemente son difíciles de Interpretar o aplicar.

En esta formulación se identifican tres principios o juicios prescritos generales que son relevantes para la investigación con sujetos humanos. Otros principios pueden también ser relevantes. Estos principios no siempre pueden ser aplicados de modo que se resuelvan, sin dejar dudas, problemas éticos particulares. El objetivo es brindar un marco de análisis que guíe la resolución de los problemas éticos, que surgen de la investigación con seres humanos.

Esta formulación consta de una distinción entre la investigación y la práctica, una discusión de los tres principios éticos básicos y notas sobre la aplicación de estos.

A. Límites entre práctica e investigación.

La distinción entre investigación y práctica se desdibuja en parte porque a menudo ambas se dan juntas (como en la investigación diseñada para evaluar una terapia) y, también, porque con frecuencia se llama "experimental" a un alejamiento notable de la práctica estándar, sin haber definido cuidadosamente los términos "experimental" e "investigación".

La investigación se describe usualmente en forma de un protocolo que fija un objetivo y delinea una serie de procedimientos para alcanzarlo. Cuando un clínico se aparta en forma significativa de la práctica estándar o aceptada, la innovación no constituye, en sí misma, investigación.

El hecho de que un procedimiento es "experimental" en el sentido de nuevo, no probado o diferente no lo coloca automáticamente en la categoría de investigación. Los procedimientos radicalmente nuevos deberán, sin embargo, ser objeto de investigación formal en una fase precoz de modo que se determine si son seguros y efectivos.

Es por tanto una responsabilidad de los comités de práctica médica, por ejemplo, insistir en que una innovación importante sea incorporada a un proyecto formal de investigación.

La investigación y la práctica pueden llevarse a cabo juntas cuando la primera está diseñada para evaluar la seguridad y eficacia de la segunda. Esto no debe causar confusión acerca de si la actividad requiere o no revisión; la regla general es que si hay algún elemento de investigación en una actividad ésta debe sufrir revisión para protección de los sujetos humanos.

B. Principios éticos básicos: Esta expresión se refiere a aquellos juicios generales que sirven como justificación básica para las muchas prescripciones y evaluaciones éticas particulares de las acciones humanas.

Tres principios básicos, entre los generalmente aceptados en nuestra tradición cultural, son particularmente relevantes para la ética de la investigación con humanos; ellos son: respeto por las personas, beneficio y justicia.

1. Respeto por las personas.

Este respeto incorpora al menos dos convicciones éticas; primera: que los individuos deben ser tratados como agentes autónomos; segunda: que las personas con autonomía disminuida tienen derecho a protección.

El principio del respeto por las personas se divide entonces en dos requerimientos Morales separados: el de reconocer la autonomía y el de proteger a quienes la tienen disminuida.

2. Beneficencia.

Las personas son tratadas éticamente no sólo respetando sus condiciones y protegiéndolas del daño, sino también haciendo esfuerzos para asegurar su bienestar. Tal tratamiento cae bajo el principio de "beneficencia"; este término se entiende a menudo como indicativo de actos de bondad o caridad que sobrepasan lo que es estrictamente obligatorio.

Se han formulado dos reglas generales como expresiones complementarias de acciones de beneficencia en este sentido: 1) no hacer daño; 2) aumentar los beneficios y disminuir los posibles daños lo más que sea posible.

3. Justicia.

¿Quién debiera recibir los beneficios de la investigación y quién soportar sus cargas?; esta es una cuestión de justicia en el sentido de "equidad en la distribución" o "lo que se merece". Ocurre injusticia cuando se le niega a una persona algún beneficio al que tiene derecho sin que para ello haya una buena razón, o se le impone indebidamente alguna carga. Otra manera de concebir el principio de la justicia es que los iguales deben ser igualmente tratados. Sin embargo, este planteamiento requiere explicación.

¿Quién es igual y quién desigual?; ¿qué consideraciones justifican apartarse de la distribución igual?; casi todos los tratadistas conceden que las distinciones basadas en la experiencia, la edad, la carencia, la competencia, el mérito y la posición si constituyen algunas veces criterios que justifican el tratamiento diferencial para ciertos propósitos. Es entonces necesario explicar en qué aspectos la gente debe ser tratada igualmente.

Hay varias formulaciones ampliamente aceptadas de formas justas para distribuir las cargas y los beneficios. Cada formulación menciona alguna propiedad relevante sobre cuya base se debieran distribuir las cargas y los beneficios.

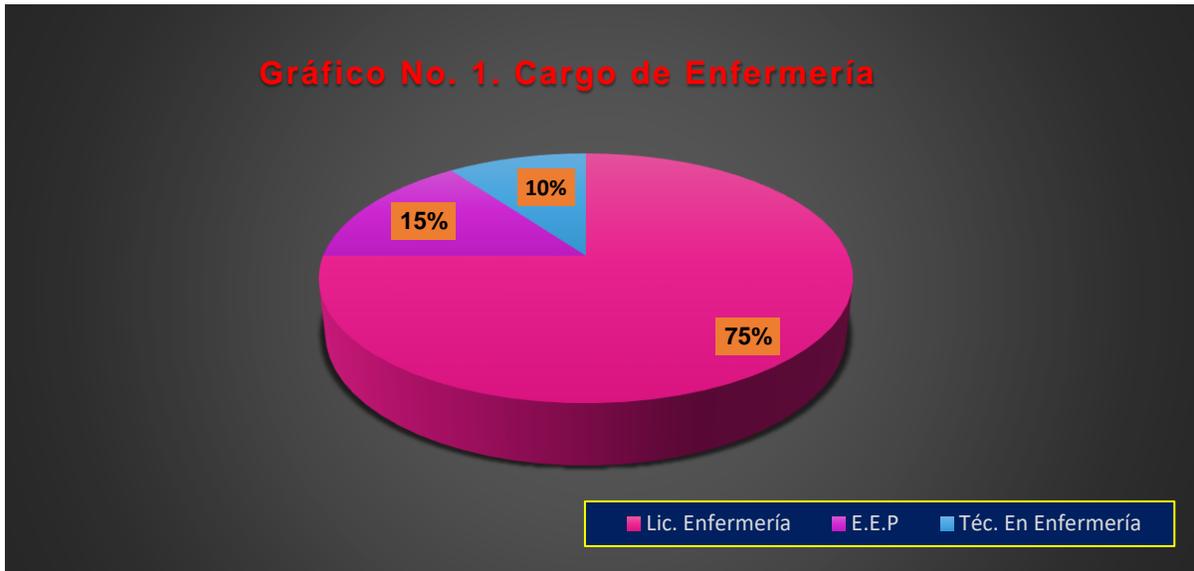
1. Consentimiento informado.

El respeto por las personas exige que, a los sujetos, hasta el grado en que sean capaces, se les dé la oportunidad de escoger lo que les ocurrirá o no.

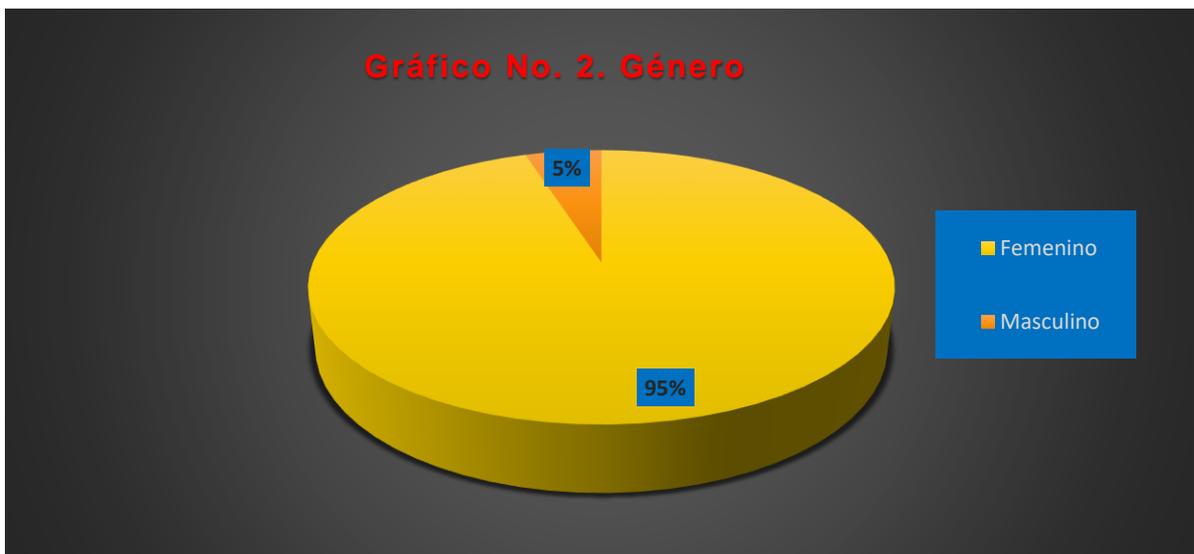
Esta oportunidad se provee cuando se satisfacen estándares adecuados de consentimiento informado.

No hay duda sobre la importancia del consentimiento informado, pero persiste una polémica sobre su naturaleza y posibilidad; no obstante, hay acuerdo amplio en que el proceso del consentimiento contiene tres elementos: a) información; b) comprensión; c) voluntariedad.

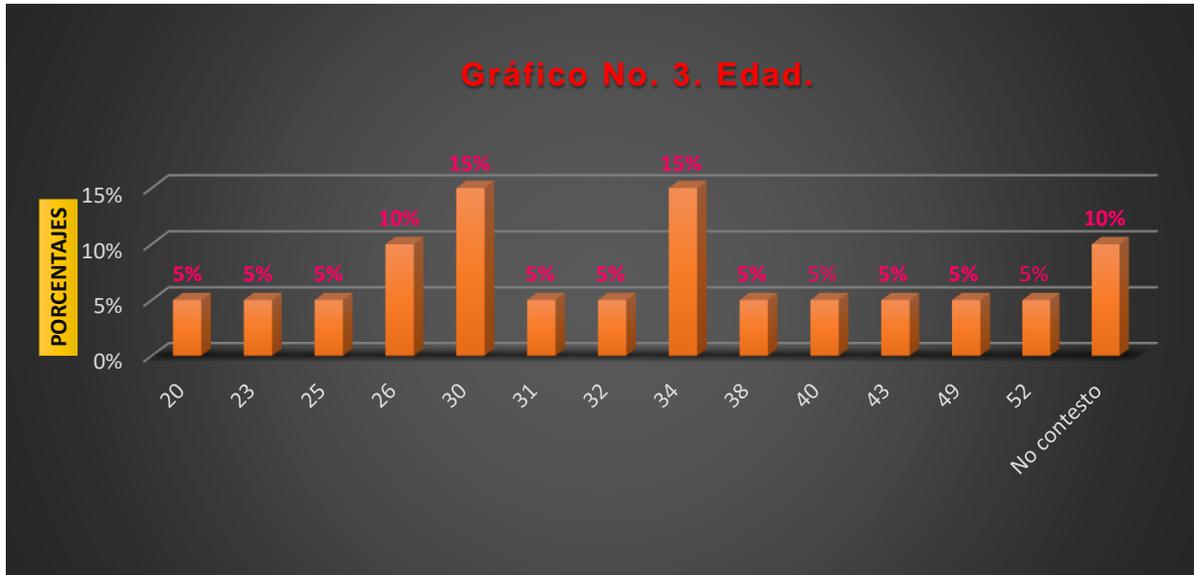
VIII. ANEXOS



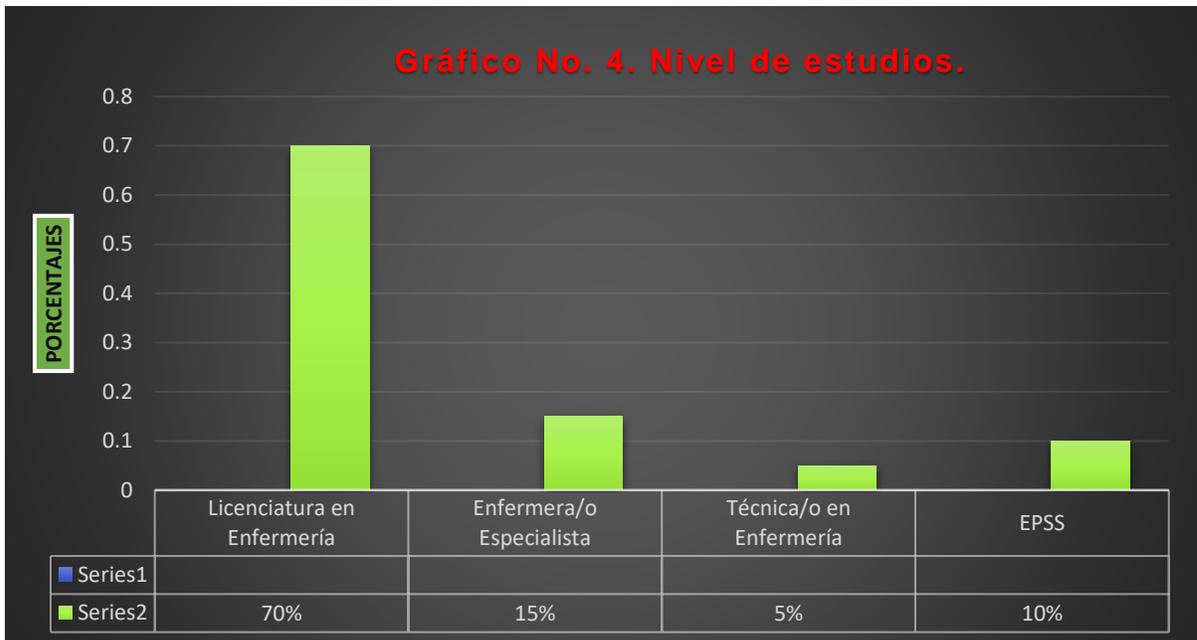
Fuente: Encuesta para identificar el nivel de conocimientos en intervenciones de enfermería en el puerperio inmediato en el área de Toco cirugía del Hospital General Dr. Jorge Soberón Acevedo en Noviembre de 2019.



Fuente: Encuesta para identificar el nivel de conocimientos en intervenciones de enfermería en el puerperio inmediato en el área de Toco cirugía del Hospital General Dr. Jorge Soberón Acevedo en Noviembre de 2019.

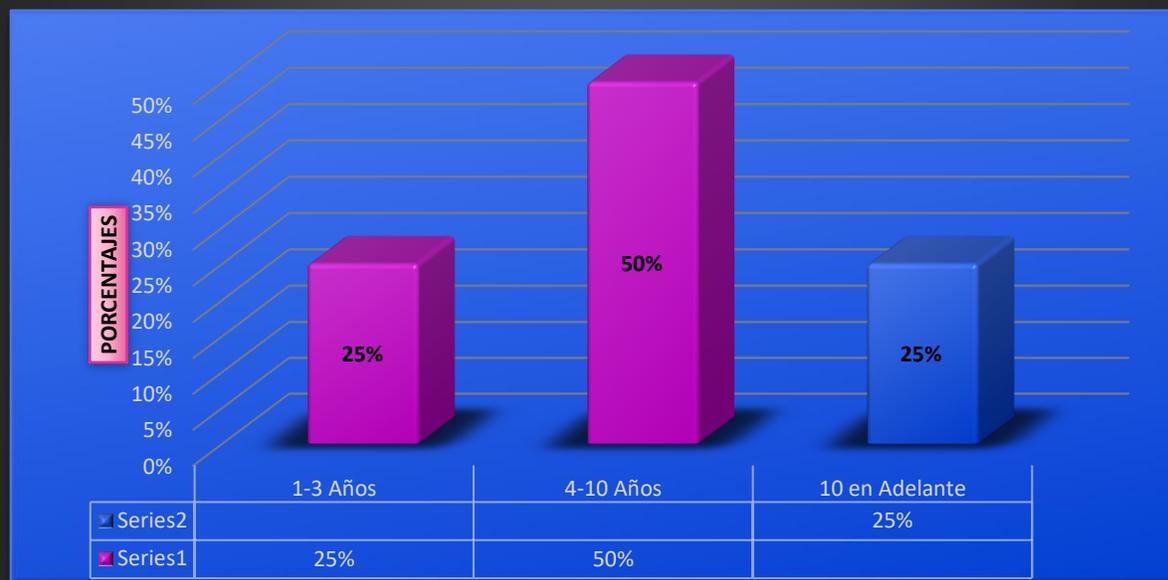


Fuente: Encuesta para identificar el nivel de conocimientos en intervenciones de enfermería en el puerperio inmediato en el área de Toco cirugía del Hospital General Dr. Jorge Soberón Acevedo en Noviembre de 2019.



Fuente: Encuesta para identificar el nivel de conocimientos en intervenciones de enfermería en el puerperio inmediato en el área de Toco cirugía del Hospital General Dr. Jorge Soberón Acevedo en Noviembre del 2019.

Gráfico No. 5. Años de Servicio.

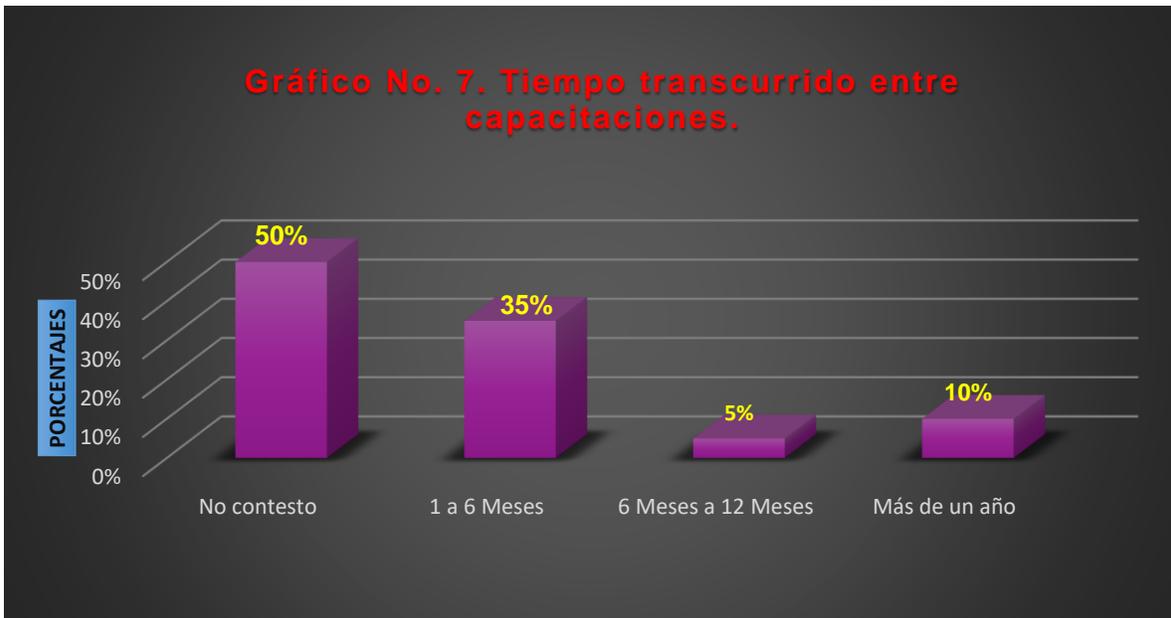


Fuente: Encuesta para identificar el nivel de conocimientos en intervenciones de enfermería en el puerperio inmediato en el área de Toco cirugía del Hospital General Dr. Jorge Soberón Acevedo en Noviembre de 2019.

Gráfico No. 6. Se reciben capacitaciones de la emergencia obstétrica por parte de la institución.



Fuente: Encuesta para identificar el nivel de conocimientos en intervenciones de enfermería en el puerperio inmediato en el área de Toco cirugía del Hospital General Dr. Jorge Soberón Acevedo en Noviembre de 2019.

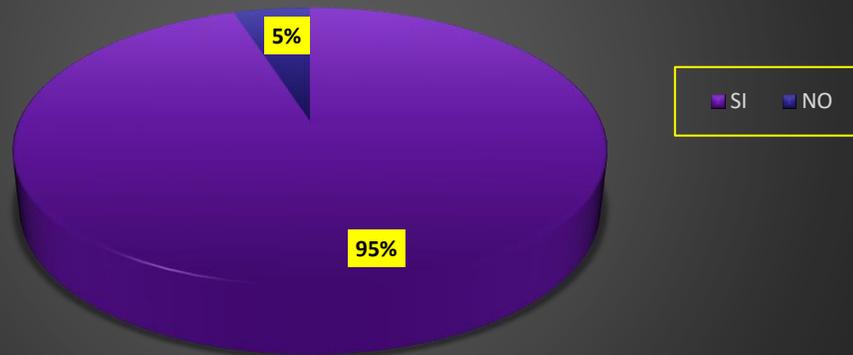


Fuente: Encuesta para identificar el nivel de conocimientos en intervenciones de enfermería en el puerperio inmediato en el área de Toco cirugía del Hospital General Dr. Jorge Soberón Acevedo en Noviembre de 2019.



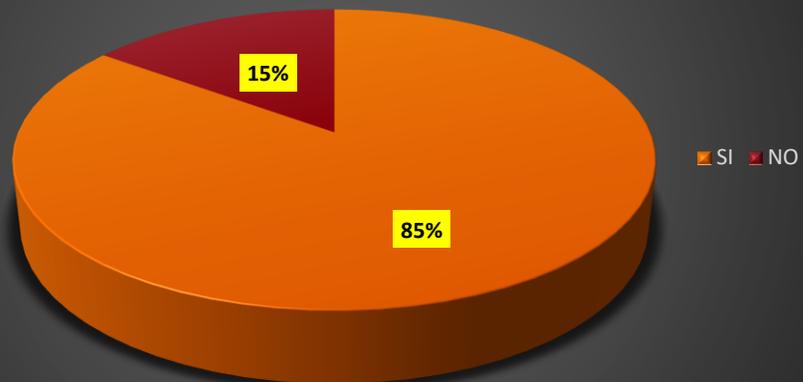
Fuente: Encuesta para identificar el nivel de conocimientos en intervenciones de enfermería en el puerperio inmediato en el área de Toco cirugía del Hospital General Dr. Jorge Soberón Acevedo en Noviembre de 2019.

Gráfico No. 9. Cumplimiento de normatividad "Se usa el uniforme correcto".



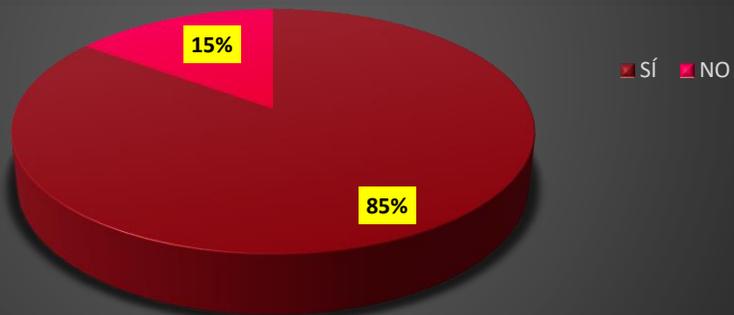
Fuente: Encuesta para identificar el nivel de conocimientos en intervenciones de enfermería en el puerperio inmediato en el área de Toco cirugía del Hospital General Dr. Jorge Soberón Acevedo en Noviembre de 2019.

Gráfico No. 10. Cumplimiento de la normatividad dentro del área de Tococirugía ("Usar Joyería").



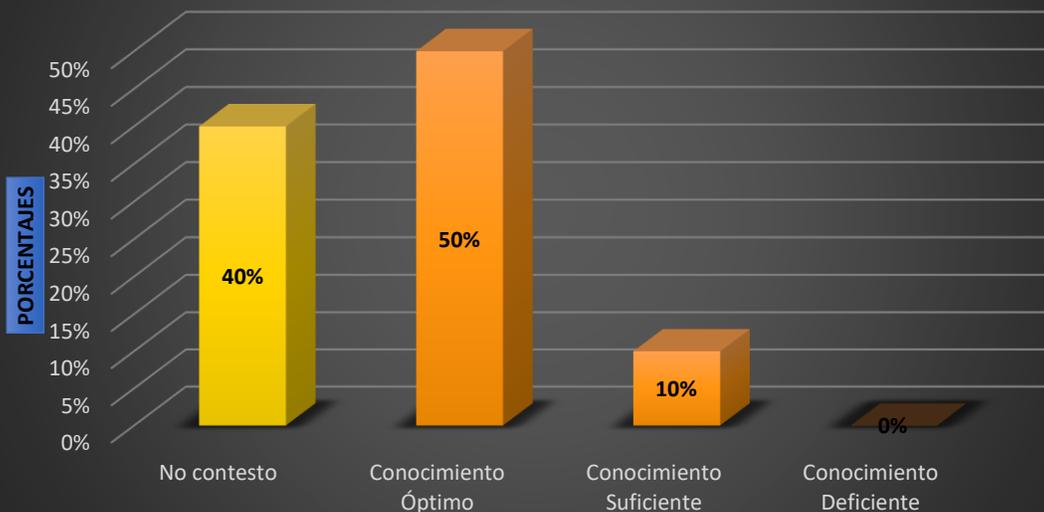
Fuente: Encuesta para identificar el nivel de conocimientos en intervenciones de enfermería en el puerperio inmediato en el área de Toco cirugía del Hospital General Dr. Jorge Soberón Acevedo en Noviembre de 2019.

Gráfico No. 11. Cumplimiento de los Indicadores de Enfermería por parte del Personal de Enfermería.

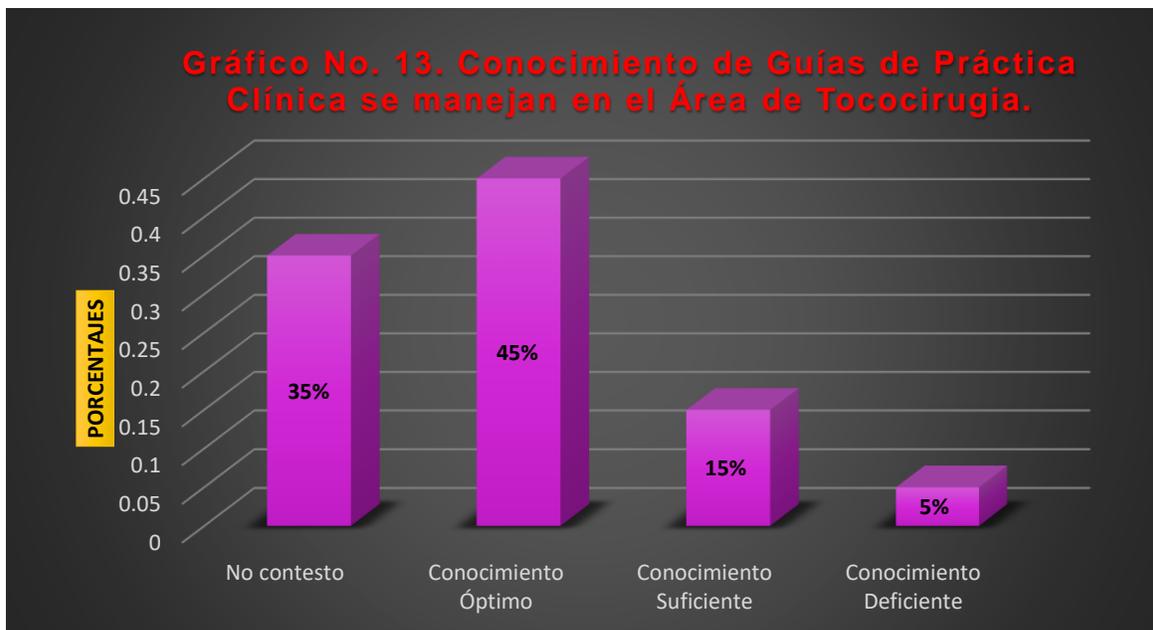


Fuente: Encuesta para identificar el nivel de conocimientos en intervenciones de enfermería en el puerperio inmediato en el área de Toco cirugía del Hospital General Dr. Jorge Soberón Acevedo en Noviembre de 2019.

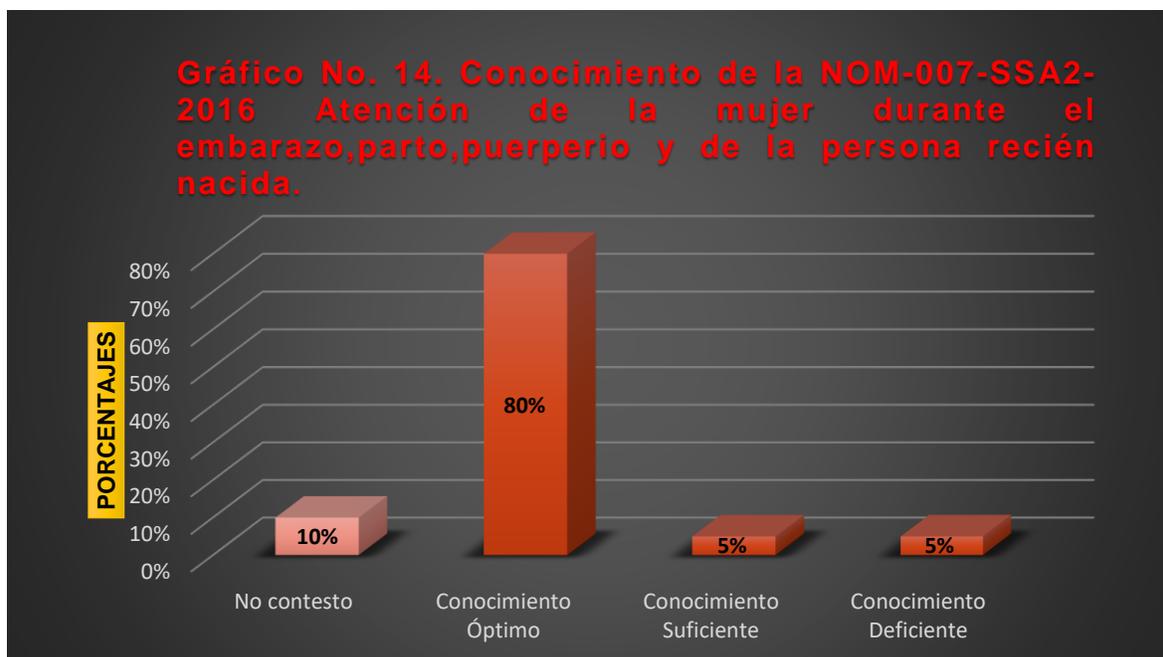
Gráfico No. 12. Conocimiento sobre las 8 Acciones Esenciales de Seguridad del Paciente.



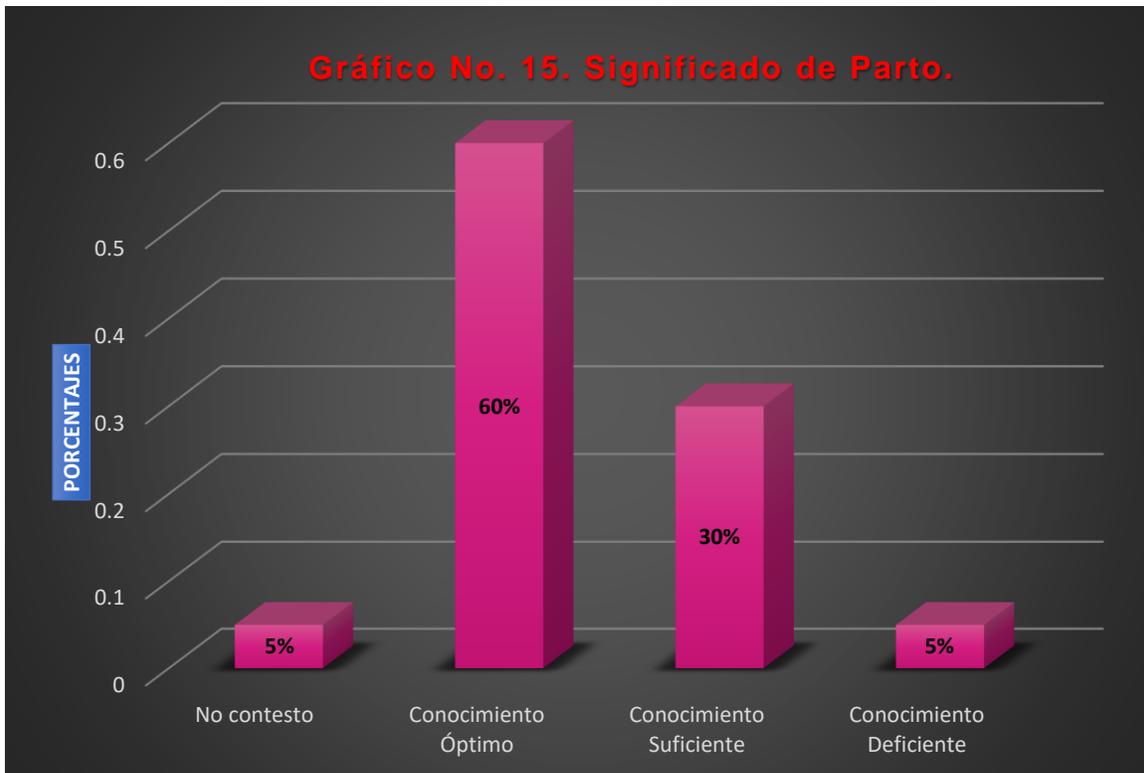
Fuente: Encuesta para identificar el nivel de conocimientos en intervenciones de enfermería en el puerperio inmediato en el área de Toco cirugía del Hospital General Dr. Jorge Soberón Acevedo en Noviembre de 2019.



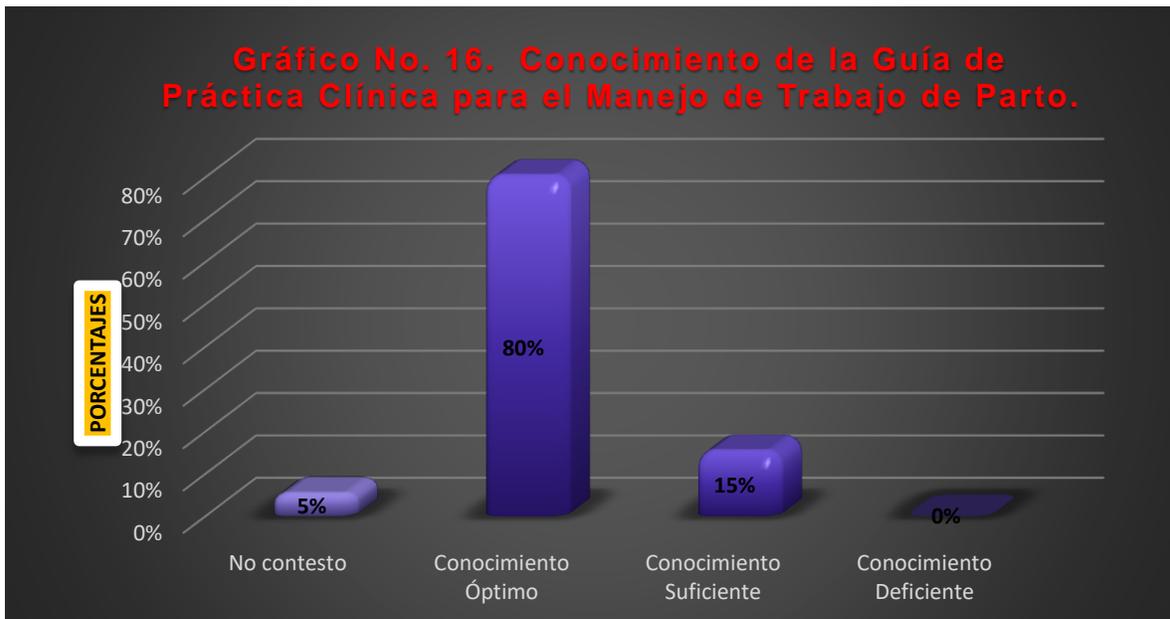
Fuente: Encuesta para identificar el nivel de conocimientos en intervenciones de enfermería en el puerperio inmediato en el área de Toco cirugía del Hospital General Dr. Jorge Soberón Acevedo en Noviembre de 2019.



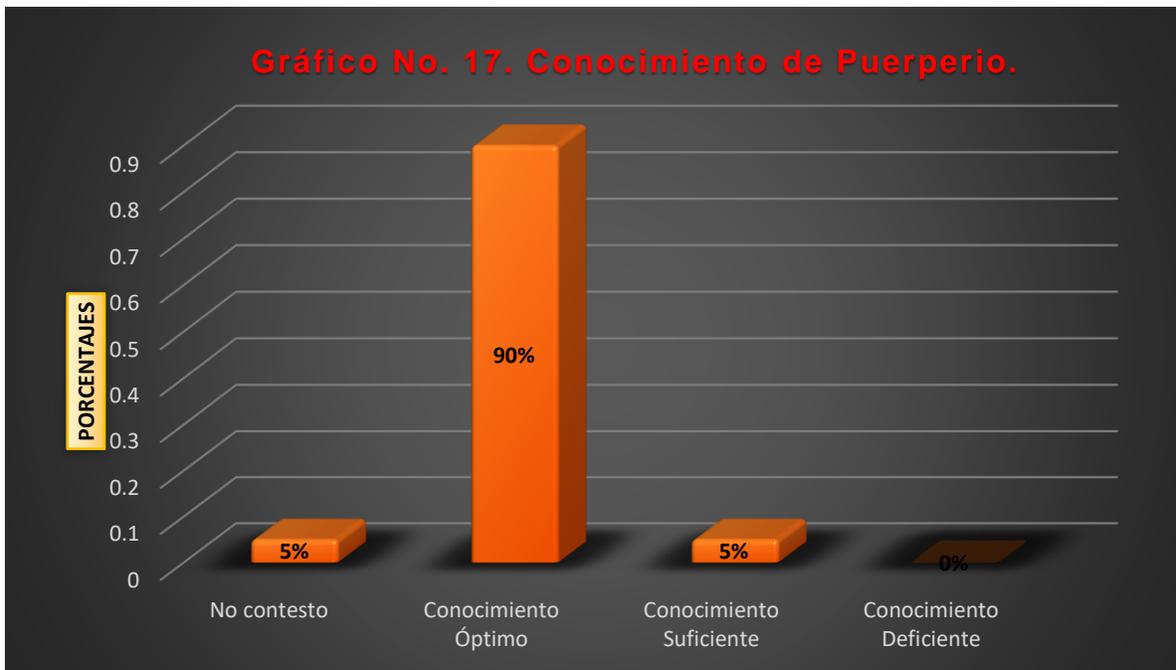
Fuente: Encuesta para identificar el nivel de conocimientos en intervenciones de enfermería en el puerperio inmediato en el área de Toco cirugía del Hospital General Dr. Jorge Soberón Acevedo en Noviembre de 2019.



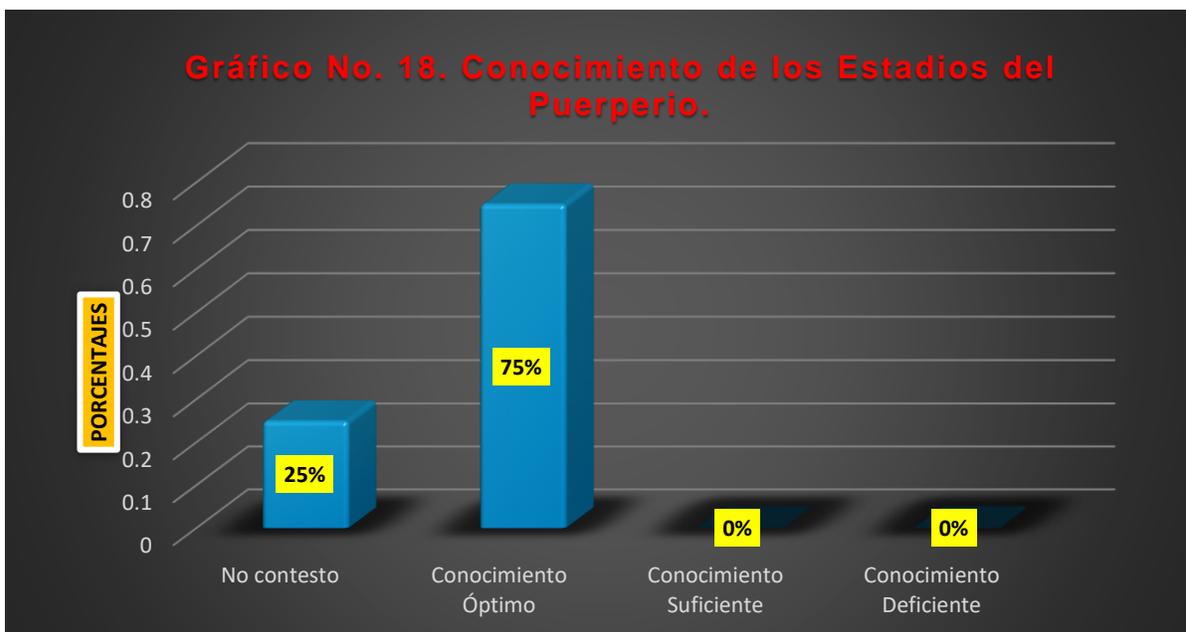
Fuente: Encuesta para identificar el nivel de conocimientos en intervenciones de enfermería en el puerperio inmediato en el área de Toco cirugía del Hospital General Dr. Jorge Soberón Acevedo en Noviembre de 2019.



Fuente: Encuesta para identificar el nivel de conocimientos en intervenciones de enfermería en el puerperio inmediato en el área de Toco cirugía del Hospital General Dr. Jorge Soberón Acevedo en Noviembre de 2019.

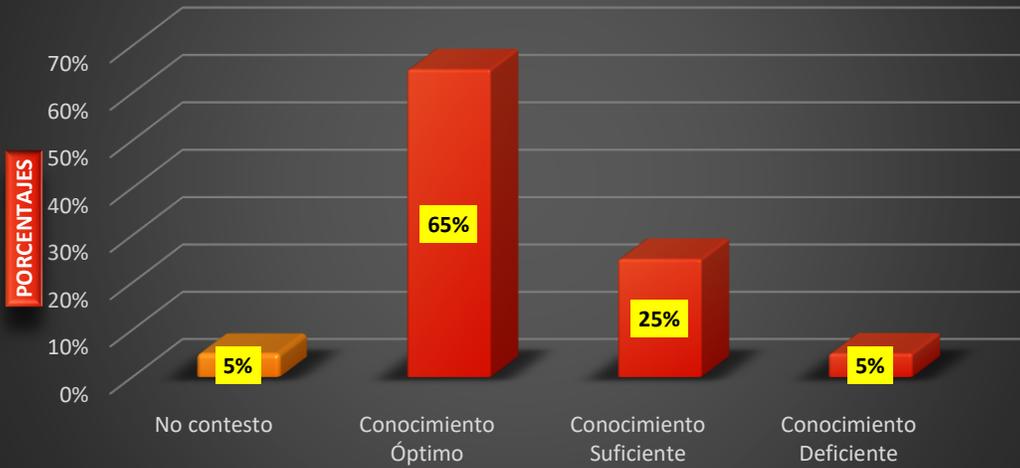


Fuente: Encuesta para identificar el nivel de conocimientos en intervenciones de enfermería en el puerperio inmediato en el área de Toco cirugía del Hospital General Dr. Jorge Soberón Acevedo en Noviembre de 2019.



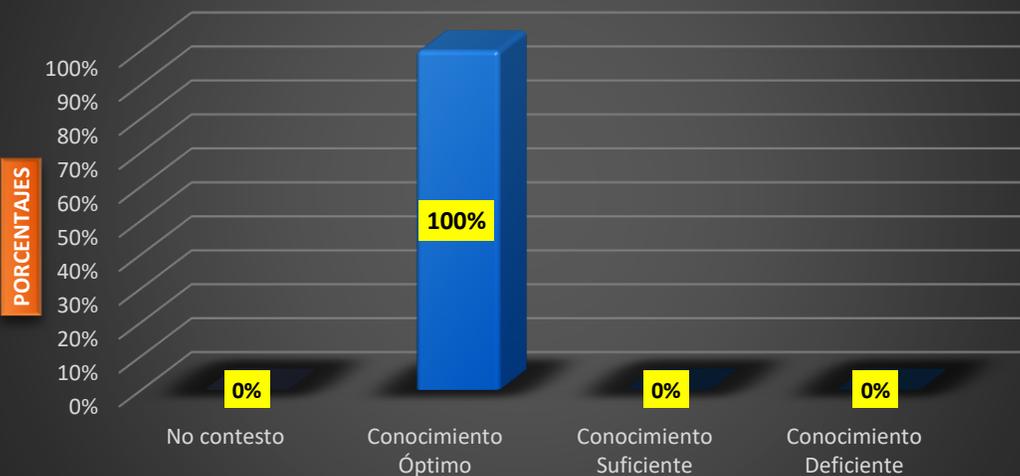
Fuente: Encuesta para identificar el nivel de conocimientos en intervenciones de enfermería en el puerperio inmediato en el área de Toco cirugía del Hospital General Dr. Jorge Soberón Acevedo en Noviembre de 2019.

Gráfico No. 19. Conocimiento de la pérdida sanguínea después de un parto vaginal.



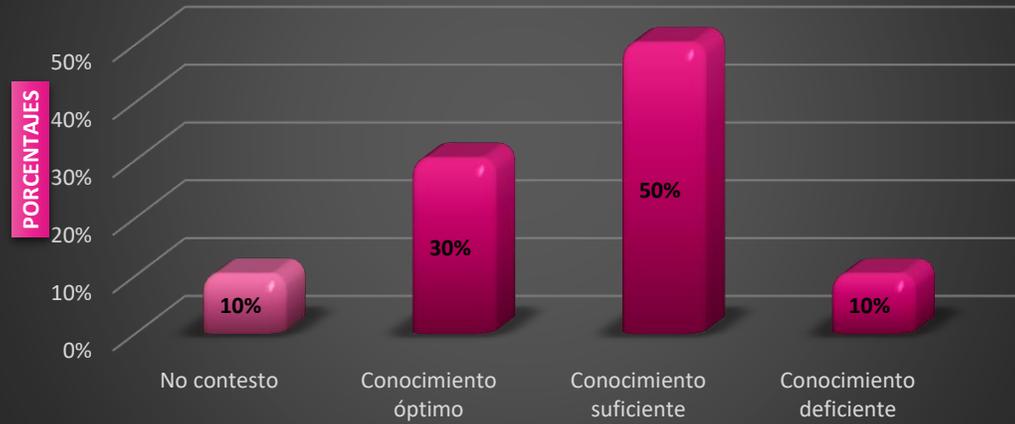
Fuente: Encuesta para identificar el nivel de conocimientos en intervenciones de enfermería en el puerperio inmediato en el área de Toco cirugía del Hospital General Dr. Jorge Soberón Acevedo en Noviembre de 2019.

Gráfico No. 20. Conocimiento de Intervenciones de Enfermería en el Puerperio Fisiológico Inmediato.



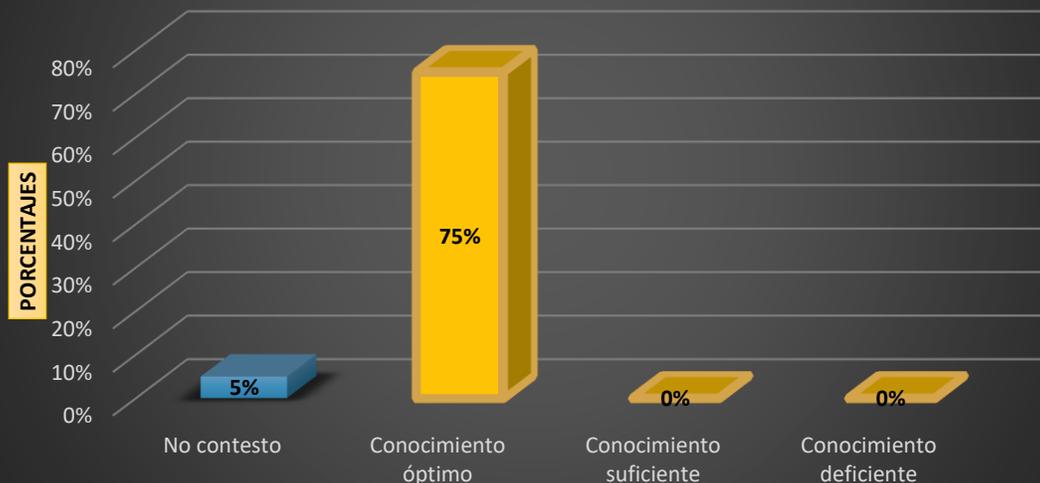
Fuente: Encuesta para identificar el nivel de conocimientos en intervenciones de enfermería en el puerperio inmediato en el área de Toco cirugía del Hospital General Dr. Jorge Soberón Acevedo en Noviembre de 2019.

Gráfico No. 21. Conocimiento de cuánto tiempo se debe valorar las constantes vitales de una puerpera en el Puerperio Inmediato.



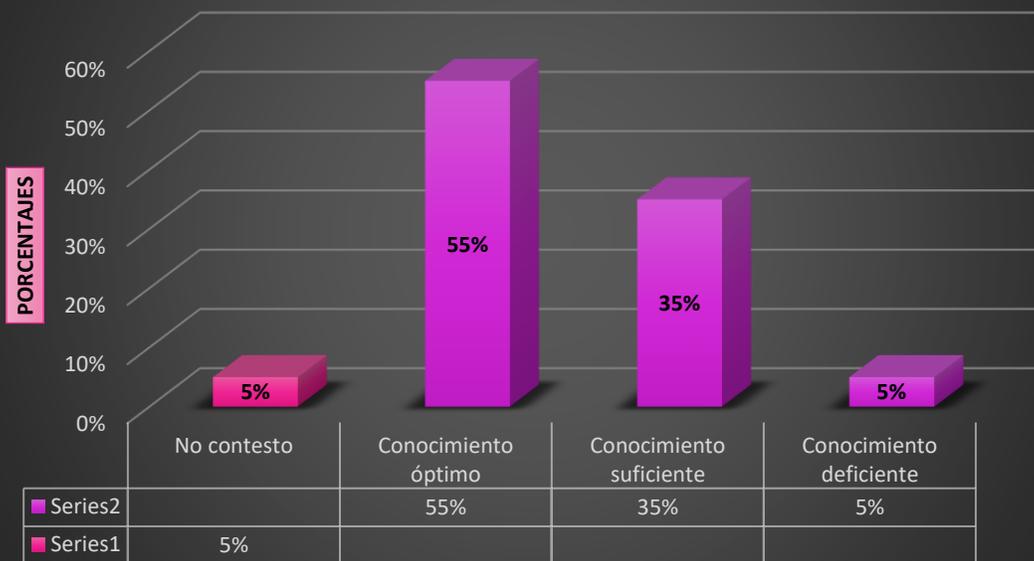
Fuente: Encuesta para identificar el nivel de conocimientos en intervenciones de enfermería en el puerperio inmediato en el área de Toco cirugía del Hospital General Dr. Jorge Soberón Acevedo en Noviembre de 2019.

Gráfico No. 22. Conocimiento como valorar las Características del Sangrado Vaginal después del parto.



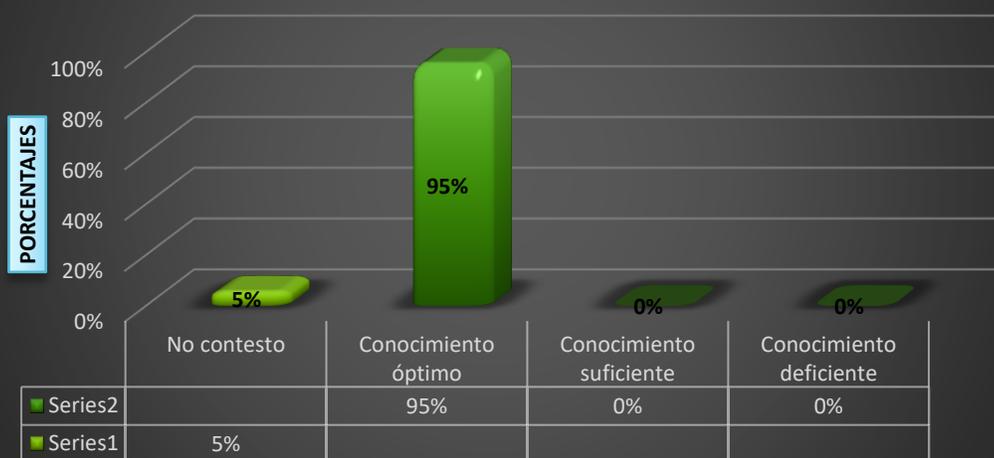
Fuente: Encuesta para identificar el nivel de conocimientos en intervenciones de enfermería en el puerperio inmediato en el área de Toco cirugía del Hospital General Dr. Jorge Soberón Acevedo en Noviembre de 2019.

Gráfico No. 23. Conocimiento cuánto tiempo se debe monitorear el Sangrado Trasvaginal.



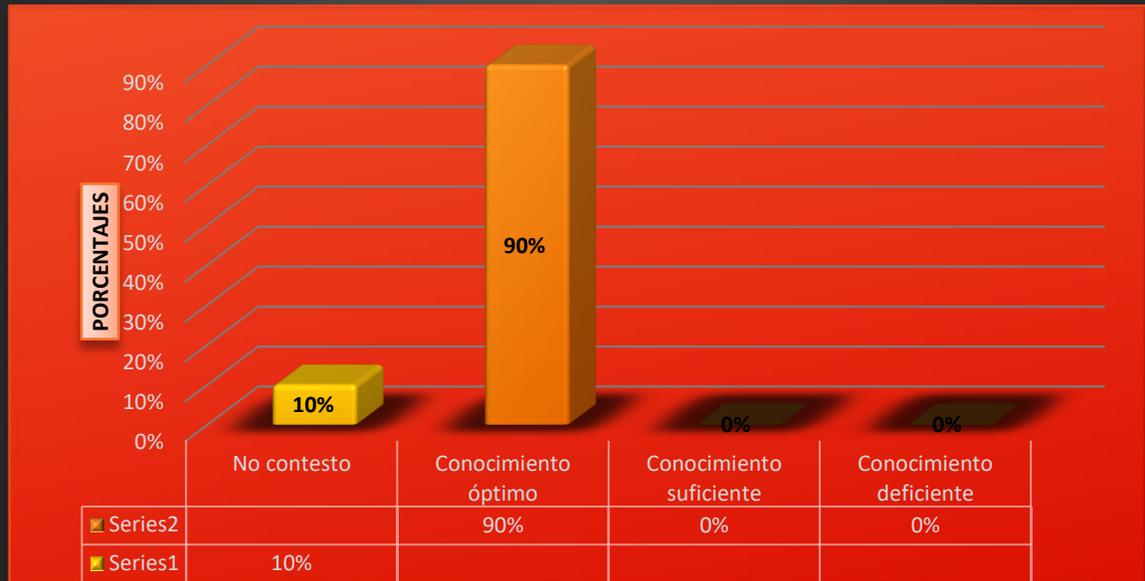
Fuente: Encuesta para identificar el nivel de conocimientos en intervenciones de enfermería en el puerperio inmediato en el área de Toco cirugía del Hospital General Dr. Jorge Soberón Acevedo en Noviembre de 2019.

Gráfico No. 24. Conocimiento por que es importante realizar el Masaje Uterino.



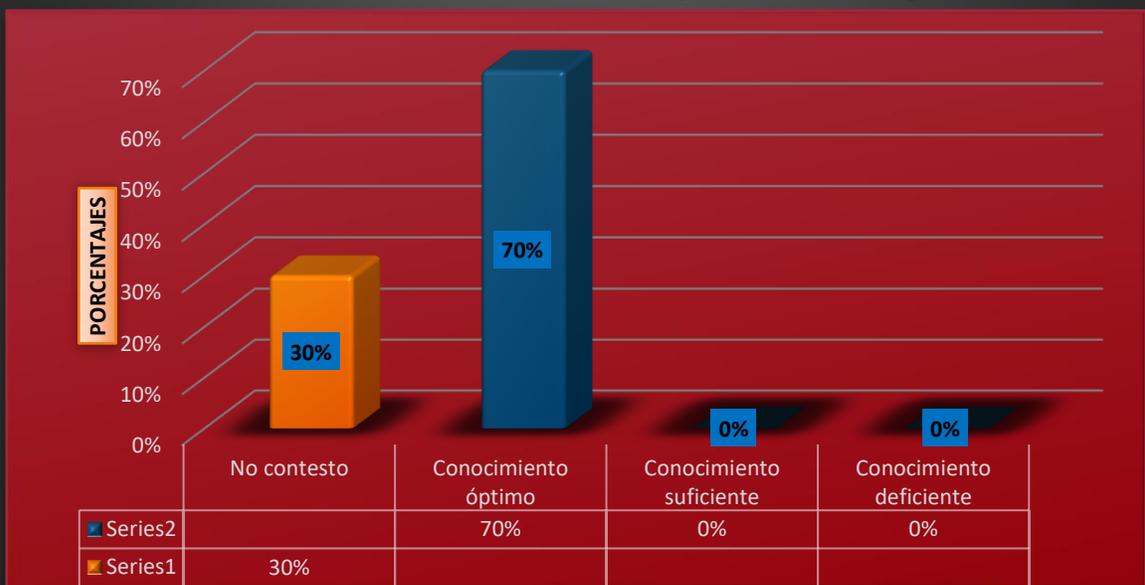
Fuente: Encuesta para identificar el nivel de conocimientos en intervenciones de enfermería en el puerperio inmediato en el área de Toco cirugía del Hospital General Dr. Jorge Soberón Acevedo en Noviembre de 2019.

Gráfico No. 25. Conocimiento del Personal de Enfermería como debe realizar el Masaje Úterino.



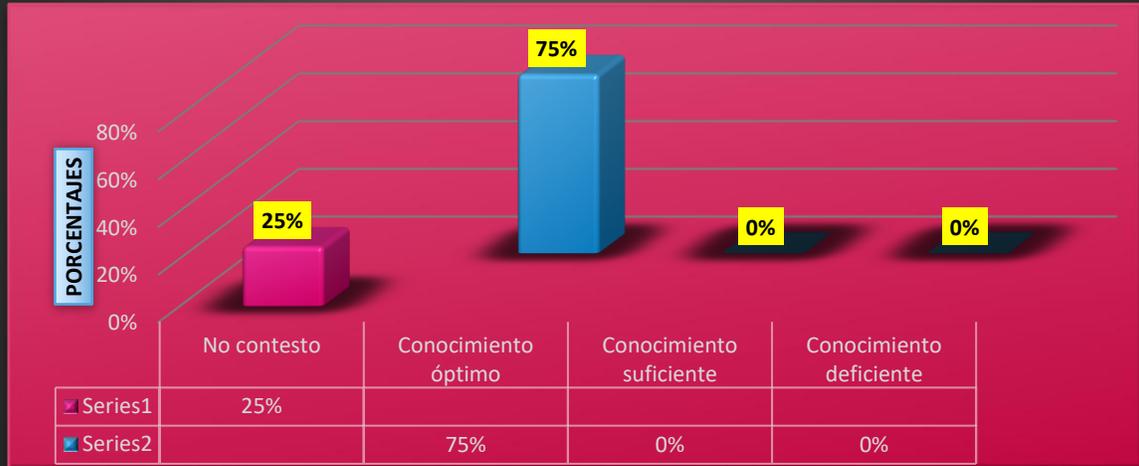
Fuente: Encuesta para identificar el nivel de conocimientos en intervenciones de enfermería en el puerperio inmediato en el área de Toco cirugía del Hospital General Dr. Jorge Soberón Acevedo en Noviembre de 2019.

Gráfico No. 26. Conocimiento de Intervenciones de Enfermería se realiza en respuesta a los signos y síntomas de alarma en el Puerperio Fisiológico.



Fuente: Encuesta para identificar el nivel de conocimientos en intervenciones de enfermería en el puerperio inmediato en el área de Toco cirugía del Hospital General Dr. Jorge Soberón Acevedo en Noviembre de 2019.

Gráfico No. 27. Conocimiento de Intervenciones de Enfermería para prevenir complicaciones en el Puerperio Fisiológico.



Fuente: Encuesta para identificar el nivel de conocimientos en intervenciones de enfermería en el puerperio inmediato en el área de Toco cirugía del Hospital General Dr. Jorge Soberón Acevedo en Noviembre de 2019.