



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**VALORACIÓN OBSTÉTRICA EN EL PUERPERIO
INMEDIATO PARA DETECCIÓN DE RIESGOS:
INSTRUMENTO PROPUESTO POR ENFERMERÍA**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTAN:

HERNÁNDEZ MENDOZA ERIC JULIÁN
PÉREZ TERÁN MARTHA HAYDEÉ
RAMOS BONILLA IRWING SADOT

DIRECTORA DE TESIS:
DRA. MA. DE LOS ÁNGELES TORRES LAGUNAS

MÉXICO, D.F.

MARZO, 2014





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

	Página
INDICE.....	i
DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS.....	ii
PRESENTACIÓN.....	1
CAPITULO I. INTRODUCCIÓN.....	3
1.1 Situación problemática.....	4
1.2 Contexto del estudio.....	5
1.3 Objeto de estudio.....	7
1.4 Pregunta de investigación.....	8
1.5 Objetivos de estudio.....	8
1.6 Justificación y relevancia del estudio.....	9
CAPITULO II. MARCO TEÓRICO – EMPÍRICO.....	10
2.1 Marco conceptual.....	11
2.2 Marco Teórico – Empírico.....	15
CAPITULO III. ABORDAJE METODOLÓGICO.....	35
3.1 Tipo de estudio.....	36
3.2 Escenario de estudio.....	36
3.3 Sujetos de estudio.....	36
3.4 Recolección de datos.....	37
3.5 Análisis e interpretación de resultados.....	38
3.6 Consideraciones éticas.....	38
CAPITULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	39
4.1 Resultados.....	40
4.1.1 Constructo.....	40
4.1.2 Panel de expertos.....	59
4.2 Discusión.....	65
CAPITULO V. CONCLUSIONES FINALES.....	69
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	74
INDICE DE IMÁGENES.....	77
ANEXOS.....	78

DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS

Del autor Eric Hernández:

Dedicado a todos mis vivos y a todos mis muertos, que se han inmortalizado en los sentimientos de mis memorias.

Mis vivos:

A mis padres Nancy Y. Mendoza S. y B. Julián Hernández G. que, fungiendo como educadores, hoy ven el fruto de la semilla de vida que plantaron en mí, que me crearon como producto del amor dándome la dicha de vivir para conocerlos y amarlos. A ustedes que no pierden la fe en mí, ni permiten que me pierda en este mundo incierto.

A mi hermana Adriana de la Luz Hernández M. que, como su nombre declara, ilumina con su compañía mi existencia.

A mi sobrina Missha Sophie M. Hernández quien me enseña que basta una persona para que merezca la pena vivir sin importar que el mundo caiga a pedazos.

A M. Haydeé P. Terán por motivar mi potencial humano y dar recuerdos eternos a mi alma. A ti por entregarme tu compañía en estos cortos días.

A Sadot Ramos B. que sin haber lazo sanguíneo logro que lo perciba como un hermano.

A mis abuelos, tíos y primos que conforman la familia de la que disfruto y recibo apoyo todo el tiempo.

A mis apreciables amigos de la fraternidad en la ENP 2, a mis compañeros de la universidad (ENEO), a mis colegas enfermeros, a mis maestros que contribuyeron a mi formación personal y académica.

Mis muertos:

A mi tío Víctor Mendoza Santoyo y mi amigo Mark Bermeo Ocampo por su épica lucha por la vida. A mis abuelos y demás familiares que compartirían la dicha de mis logros. Los extraño.

De la autora Martha Haydeé Pérez Terán:

Este trabajo se lo dedico:

A mi mamá Martha que su fuerza, apoyo, sabiduría y valentía. Porque decidiste seguir luchando ante cualquier adversidad, lo que inspiró mi fortaleza.

A mi papá Manuel que su apoyo, prudencia, confianza y consideración fortaleció mi espíritu.

A mi hermana Cristina que no hubiera sentido mi juventud sin ti, por tu aliento para seguir adelante a pesar de las adversidades.

A mi hermana Miriam porque me hiciste soñar e idealizar mi futuro en la infancia, y descubrir la fuerza con la que puede contar una mujer.

A mi hermana Diana que procuras la alegría del lugar en donde te encuentres, y ante toda situación haber salido adelante.

A mis sobrinos Aarón, Alejandro, Krishna, Yael, Sofía y Faredy, que me enseñaron que la paciencia es una gran virtud.

A Eric que hemos compartido el camino no solo de este proyecto, sino de nuestra vida, encontrando a mi complemento y mi motivación en muchos aspectos.

A toda mi familia aunque se encuentren muy lejos y no nos frecuentemos tan seguido, en especial a mi tío Alberto, porque he sentido su apoyo y su cariño a través de distintos medios y tiempo.

A mis amigos que como bien dicen, se cuentan con los dedos de una sola mano, Sadot por encontrar siempre el momento para animar los días grises y brindar su apoyo incondicional.

A todas aquellas persona que aunque no compartamos lazos sanguíneos, me apoyo y alentó en este difícil camino, a las familias Hernández Mendoza y Ramos Bonilla.

Y en especial a mi alma mater, mi escuela, ENEO, y mi universidad, UNAM.

Del autor Sadot Ramos:

Les dedico esta tesis a mis padres, Ruth Bonilla que ha sido tan fuerte ante tantas adversidades y Gregorio Ramos quien estaría orgulloso por este logro de mi vida, a mi hermana Natziel Ramos por apoyarme, a mis abuelos Rómulo Bonilla y Mercedes Pineda por su paciencia, tolerancia y quienes me brindaron un cálido hogar, a mis tías Noemí Bonilla por compartir opiniones, Alma Delia Bonilla y su hija Montserrat Pérez por su ayuda, a mi tío Rodrigo Bonilla por el apoyo mutuo desde niños.

Durante esta etapa de mi vida he concluido mis estudios de nivel licenciatura y en el trayecto grandes personas y familias han compartido mis metas e incluso apoyado para poder lograrlo ante infinidad de situaciones que se han presentado para alcanzar esta meta de mi formación académica.

Gracias infinitas a mis compañeros de la ENEO por sus palabras de aliento ante mi pérdida familiar para continuar y retomar la carrera, a mis profesores que han dado de sí para mi formación y poder concluir la carrera, gracias a las familias Camorlinga Hernández, Márquez Morales, Becerril García, Sampeiro Ramos, Neri Moctezuma, Hernández Mendoza y Pérez Terán. Gracias a los grandes amigos Sergio Montes, Mariano Torres, Javier Cortez, Fernando Becerril, Román Fragoso, Leopoldo, Jesús e Iris Márquez, Leonardo Zamorano, Ángel Páramo Yuriria Villagomez y Eduardo Rivera.

Y un agradecimiento especial para Eric Mendoza y Haydee Pérez con quienes en conjunto hemos logrado el éxito de esta tesis sobreponiéndonos ante los obstáculos que hemos enfrentado.

De los autores:

Agradecemos a todas las personas involucradas en la realización de este proyecto, que nos apoyaron para la elaboración y conclusión de esta tesis.

A nuestra coordinadora del programa del servicio social “Maternidad sin riesgos” que también fungió como directora de esta tesis Dra. Ángeles Torres Lagunas y colaboradores Mtra. Laura Alfonso y LEO Mercedes Aguilar Ruvalcaba. También a los integrantes de la academia de obstetricia de la ENEO-UNAM que participaron en el panel de expertos. A la institución Hospital Materno Infantil Vicente Guerrero Chimalhuacán que nos abrió las puertas para la iniciación de este proyecto, así como a su personal operativo y administrativo.

A la UNAM y en especial a la ENEO y a profesores que laboran en ella, por su interés y paciencia para transmitirnos su conocimiento, proporcionándonos las herramientas necesarias para lograr uno más de nuestros objetivos.

*Gracias a la vida que me ha dado tanto
me ha dado el sonido y el abecedario
con él las palabras que pienso y declaro...
... me dio el corazón que agita su marco
cuando miro el fruto del cerebro humano
cuando miro al bueno tan lejos del malo...
... me ha dado la risa y me ha dado el llanto,
así yo distingo dicha de quebranto...
... gracias a la vida que me ha dado tanto.*

Violeta Parra (1966)

PRESENTACIÓN

La presente tesis, además de realizarse con fines académicos, surge ante la problemática nacional actual entorno a la mortalidad materna, específicamente se desarrolla en el periodo del postparto inmediato, mediante la construcción de un instrumento que pretende registrar oportuna y puntualmente los datos relevantes que permitan realizar la detección pertinente de riesgos y así lograr intervenciones para prevenir posibles complicaciones durante este periodo. De este modo se propone como un instrumento de uso rutinario en las unidades de salud que brinden servicio a pacientes obstétricas, así colaborar a la disminución de muertes maternas durante el postparto inmediato y, a su vez contribuyendo a cumplir el 5° objetivo del milenio. Existen pocos estudios de instrumentos de valoración obstétrica en el postparto. En España, una unidad de maternidad construyó un instrumento de valoración obstétrica con el fin de estandarizar la valoración enfermera en el posparto, permitir la comunicación entre el equipo multidisciplinario y evitar omitir datos relevantes.

Se desarrolla de la siguiente manera, en el capítulo I se delimita la problemática y describe el contexto en el que surge, posteriormente en el capítulo II se sustenta con bases conceptuales, teóricas y empíricas, continuando en el capítulo III se describe el desarrollo metodológico del estudio y el diseño abordado para su desarrollo, después en el capítulo IV se dan a conocer los

resultados y se realiza su análisis correspondiente y, en el capítulo V se dan a conocer las conclusiones, así como las consideraciones, aportaciones y recomendaciones finales. La tesis finaliza con los referentes bibliográficos y anexos empleados para la misma.

Siendo la valoración enfermera el inicio de nuestro proceso de atención es indispensable que la recolección de datos sea objetiva y evite omitir datos clínicos relevantes, ahí la importancia de contar con los instrumentos de valoración específicos que permitan la detección oportuna de riesgos y así contribuir a la mejorara de la calidad del cuidado durante el postparto fomentando el cuidado integral a la mujer.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN.

1.1 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La valoración de enfermería es aquella que nos permite identificar los problemas que presenta un paciente, así como planificar los cuidados a realizar (MeSH, 1987). El proceso de atención de enfermería toma como base para su desarrollo los datos recolectados en esta, apoyándose de instrumentos que cumplen esta función. La mayoría de instituciones cuenta con un instrumento general para toda la población usuaria, ante esta generalidad suelen ser desapercibidos datos que podrían ser relevantes para la prevención de riesgos en determinados periodos o etapas que cursan los usuarios.

Las unidades materno-infantiles al ser enfocadas a una determinada población, siguen generalizando los instrumentos de recolección de datos. Como consecuencia se desencadenan eventos adversos y a pesar de que el error se materializa por el ejecutante, éste es producto de la falla del sistema desde el aspecto organizacional hasta la falta de trabajo en equipo, ya que es el resultado de un eslabonamiento de eventos en los que intervienen todos los profesionales de la salud e incluso el propio paciente (Reason, 2000), dando así origen a propuestas para la mejora continua.

De esta manera durante la rotación de nuestro servicio social en una unidad materno-infantil, proponemos un instrumento de valoración enfermera durante el

periodo del puerperio inmediato para la detección de riesgos y prevención de complicaciones, siendo este el periodo en el que se desencadenan dos de las tres primeras causas de mortalidad materna en nuestro país (OMM, 2012) y el mundo (OMS, 2012).

Guías de práctica clínicas, lineamientos técnicos, normas oficiales mexicanas, bibliografía y artículos científicos fueron la base para la realización del instrumento, posteriormente fue sometido al comité de mortalidad materna del HMIVGCh, el cual hizo observaciones para su construcción, posterior a ello fue presentado ante un panel de expertos conformado por la academia de obstetricia de la ENEO-UNAM quienes valoraron el instrumento e hicieron observaciones para afinar el instrumento.

1.2 CONTEXTO DEL ESTUDIO

Uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio adoptados por la comunidad internacional es reducir la mortalidad materna en un 75% entre los años de 1990 y el 2015 (OMS, 2010). Sin embargo, la mortalidad materna sigue siendo un problema de salud pública a nivel mundial, de acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se reporta que diariamente mueren en todo el mundo un promedio 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo, parto y puerperio (OMS, 2012). Las primeras causas de mortalidad materna siguen siendo hemorragias graves (postparto), infecciones

(puerperales), enfermedad hipertensiva del embarazo (Pre-eclampsia, eclampsia y síndrome de HELLP) y el aborto, representando en conjunto el 80% de muertes maternas (OMS, 2012). Estas muertes aconteciendo en su mayoría en países en vías de desarrollo, muchas de las cuales podrían haberse evitado con intervenciones preventivas como lo es la detección de factores de riesgo en el cuidado perinatal (Álvarez Toste et al., 2011).

En México mueren 43 mujeres por cada 100 000 nacidos vivos. Dentro de las primeras causas de muerte se encuentran pre-eclampsia, eclampsia, hemorragia postparto e infección puerperal según el Observatorio de Mortalidad Materna en México (OMM, 2011, 2012, 2013). Los estados con mayor número de muertes maternas son: Estado de México (14%), Veracruz (7.8%) y Distrito federal (7.1%) en 2012 (OMM, 2012).

El Estado de México posee el mayor número de muertes maternas con 133 en el 2012 (OMM, 2012). En respuesta a esta situación el Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) ha desarrollado protocolos de clasificación de urgencias (TRIAGE Obstétrico) y un sistema de respuesta rápida en la atención a las emergencias obstétricas (Código MATER) (Alvarado Berrueta, Arroyo Vázquez, Hernández Pérez, Vélez Calderón, & Márquez Torres, 2013). Dado el efecto positivo en la estadística de estas unidades, se han abierto a la inclusión de proyectos de mejora continua.

El personal de enfermería se encuentra en contacto directo con la paciente durante el puerperio inmediato, en donde la identificación de anomalías en los

signos y síntomas puede ser determinante para actuar oportunamente ante cualquier riesgo. Para ello el equipo de salud debe estar capacitado para realizar valoraciones integrales, apoyándose en los instrumentos de recolección de datos. (Cunningham et al., 2011; Rouvier, González-Block, Sesia, & Becerril-Montekio, 2013)

Los registros clínicos de enfermería son esenciales para la disciplina, fungen como base para la comunicación entre el equipo multidisciplinario de salud, demuestran la evolución del cuidado, permiten la valoración integral, simplificación de datos, favorecen la continuidad del cuidado, influyen en la toma de decisiones e intervenciones oportunas, contribuyen a la mejora continua de los servicios de salud en la calidad de la atención (Santiago, Zárate Grajales, & Matus Miranda, 2011; Velasco, Foret, Sanchís, & Server, 2007).

1.3 OBJETO DE ESTUDIO

Instrumento obstétrico propuesto por pasantes de la licenciatura en enfermería y obstetricia para la detección de riesgos y prevención de complicaciones en la población usuaria que curse el puerperio inmediato.

1.4 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo es un instrumento para la valoración del riesgo y detección de complicaciones en el puerperio inmediato?

1.5 OBJETIVOS DE ESTUDIO

1.5.1 General:

Proponer un instrumento obstétrico realizado por pasantes de la licenciatura en enfermería y obstetricia para la valoración de riesgos y detección de complicaciones durante el puerperio inmediato, para su uso en unidades de salud que brinden atención a pacientes obstétricas.

1.5.2 Específicos:

-Diseñar un instrumento obstétrico clínico específico basado y fundamentado en guías de práctica clínica, lineamientos técnicos, normas oficiales mexicanas, bibliografía, artículos científicos, así como la experiencia de los autores de este trabajo que nos permita detectar riesgos en el puerperio inmediato y así evitar posibles complicaciones.

-Someter a evaluación el instrumento propuesto ante un panel de expertos.

1.6 JUSTIFICACIÓN Y RELEVANCIA DEL ESTUDIO

El presente trabajo surge ante la problemática mundial y nacional actual relacionada a la mortalidad materna en el puerperio, ofreciendo una opción más para alcanzar las metas establecidas en los objetivos del milenio, mejorando la calidad del cuidado durante este periodo con el cuidado integral a la mujer. En este caso tomando como principal actor al profesionalista de enfermería y obstetricia que se desenvuelva en una unidad materno-infantil, dando la importancia a identificar un conjunto de datos relevantes que faciliten información suficiente necesaria en la valoración inicial de las pacientes que cursen el periodo del puerperio inmediato. Es decir, los datos recogidos en el instrumento propuesto durante esta fase del proceso de enfermería serán elementos esenciales que ayudaran al personal de enfermería a describir el estado general de salud de la paciente postobstétrica, identificar factores de riesgo y dirigir la toma de decisiones en la elaboración de planes de atención de una manera más efectiva, mejorando significativamente la calidad de la atención a los usuarios a su cuidado.

Esta tesis pretende mejorar la atención a la población usuaria que curse el puerperio inmediato, demostrando la importancia de la valoración de enfermería auxiliada por instrumentos específicos para la detección de riesgos y así intervenir oportunamente mejorando la atención del licenciado en enfermería y obstetricia en el cuidado de las usuarias que trate durante el postparto.

CAPÍTULO II

MARCO TEORICO-EMPÍRICO

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO - EMPÍRICO.

2.1 MARCO CONCEPTUAL

Valoración de enfermería obstétrica

La real academia de la lengua española define valoración como la acción y efecto de valorar. La valoración de enfermería es definida como aquella que nos permite identificar los problemas que presenta un paciente así como planificar los cuidados a realizar (MeSH, 1987), con el objetivo de recoger información sobre la salud del paciente. La enfermería obstétrica es aquella que se encarga de otorgar cuidados a la paciente embarazada antes, durante y después del parto (MeSH, 1967). Así que se integran estas definiciones para conformar la definición de valoración de enfermería obstétrica, concluyendo que se determina como aquella que permite a la enfermería valorar riesgos e identificar problemas, con el fin de otorgar cuidados seguros a la paciente embarazada, durante el parto y puerperio.

Dentro de la valoración de enfermería obstétrica podemos encontrar otras definiciones implícitas. El embarazo es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término(Hernández-Leyva, 2003). En algunos casos la conclusión del embarazo puede ser a causa de aborto o parto prematuro. El parto es la expulsión o

extracción completas de un feto de la madre, independientemente de si el cordón umbilical se ha cortado o la placenta esta fija a través de la vagina. Se define a la cesárea como el nacimiento del feto a través de incisiones de la pared abdominal (laparotomía) y la uterina (histerotomía)(Cunningham et al., 2011), en embarazos de 27 semanas o más (Felix, 2002).

El periodo posparto es el que sea poco después del parto (MeSH, 2005) o puerperio es la etapa del estado grávido-puerperal que comprende desde que termina el alumbramiento hasta la involución del organismo materno se completa. Este periodo dura de 6 a 8 semanas o 42 días y es el tiempo que el organismo materno emplea en regresar a las condiciones pregestacionales (Felix, 2002). Se divide en 3: Puerperio inmediato: las primeras 24 horas posparto normal. Puerperio mediato: del 2° al 7° día. Puerperio tardío: del 8° al 42° día (SSA, 1993). Cunningham en su obra de Obstetricia de Williams expone que en términos estrictos, el puerperio se define como el periodo de reclusión que transcurre durante el parto e inmediatamente después, pero por lo general el término se utiliza para referirse a las siguientes seis semanas. Durante este periodo es cuando se presentan más riesgos.

La definición de riesgo es la probabilidad en que ocurra un evento. Abarca una variedad de medidas de la probabilidad de un resultado, generalmente desfavorable (MeSH, 1988), aumentando la morbilidad materna después del parto (Álvarez Toste, Salvador Álvarez, López Barroso, Carbonell García, &

González Rodríguez, 2012), a causa de enfermedades hipertensivas, hemorragia obstétrica e infección puerperal (OMM, 2013).

Registro de enfermería

Los registros de enfermería son datos registrados por estos profesionales sobre los cuidados proporcionados al paciente, incluyendo el juicio de la evolución del paciente (MeSH, 1967). El registro como asunto es el compromiso por escrito, como prueba auténtica de algo que tiene importancia legal, el concepto incluye los certificados de nacimiento, defunción, etcétera, así como de hospitales, médicos y otros institucionales registros (MeSH, 1968) Los registros son una relación escrita sobre el estado de salud y los cuidados de un paciente; describe la salud, especifica el diagnóstico y las medidas terapéuticas empleadas con el enfermo, así como la respuesta de éste a ellas. Éste cumple con varios objetivos(Guerrero Castillo, 2004):

La comunicación. Es el vehículo por medio del cual se comunican los miembros del equipo sanitario. Aunque también lo hacen oralmente, esta otra forma es eficaz y permanente. Si es exacta, ayuda a las enfermeras a evitar errores, como la administración por descuido de una medicación 2 veces. También permite que se trasmitan de un turno a otro los datos significativos sobre el paciente. En el caso de la valoración del puerperio inmediato es importante

conocer las condiciones, complicaciones, eventos, que nos permitan otorgar los cuidados pertinentes y oportunos a las pacientes.

La documentación legal. Es un documento legal aceptado en un juicio como prueba. Generalmente se considera perteneciente al centro hospitalario. En el ambiente materno-infantil, es rigurosamente vigilado su cumplimiento, puesto que una muerte materna es prevenible, ya que las medidas adecuadas y oportunas no permitirían que este deceso ocurriera, en conjunto se considera para medir el nivel socioeconómico y de desarrollo de un país.

La investigación. La información que contiene puede ser un instrumento valioso para investigar. Un registro hecho hace tiempo ilumina un problema actual. Los enfermeros disponen a menudo de información incompleta de una patología pasada y de su terapéutica, pero las gráficas revelan generalmente datos exactos, tal vez olvidados por los pacientes.

La estadística. La estadística que surge de estos medios ayuda a los centros hospitalarios a prevenir y a planificar las necesidades futuras.

La educación. Generalmente proporcionan una visión comprensiva del enfermo, la patología y los cuidados que se le dan.

La revisión. Se emplea para controlar la calidad de los cuidados que el paciente recibe y las competencias de cada persona implicada en el procedimiento. Especialmente una revisión de enfermería determina la asistencia

de estos profesionales; a menudo es retrospectiva sobre la atención que ya se ha prestado.

2.2 MARCO TEORICO EMPIRICO.

En algunos países se tienen estudios sobre la construcción de instrumentos de enfermería específicos para la recolección de datos sobre las intervenciones realizadas por el profesional.

Rodríguez, Donat, Climent y colaboradores (2007) en España realizaron un documento de valoración obstétrica en una unidad de maternidad donde se observó que durante el puerperio mediato e inmediato los cuidados deben otorgarse de manera específica, y no existía un modelo o instrumento en donde se registraran datos en específico del puerperio, corroborándolo de manera telefónica en otros hospitales sin encontrar registro alguno. Se creó un instrumento de valoración que se implementó durante mes y medio en esta misma sala de maternidad encontrándose con un adecuado llenado. Además se dio a evaluar por el personal de enfermería del área de maternidad, recibiendo respuesta favorable, creando así un nuevo registro estándar para la valoración en el puerperio (Velasco et al., 2007).

Ribeiro y Marín (2009) en Brasil realizaron un instrumento que estandariza la valoración de enfermería mediante el constructo de un instrumento para una población geriátrica, se dividía en dos secciones, la primera que son los datos de

identificación y en la segunda parte que es la valoración. Este fue evaluado y aprobado por Ética e investigación de la UNIFEST, desarrollando un instrumento para recopilar datos esenciales de enfermería con información confiable (Ribeiro & Marin, 2009).

La Norma Oficial Mexicana 004 del expediente clínico refiere que todo documento contenido en éste debe tener como mínimo: nombre completo, edad y sexo del usuario, número de cama o expediente clínico, fecha, hora, nombre completo y firma de quien elabora la nota. Así como expresarse sin abreviatura, sin enmendadura, ni tachaduras y conservarse en buen estado; habitus exterior, signos vitales, ministración de medicamentos con fecha, hora, cantidad y vía, procedimientos realizados, observaciones; y deben estar conservados mínimo cinco años después de la última fecha de atención. Así mismo, toda unidad médica con atención obstétrica deberá contar con procedimientos por escrito para la vigilancia del puerperio inmediato (SSA, 2012).

En las primeras dos horas se debe verificar la normalidad del pulso, tensión arterial y temperatura, el sangrado transvaginal, tono y tamaño del útero y la presencia de micción. Posteriormente cada 8 horas (SSA, 1993). La posibilidad de una hemorragia abundante es mayor en el posparto inmediato, incluso en los casos normales de manera que una persona adiestrada debe permanecer con la madre cuando menos 1 hora después del parto (Cunningham et al., 2011).

Caprini desarrollo un modelo para la evaluación del riesgo tromboembólico en pacientes de origen médico y quirúrgico, tomando en cuenta 40 factores de

riesgo con una puntuación de 1 a 5 puntos de acuerdo a su presentación, permitiendo estratificar a los pacientes en bajo, moderado, alto y muy alto riesgo tromboembólico. El modelo de Caprini se asocia con una detección de 2.6 veces más del riesgo de trombosis.

El embarazo incrementa el riesgo de eventos tromboticos de 3 a 5 veces comparado con pacientes no embarazadas. Esta predisposición es resultado de un estado de hipercoagulabilidad, como mecanismo de protección durante el embarazo y el aborto espontaneo.

El embarazo se caracteriza por un incremento de los factores procoagulantes y disminución de los factores anticoagulantes, resultado de un aumento en los niveles de fibrinógeno, factores de la coagulación VII, VIII, IX y X, disminución de los niveles de proteína S y resistencia a la proteína C activada y alteración de la fibrinólisis debida a inhibidores derivados de la placenta. La deficiencia adquirida de antitrombina ocurre en estados de pérdida de proteínas como el síndrome nefrótico y preeclampsia, incrementando el riesgo de trombosis. La estasis sanguínea, causada por dilatación venosa mediada por progesterona y compresión de la vena cava inferior por el útero a finales de la gestación, también incrementa el riesgo de trombosis. La disrupción endotelial de los vasos pélvicos puede ocurrir durante el parto y principalmente por interrupción por vía cesárea. A pesar del incremento de los factores de riesgo durante el embarazo y posparto, la mayoría de estas no requieren anticoagulación (Carrillo-Esper et al., 2011).

El riesgo de trombosis venosa y embolia pulmonar en mujeres por lo demás saludables se considera más alto durante el embarazo y el puerperio. Aunque la frecuencia de la enfermedad tromboembólica venosa durante el puerperio ha disminuido de manera notoria conforme a la deambulación temprana ha llegado a practicarse más ampliamente, la embolia pulmonar persiste como una causa notoria de muerte materna. La fisiopatología refiere que los estados que predisponen a la aparición de trombosis venosa son estasis, traumatismo local de las paredes de los vasos e hipercoagulabilidad.

El riesgo de cada uno aumenta durante el embarazo normal. La compresión de las venas de la pelvis, y de la cava inferior, por el útero en agrandamiento hace al sistema venoso de los miembros inferiores, en particular, vulnerable a la estasis; ésta es el factor de riesgo predisponente más constante para trombosis venosa. La estasis venosa y el parto también contribuyen a lesión de células endoteliales. Además hay activación endotelial con la preeclampsia. Por último aumentos notorios de la síntesis de casi todos los factores de coagulación durante el embarazo favorecen la coagulación. Varios factores de riesgo independientes se relacionan con la aparición de tromboembolia durante el embarazo, además de la preeclampsia, existen otros factores de riesgo que son: tromboembolia previa, edad de 35 años o más, uso de anticonceptivos orales, hipertensión, cáncer, obesidad, tabaquismo, trombosis venosa superficial, paraplejía, deshidratación, enfermedades infecciosas e inflamatorias, síndrome nefrótico, trombosis venosa profunda e inmovilidad como reposo prolongado en cama (Cunningham et al., 2011).

Los cambios en la coagulación de la sangre en el postoperatorio o en el posparto incluyen un aumento de algunos de los factores intrínsecos de la coagulación, especialmente de los factores VIII, IX y X. Hay también un aumento del fibrinógeno, de los inhibidores de la fibrinolisis circulante, y de la adhesividad y agregación plaquetaria en las 72 a 96 horas siguientes a la cirugía y en los diez días siguientes al parto. Durante el puerperio normal el recuento de plaquetas alcanza un pico hacia el décimo día. Hay colaterales venosas extensas en los órganos reproductores femeninos.

La infección pélvica posparto o postaborto es un medio adecuado para la trombosis venosa. La estasis venosa promueve la trombosis venosa, el resultado es la unión plaquetaria con adherencia a la pared de la vena y la liberación de sustancias pro coagulantes que forman una maya inicial de plaquetas fibrina y eritrocitos. Este proceso finalmente conduce a la formación de un trombo. El grado de inmovilización posparto está directamente relacionado con la incidencia de tromboembolismo, de modo el caminar cuanto antes es importante en la prevención del embolismo pulmonar (Cavanagh Denis, E. Woods Ralph, & C.F., 1982).

La embolia pulmonar es la complicación común de una trombosis venosa, una vez que se ha establecido trombosis venosa, el tamaño del coagulo aumenta por acumulación, pudiendo provocar un coagulo largo y friable. El embolismo pulmonar se produce por la fragmentación de esta coagulo o porque se libera todo el coagulo de la pared del vaso. Si el trombo es pequeño, la paciente puede

presentar pocos síntomas y sobrevivir. Si se libera una porción grande del coagulo, puede ocluirse una rama principal de la arteria pulmonar. Esto provocara el espasmo reflejo de otras ramas de la arteria pulmonar, produciendo con frecuencia la muerte, habitualmente por paro cardiaco(Cavanagh Denis et al., 1982).

La prevalencia de embolia preparto y posparto es casi igual, pero la mortalidad es más alta en quienes presentan embolia posparto. En muchas pacientes, pero ciertamente no en todas los datos clínicos de trombosis venosa profunda de las piernas precede a la embolización pulmonar. En otras pacientes, sobre todo en aquellas con trombosis en venas pélvicas profundas, por lo general no hay síntomas en tanto no ocurre embolización(Cunningham et al., 2011).

El infarto pulmonar secundario a un tromboembolismo es una de las causas más frecuentes de muerte materna, puede producirse sin signos evidentes de trombosis venosa en las venas de la pelvis o de la extremidad inferior. Si la trombosis provoca la oclusión parcial de la vena, pueden producirse menos síntomas locales. El tromboembolismo es una enfermedad evitable si puede identificar claramente a la paciente sensible y el inicio de la trombosis venosa. Aunque el embolismo pulmonar puede presentarse en cualquier momento del embarazo, parto o del periodo posparto, suele producirse con mayor frecuencia durante los diez primeros días del puerperio. El tromboembolismo es más frecuente después de la cesárea y en paciente que reciben estrógenos para suprimir la lactación.

El tratamiento principalmente debe ser la prevención con la identificación de la paciente predispuesta a la tromboflebitis. Si se quiere hacer una profilaxis de tromboembolismo, una vez que se haya identificado a la paciente predispuesta, las medidas profilácticas deben ir encaminadas hacia la prevención de la estasis venosa en las extremidades inferiores. En cirugía, el método más práctico de mejorar el retorno venoso de las piernas consiste en elevarlas 15° por encima del plano horizontal. Después de los procedimientos obstétricos es recomendable favorecer la deambulación (Cavanagh Denis et al., 1982).

Las mamas tienen dos características diferenciales muy importantes: esta modificada para producir leche y tiene capacidad de respuesta hormonal. Se conforma de un pezón y areola. Las variaciones en tamaño o longitud del pezón no tienen por qué representar un problema para la instauración de la lactancia materna. Existen diversos tipos de pezones: protuyentes, planos, retraídos y hundidos o invertidos. El tipo de pezón no determina necesariamente el éxito de la lactancia. A menudo, el aspecto del pezón cambia durante el embarazo y siempre tras la lactancia, aumentando la protrusión, al provocar la succión frecuente la elongación de fibras y la desaparición de pequeñas adherencias.

La presión negativa que origina la succión no es suficiente para el vaciado de los alveolos, ya que la gran tensión superficial que se opone al movimiento de la leche en los conductos pequeños origina el colapso de la luz de los conductos por la presión negativa de la succión. Por ello es imprescindible la contracción de

las células mioepiteliales que envuelven los alveolos, las cuales consiguen con relativa facilidad expulsar la leche hacia conductos de calibre superior, en los que la succión si resulta efectiva.

La oxitocina provoca esta contracción mioepitelial. La oxitocina se libera en respuesta al estímulo del pezón, por succión o manipulación y en respuesta a estímulos físicos, visuales, sonoros o emocionales agradables, generalmente relacionados con el bebe. Estos estímulos alcanzan por diferentes vías los núcleos supraópticos y paraventricular del hipotálamo que libera oxitocina. Esta llega a la mama por vía sanguínea y estimula los receptores específicos de las células mioepiteliales, cuya contracción provoca la salida de leche al alveolo facilitando su desplazamiento por los conductos hacia el pezón. Este proceso se produce de forma continuada durante la succión y consigue volver a rellenar los conductos a medida que van quedando vacíos. Los receptores oxitócicos de las fibras mioepiteliales de mama, útero y vagina aumentan en número durante el tercer trimestre y tras el parto. Esto favorece la sensibilidad a la oxitocina segregada durante la lactancia: provoca contracciones uterinas (“entueros”) destinada a la recuperación del estado basal del útero tras el parto (de Pediatría, 2008).

Al finalizar el embarazo, se presenta un caída brusca de estrógenos y de progesterona, por lo tanto la hipófisis se ve liberada de la acción inhibitoria de los estrógenos, empieza a funcionar normalmente y a secretar una mayor cantidad de prolactina y esto va a determinar, después del parto, la aparición de la

secreción láctea en las glándulas mamarias, que necesariamente tuvieron que ser estimuladas con estrógenos y progesterona durante la gestación (Felix, 2002).

Después del parto las mamas empiezan a secretar calostro, que es un líquido de color amarillo, casi siempre puede extraerse del pezón hacia el segunda día del puerperio (Cunningham et al., 2011). La secreción láctea se instala en un lapso de 48 a 72 horas y puede producir hipertermia local en las mamas, congestión, aumento de volumen y dolor. La cantidad de leche materna secretada va aumentando conforme avanza la lactancia.

La estimulación del pezón o incluso el llanto del recién nacido, produce la liberación de prolactina y oxitocina, esta liberada por la neurohipofisis. La excitación mecánica del pezón se trasmite por vía nerviosa a través de la medula espinal, llegando la información a la hipófisis posterior, con la consiguiente secreción de oxitocina. Esta hormona estimula la contracción de las células mioepiteliales que envuelven los alveolos, provocando la eyección de leche a través del pezón (Felix, 2002).

La insistencia de la lactancia materna exclusiva es por las ventajas que proporciona tanto a madre como a hijo, tales como, nutricionales, protectoras, inmunológicas y afectivas que eso representa. Los problemas más frecuentes se dan en el amamantamiento son: los pezones planos, que dificultan su toma por la boca del niño y que se pueden resolver, efectuando un masaje circular sobre el pezón, maniobras que logren que se salten los pezones y los pueda

tomar el producto. El otro problema está dado por las fisuras o grietas en el pezón, que se originan cuando las encías del niño toman un pezón húmedo, lo comprimen y lo maceran, ocasionando las grietas, que son muy molestas y dolorosas. Generalmente se recomienda a la madre que se lave y seque perfectamente los senos y los pezones, antes de dar pecho al niño.

En el embarazo normal se acompaña de un incremento considerable del agua extracelular, y la diuresis puerperal constituye la inversión fisiológica de este proceso. Esto sucede casi siempre entre el segundo o el quinto día del puerperio y coincide con la con la pérdida de la hipervolemia residual del embarazo. En la preeclampsia aumenta tanto la retención prenatal de líquidos como la diuresis puerperal.

La vejiga puerperal tiene mayor capacidad y es relativamente insensible a la presión del líquido intravesical. Por lo tanto, durante esta época es común encontrar distensión excesiva, vaciamiento incompleto y orina residual excesiva, además contribuye el efecto paralizante de los analgésicos, sobre todo el bloqueo epidural y raquídeo. Los uréteres renales dilatados se restablecen de dos a ocho semanas después del parto(Cunningham et al., 2011). Los riñones siguen utilizando su reserva renal durante los 8 a 14 días siguientes, con una diuresis diaria de 1500 a 2000 mL en 24 horas (Felix, 2002).

El llenado vesical después del parto es variable. En la mayor parte de los hospitales se administran líquidos intravenosos durante el trabajo de parto y durante una hora después del parto. Después de la expulsión de la placenta se

administra también oxitocina a dosis que poseen un efecto antidiurético. Como resultado de los líquidos y la suspensión repentina del efecto antidiurético de la oxitocina, a menudo se produce un llenado vesical rápido. Además, tanto la sensibilidad vesical como su capacidad para vaciarla espontáneamente se encuentran reducidas por la anestesia, sobre todo cuando se utiliza analgesia de conducción y por episiotomía, las laceraciones o los hematomas. Por lo tanto no resulta sorprendente observar que la retención urinaria con distensión vesical excesiva constituye una complicación frecuente del puerperio inmediato.

Para evitar distensión vesical excesiva es necesario mantener a la mujer bajo observación después del parto para cerciorarse que la vejiga no se llena de manera excesiva y que con cada micción se vacía de manera correcta.

Algunas veces la vejiga se palpa como tumoración quística suprapúbica y otras veces, cuando es muy grande, se manifiesta en el abdomen de manera indirecta al elevar el fondo uterino por arriba de la cicatriz umbilical. Si la mujer no orina en las primeras 4 horas después del parto es posible que no consiga hacerlo. Las mujeres con dificultad para orinar desde el principio probablemente tienen más problemas. En ellas se debe considerar la posibilidad de hematomas del aparato genital(Cunningham et al., 2011). Las fistulas vesicovaginales pueden ser causadas por necrosis del cuello de la vejiga por compresión, a consecuencia de un parto prolongado o de un traumatismo directo instrumental. En el primer caso, la fistula puede tardar una semana en hacerse evidente; en el

ultimo, será evidente casi inmediatamente. En cualquier caso, la paciente adolecerá de incontinencia total de orina.

Existe cambios fisiológicos durante el puerperio, en los signo vitales los estándares normales no tienen mayores modificaciones. Sin embargo la vigilancia y su toma son de gran ayuda para detectar a tiempo posibles complicaciones.

Frecuencia respiratoria: en el aparato respiratorio, no se aprecian alteraciones de importancia, pero subjetivamente la paciente se siente más aliviada para llevar a cabo sus movimientos respiratorios sobre todo ahora que el útero está desocupado ya no ejerce presión sobre los campos pulmonares (Felix, 2002)

Temperatura: la temperatura de una mujer puérpera es de 36.5 a 37 °C; es decir una temperatura normal. Pero en las primeras 24 horas del puerperio se puede presentar una elevación térmica hasta de 38°C que es transitoria y que se explica por la resorción de tejidos necrosados y el almacenamiento de catabolitos en el organismo(Felix, 2002). También durante las primeras 24 horas después de iniciada la lactancia, las mamas a menudo se distienden, son duras y nodulares. Estos datos en ocasiones se acompañan por elevación transitoria de la temperatura. La fiebre puerperal por ingurgitación mamaria es común. La fiebre rara vez persiste durante más de 4 a 16 horas. Es importante excluir otras causas de fiebre, sobre todo infecciones (Cunningham et al., 2011).

Frecuencia cardiaca: En el aparato cardiovascular, el corazón rápidamente retoma su posición normal y se rectifica la posición de la punta del corazón. En

las primeras 24 horas puede presentarse bradicardia y bradisfigmia, que son fisiológicas y de naturaleza neurovegetativa por predominio del parasimpático. A este vagotonismo parece contribuir la descompresión brusca que sufren los plexos nerviosos y vasculares del abdomen, de tal manera que la sangre fluye súbitamente en gran cantidad y de esta manera circula en menor cantidad por las visera cardiaca y por el resto de los territorios periféricos del sistema circulatorio(Felix, 2002). Si se detecta taquicardia nos indica que probablemente estemos frente a una hemorragia obstétrica (SSA, 2008).

Tensión arterial: Ésta no varía los estándares establecidos, pero cuando hay alguna anomalía se puede presentar hipertensión gestacional, que es la hipertensión que sobreviene durante el embarazo, o dentro de las 24 horas siguientes al parto, en una mujer previamente normotensa (Cavanagh Denis et al., 1982). Para que se llame hipertensión arterial ésta debe estar igual o mayor a 90 mm Hg de diastólica y es más importante la elevación de las cifras diastólicas así como los cambios comparativos de la presión arterial en relación con los niveles de presión previas al embarazo la diastólica > de 10 mm Hg y la sistólica > 20 mm Hg(Felix, 2002). Cuando se detecta hipotensión probablemente nos indique una hemorragia obstétrica (SSA, 2008).

La toxemia es una enfermedad hipertensiva aguda que se presenta en la gestación, puerperio o en ambos, en su fase sin convulsiones se le denomina preeclampsia y en su fase convulsiva eclampsia. De acuerdo a esta definición la preeclampsia y la eclampsia son etapas de un mismo padecimiento(Felix, 2002).

Ésta es la presencia de hipertensión arterial mayor o igual a 140/90 mmHg después de la semana 20 de gestación, además existe la posibilidad de complicarse en síndrome de HELLP que es el síndrome de hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y trombocitopenia(SSA, 2007).

Por lo menos 29% de los casos de eclampsia ocurren en el posparto, la mayoría en las primeras 48 horas; 12% de los casos después de éstas, y solo 2% después de 7 días (Velásquez, 2005). Los reportes suecos muestran que el 96% de estos ocurren durante las primeras 20 horas (Altman et al., 2002).

Un estudio refiere que la eclampsia posparto se presenta con mayor frecuencia en las primeras 48 horas después del parto. (Ghuman, Rheiner, Tendler, & White, 2009). En México, el estado de Oaxaca, se realizó en 2010 un estudio que demuestra que la morbilidad obstétrica extrema afecta a un importante número de pacientes en el hospital general Dr. Aureliano Valdivieso, cuyas causas de complicaciones son derivadas de enfermedades hipertensivas del embarazo (Calvo-Aguilar, Morales-García, & Fabián-Fabián, 2010).

Al principio del puerperio, el desprendimiento de tejido decidual origina una secreción vaginal en cantidad variable que se denomina loquios. Consta de eritrocitos, decidua desprendida, células epiteliales y bacterias. Durante los primeros días después del parto, la sangre los tiñe de color rojo y se conocen como lochia rubra. Sin embargo, después de tres o cuatro días los loquios van palideciendo (lochia serosa) y después del décimo día, por una mezcla de leucocitos y reducción en los líquidos, los loquios adquieren una coloración

blancuzca o amarillenta (lochia alba). Los loquios persisten hasta cuatro semanas y con frecuencia desaparecen y se reanudan hasta ocho semanas después del parto (Oppenheimer, Sherriff, Goodman, James, & Shah, 1986) (Visness et al., 1997). La edad materna, la paridad, el peso del recién nacido y la alimentación al seno materno no modifican la duración de los loquios. La administración de oxitocina después del puerperio inmediato tampoco reduce la hemorragia ni acelera la involución del útero (Cunningham et al., 2011).

Socarrás refiere que durante el puerperio aparece un exudado útero vaginal, formado por hematíes, células deciduales y descamación de la capa superficial del endometrio y del cérvix. La cantidad, composición y aspecto varían a lo largo del proceso. Este exudado se denomina loquio y dura aproximadamente 14 días. Durante el primer y segundo días son rojos y sin coágulos. El tercer y cuarto días se tornan achocolatados y más espesos. Al quinto día se hacen blanquecinos y cremosos (aspecto purulento) y con el transcurso de los días se van tornando mucosos y transparentes hasta desaparecer. A partir del cuarto día tienen gran cantidad de gérmenes saprofitos, pero pueden tener gérmenes patógenos atenuados que aumentan su poder en un terreno propicio: barrera leucocitaria deficiente, anemia y desnutrición(Socarras Ibáñez, Noelia, & al., 2009).

La hemorragia después del parto es el sangrado excesivo desde el sitio de implantación de la placenta, traumatismo del aparato genital y de estructuras adyacentes o ambas. La hemorragia posparto es una descripción de un suceso

más que un diagnóstico, y cuando se encuentra, es necesario determinar su causa (Cunningham et al., 2011). La hemorragia posparto se define como la pérdida de sangre que supere los 500 mL después del parto. Se denomina hemorragia posparto primaria cuando tiene lugar dentro de las 24 horas posparto y secundaria cuando ocurre pasado ese tiempo. La hemorragia posparto primaria suele describirse como atónica o traumática. No obstante es posible e incluso frecuente que se den ambas formas en la misma paciente y la secundaria suele ser debida a la retención de fragmentos de placenta o de coágulos de sangre (Cavanagh Denis et al., 1982).

También se define a la hemorragia obstétrica grave, como la pérdida sanguínea de origen obstétrico, con presencia de alguno de los siguientes criterios: pérdida del 25% de la volemia, caída del hematocrito mayor de 10 puntos, presencia de cambios hemodinámicas o pérdidas mayores de 150 mL/min. La hemorragia posparto se refiere a la pérdida sanguínea de más de 500 mL posterior al 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%. Se considera como primaria, si ocurre dentro de las 24 horas posteriores al nacimiento y su causa principal es la atonía uterina (SSA, 2009).

Álvarez, Moreno y Carvajal en el 2011 en Cuba indican que la principal causa de muerte materna en el puerperio es por hemorragia que representa el 34.2% lo que significa que supera por mucho a las demás causas de mortalidad materna. Es la principal causa de muerte durante el periodo de puerperio en

diversos estudios realizados (Álvarez Toste et al., 2011; Álvarez Toste et al., 2012).

Inmediatamente después de la expulsión de la placenta, el fondo útero contraído se ubica casi a nivel de la cicatriz umbilical. En esta etapa el cuerpo uterino consta básicamente del miometrio cubierto de serosa y revestido de decidua basal. Las paredes anterior y posterior, que son adyacentes y se encuentran en contacto. Puesto que sus vasos se encuentran contraídos, el aspecto de un corte puerperal es isquémico si se le compara con el útero grávido hiperémico de color purpura rojizo. Dos días después del parto, el útero comienza a encogerse y en dos semanas ha descendido hasta el límite de la pelvis verdadera. Alcanza su tamaño original unas cuatro semanas después del parto. El número total de células musculares no disminuye de manera ostensible, sino que el tamaño de cada célula se reduce de manera considerable. La involución del tejido conectivo es igual de rápida (Cunningham et al., 2011).

El útero posparto generalmente tiene una longitud de 19 cm, de anchura de 12 cm. Tiene una consistencia de musculo contraído con periodos de relajación y contracción, con su fondo situado a la altura y a la derecha de la cicatriz umbilical. La altura del fondo uterino disminuirá a razón de 2 cm por día, lográndose la reducción total en aproximadamente 6 a 8 semanas, mediante la destrucción por degeneración hialina de muchas fibras y la disminución en el tamaño y grosor de algunas otras.

En el periodo posparto inmediato, el útero continúa con fase de contracción y relajación alternas, hasta alcanzar un estado de contracción, fija, permanente e irreversible, constituyéndose así el globo de seguridad de Pinard. Este periodo puede durar 1, 2, 3 y a veces hasta 24 horas y durante él, se puede presentar la peligrosa hipotonía o atonía uterina posparto, pues los vasos sanguíneos abiertos en la zona de inserción placentaria, solamente se cierran con la contracción. Pero si el útero esta relajado por más tiempo de lo normal, los vasos sanguíneos permanecen abiertos y la paciente seguirá sangrando, por tanto, en este periodo es imperativa la vigilancia estrecha del sangrado y tono uterino(Felix, 2002). En la primípara, el útero puerperal tiende hacia la contracción tónica, mientras en la múltipara suele contraerse de manera vigorosa a determinados intervalos, lo cual origina los entuertos. Estos dolores son más pronunciados conforme aumenta la paridad (Cunningham et al., 2011).

La episiorrafia es la sutura por planos de la episiotomía. La episiotomía es la incisión en el periné para aumentar la apertura vaginal durante la última parte del periodo expulsivo de trabajo de parto o durante el parto en sí. Durante muchos años la episiotomía se la ha considerado como una intervención cuyo objetivo es la prevención de desgarros perineales graves, así como los trastornos de estática pélvica, abrevia la expulsión fetal y facilita las maniobras obstétricas, sin embargo no exenta de complicaciones, poniendo de manifiesto que este procedimiento no constituye un acto menor y exige una reparación cuidadosa, a fin de no convertirse en una técnica nociva.

Se describen dos tipos de indicaciones: necesarias y profilácticas. Depende fundamentalmente de la textura, de la conformación del periné, de las características fetales, posición fetal, y variedades, presentación y presencia o no de partos precipitados o abruptos. Las complicaciones más consideradas son a corto plazo la hemorragia, infección o desgarro y a largo plazo como incontinencia anal, urinaria, procesos fistulas genitourinarios o rectales asociados a trauma perineal obstétrica afecta psicológicamente y físicamente a las mujeres. Con fines de evitar procesos infecciosos en las intervenciones obstétricas se debe apegar a las recomendaciones de asepsia y antisepsia en el momento de atención del parto.

Los factores de riesgo asociados a complicaciones de episiotomía son: episiotomía rutinaria, nuliparidad, inducción de trabajo de parto, trauma perineal, partos distócicos, episiotomía media, infecciones genitales previas, exploraciones vaginales múltiples (más de 5 exploraciones), desgarros cervicales, de vagina y perineales. Las complicaciones de la episiotomía más frecuente son: hemorragia, desgarros, hematoma, edema, infección, dehiscencia, las complicaciones tardías son: dolor perineal con o sin vida sexual (dispareunia), procesos adherenciales vaginales o bridas, endometriosis sobre cicatriz de episiotomía, quiste de glándula de Bartholini por sección del conducto excretor, fistulas recto vaginales .

La exploración clínica del canal de parto se debe enfocar en detectar en la sitio de la herida: hipertermia, dolor, sangrado patológico, edema en el sitio de

la episiotomía. Los datos clínicos de sospecha de infección son: dolor en el sitio de episiotomía, secreción purulenta, edema y fiebre. Los desgarros de 3° y 4° grado son la causa más frecuente de incontinencia anal después del parto, afectando a 1 de cada 20 mujeres, un tercio de estas por lesión no diagnosticada (oculta), lesión reconocida con reparación primaria se encuentra entre el 15 y 59% (SSA, 2013).

Los hematomas puerperales pueden clasificarse como vulvares, vulvovaginales, paravaginales o retroperitoneales. Los hematomas vulvares afectan con mayor frecuencia ramas de la arteria pudenda, incluso la arteria hemorroidal inferior, perineal profunda o labial posterior. Las pacientes con signos persistentes de pérdida de volumen a pesar de reposición con fluidos, o con hematomas en aumento requieren incisión del hematoma y evacuación del coagulo. Se sospechara de hematoma puerperal ante la presencia de dolor, tumefacción vulvar, o edema e induración, tenesmo, en casos graves cambios en los signos vitales por perdida de sangrado.

La dehiscencia se define como la apertura espontanea de una herida quirúrgica. Ante la referencia de apertura de la herida de episiotomía se debe sospechas dehiscencia de episiotomía. Existen factores predisponentes tales como la infección bacteriana de la piel, virus del papiloma humano, hábito tabáquico, y la hemorragia excesiva o formación de hematomas, secundarios a trastornos de la coagulación heredados o adquiridos (SSA, 2013).

CAPÍTULO III

ABORDAJE METODOLÓGICO

CAPITULO III. ABORDAJE METODOLÓGICO.

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Es una investigación de tipo cuantitativo, no experimental, descriptivo, transeccional y prospectivo.

3.2 ESCENARIO DE ESTUDIO

Se realiza dentro de las instalaciones de la escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia perteneciente a la UNAM, ubicada en Camino viejo a Xochimilco, delegación Tlalpan, Distrito Federal.

También se llevó a cabo en el municipio de Chimalhuacán del Estado de México, en el Hospital Materno Infantil Vicente Guerrero Chimalhuacán del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM).

3.3 SUJETOS DE ESTUDIO

Instrumento obstétrico propuesto por pasantes de la licenciatura en enfermería y obstetricia para la detección de riesgos y prevención de complicaciones en la población usuaria que curse el puerperio inmediato.

3.4 RECOLECCIÓN DE DATOS

La metodología para el diseño y la elaboración del documento fue la siguiente:

-Integración de un equipo de trabajo conformado por los autores del proyecto, se establecieron los objetivos a través del consenso del equipo.

-Revisión bibliográfica en distintas bases de datos, bibliotecas públicas y particulares, extrayéndose artículos científicos, guías de práctica clínica, lineamientos técnicos, normas oficiales mexicanas, según los descriptores: valoración de enfermería, registros de enfermería, riesgo, postparto, instrumento y herramienta.

-Desarrollo de la metodología y elaboración del instrumento. Según lo documentado en la bibliografía y adaptándose a las necesidades del campo clínico en el que se desarrolló. Tras haberse generado el documento, se sometió al comité de mortalidad materna de la unidad el cual es conformado por un equipo multidisciplinar de profesionales de la salud, el cual sugirió anexar ítems para complementar la valoración.

La metodología para la evaluación del documento fue la siguiente:

-Presentación del documento obtenido ante un panel de expertos conformado por la academia de obstetricia de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) perteneciente a la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) para su validación mediante un instrumento de construcción

propia que se conforma por las dimensiones de valoración en los registros de enfermería propuesta en la investigación “Calidad de los registros clínicos de enfermería: Elaboración de un instrumento para su evaluación” (Santiago et al., 2011) que son: estructura, continuidad del cuidado y seguridad del paciente. Se dejó un espacio abierto al final para realizar observaciones y se dio la opción a realizar comentarios escritos y señalados sobre el instrumento evaluado.

3.5 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

El formato de evaluación de construcción propia, sometido al panel de expertos se midió mediante la escala de Likert con valor por ítem de 0 a 2 puntos, por dimensión de 0 a 6 puntos y total de 0 a 18 puntos, se sumaron los valores obtenidos respecto a cada ítem, posteriormente por dimensiones, y finalmente general dando a conocer la puntuación final en una escala aditiva. Posterior a ello se resumen las aportaciones pertinentes al documento así como su opinión de la propuesta, para en conjunto concluir sobre la pertinencia del instrumento propuesto.

3.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se obtuvieron los permisos necesarios para someter el instrumento al comité de mortalidad materna del HMIVGCh y al panel de expertos de la ENEO-UNAM.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CAPITULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

4.1 RESULTADOS

4.1.1 Constructo

La elaboración del instrumento para la valoración del riesgo en el puerperio inmediato se propuso para facilitar la labor del personal de enfermería fomentando la mejora continua en la calidad del cuidado, contribuyendo con una valoración específica, facilitando la intercomunicación del personal de las diferentes áreas y poder anteponerse a un evento adverso que ponga en riesgo la vida de la paciente identificando oportunamente datos de alarma, permitiendo actuar de manera anticipada, evitando complicaciones a la salud de la paciente durante las dos primeras horas del puerperio inmediato principalmente, y posteriormente durante su estancia hospitalaria.

Se desarrolló según lo documentado en la bibliografía y adaptándose a las necesidades del campo clínico en el que se desarrolló (Hospital Materno Infantil Vicente Guerrero Chimalhuacán del Instituto de Salud del Estado de México). Una vez generado el documento, se sometió al comité de mortalidad materna de la unidad el cual es conformado por un equipo multidisciplinar de profesionales de la salud que sugirió anexar ítems para complementar la valoración.

Los resultados de la propuesta del instrumento de valoración postevento obstétrico han sido prometedores; sin embargo, se hicieron aportaciones por parte de cada profesional que conformó el panel de expertos de la Academia de Obstetricia perteneciente a la ENEO–UNAM, que participó en responder el cuestionario de evaluación del instrumento de valoración pos evento obstétrico. Por lo tanto, daremos la redacción de los rubros y la importancia que implica la creación de los datos que conforman la hoja. Cada sección es importante para su correcto funcionamiento por lo que el llenado debe ser adecuado por parte del personal de enfermería, así como la importancia de la legalidad que tienen estos documentos, seguimiento y registros de datos relevantes.

La hoja está conformada por tres secciones que se describen a continuación.

La primera sección de la hoja de valoración pos evento obstétrico será el encabezado que contendrá los datos de identificación de la usuaria.

Nombre: _____	Edad: _____
Expediente: _____	Diagnóstico: _____
	Servicio: _____

Imagen 1. Módulo: Ficha de identificación.

Continuando con la segunda sección, el cuerpo, conformada por la valoración de las constantes vitales, valoración física e interrogatorio. Estos elementos nos ayudaran a detectar datos de alarma para identificar algún riesgo potencial que pueda presentarse durante las primeras dos horas del puerperio

inmediato. Posteriormente se debe proseguir con las valoraciones necesarias en los turnos encargados de la atención de la usuaria.

El primer rubro a llenar es “Procedimiento obstétrico”, este describirá cual fue la intervención realizada en la sala de labor o sala quirúrgica que el profesional determino como tratamiento idóneo para la paciente, escribiendo en el espacio alguno de los eventos obstétricos que se dan como opción y los clasificaremos como: parto, cesárea, obstrucción tubárica bilateral (OTB), revisión de cavidad, aspiración manual edouterina (AMEU) y legrado uterino instrumentado (LUI).

Procedimiento Obstétrico :	
Servicio:	Hora ingreso:

Imagen 2. Módulo: Procedimiento obstétrico.

Cada procedimiento realizado requiere diferentes terapéuticas y cuidados específicos, a causa de que no cursan los mismos cambios fisiológicos de esta manera el personal de enfermería podrá identificar qué tipo de intervenciones realizar en cada caso.

El rubro de “Servicio” nos indicará al área a la que será trasladada la paciente dependiendo de su condición de salud posterior al procedimiento obstétrico, puesto que puede variar la evolución en el estado de salud de la usuaria y cambiar la terapéutica así como su destino.

Procedimiento Obstétrico :	
Servicio:	Hora ingreso:

Imagen 3. Módulo: Servicio.

Si la usuaria se mantiene estable durante el procedimiento obstétrico, se canaliza al área de recuperación inmediata, tras estar bajo vigilancia sin presentarse algún factor de riesgo, podrá ser dada de alta de esta área y será trasladada al área de puerperio en piso para continuar su puerperio inmediato continuando bajo observación, por lo tanto el área podrá variar y será separado una de otra por una diagonal para ubicar su último destino, de esta manera el personal de enfermería debe anotar el área del servicio donde se encuentre la usuaria.

El siguiente rubro a llenar es la “Escala de Caprini” la cual nos permite valorar la posibilidad de factores de riesgo que predispongan algún trastorno en la coagulación como lo es la enfermedad tromboembólica venosa que ocupa el lugar número 22 en muertes maternas y su complicación la embolia pulmonar que ocupa el 5º lugar(OMM, 2012).

CAPRINI		¿Amerita tromboprofilaxis postoperatoria?:	Si()	No()
----------------	--	--------------------------------------------	-------	-------

Imagen 4. Módulo: Tromboprofilaxis.

Se escribirá el riesgo existente en el espacio en blanco correspondiente, que se dará a la usuaria basándonos en la tabla que contiene la puntuación y clasificación de riesgo (Imagen 5) que puede ser bajo, moderado, alto o muy alto, a continuación, en el siguiente, indicar con una “X” si amerita tromboprofilaxis postoperatoria de acuerdo a la valoración del riesgo de Caprini que corresponde

a riesgo moderado, alto o muy alto, y en caso de riesgo bajo indicar con una “X” la opción “No”.

Escala de Caprini	
1 Punto	
Edad 41-60 años	
Cirugía menor programada	
Antecedente de cirugía mayor (<1 mes)	
Várices	
Antecedente de enfermedad inflamatoria intestinal	
Obesidad (IMC >25)	
Infarto agudo al miocardio	
Insuficiencia cardíaca (<1 mes)	
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	
Edema actual de miembros pélvicos	
Pacientes encamados	
	Mujeres 1 Punto
	Anticonceptivos orales o terapia de sustitución hormonal
	Embarazo o postparto
	Historia de abortos espontáneos recurrentes, parto prematuro con eclampsia, retraso de crecimiento intrauterino
2 Puntos	3 Puntos
Edad 60-74 años	Edad >75 años
Artroscopia	Antecedente de trombosis venosa
Cáncer (actual o previo)	Historia familiar de trombosis
Cirugía mayor (>45 minutos)	Factor V Leiden positivo
Laparoscopia (>45 minutos)	Mutación 20210A de Protrombina
Paciente confinado a cama (>72 horas)	Hiperhomocisteinemia
Inmovilización con yeso (<1 mes)	Anticoagulante lúpico positivo
Catéter venoso central	Anticuerpos anticardiolípidinas positivos
	Trombocitopenia inducida por Heparina
	Otras trombofilias

Riesgo bajo (0-1 puntos), Riesgo moderado (2 puntos),
Riesgo alto (3-4 puntos), Riesgo muy alto (5 o más)

Imagen 5. Escala de Caprini.

La Secretaría de Salud redactó en el 2010 la guía “Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad tromboembólica venosa”, donde una de sus clasificaciones es el nivel de atención de segundo y tercer nivel, por ende la aplicación es ideal para nuestras pacientes potenciales a desencadenar dicha enfermedad antes mencionada para su aplicación.

El tercer rubro es alusivo a “Lactancia Materna”, se marcara el espacio “si” con una “X” en caso de que se haya iniciado la lactancia materna en los primeros 30 minutos después de haber nacido el neonato y en caso contrario marcar con una “X” la opción “no” y especificar el motivo por el cual no se llevó a cabo el inicio de la lactancia materna. Continuar el llenando con los datos de la enfermera que capacitó, anotando el nombre completo incluyendo los dos apellidos del personal de enfermería que dio la capacitación de las técnicas para el inicio de la lactancia materna (imagen 6). Posteriormente marcando con una “X” la opción el tipo de pezón que la usuaria posee, indicando si es invertido, plano o normal (imagen 7).

LM	Inicio de lactancia materna en los 30 minutos postevento obstétrico	Sí()	No ()	Motivo:
	La paciente fue capacitada en lactancia materna	Sí()	No()	Enfermera que capacitó:

Imagen 6. Módulo: Lactancia materna.

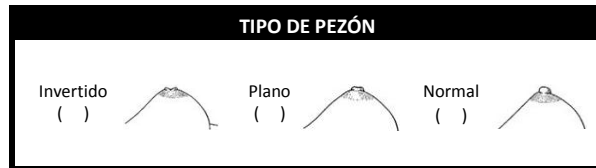


Imagen 7. Módulo complementario: Lactancia materna (tipo de pezón)

La importancia de explicar por parte del personal de enfermería a la usuaria es que al iniciar la lactancia materna favorecerá el vínculo madre e hijo, además de que ambos serán beneficiados, a la madre, con la succión del pezón estimula al hipotálamo liberando oxitocina ayudándole a una mejor respuesta en la involución uterina; además, ayuda a disminuir el peso que gana durante el embarazo, es una medida preventiva del cáncer de mama, es económica puesto

que consumiendo alimentos con abundantes líquidos y tomando agua producirá la suficiente leche para alimentar a su bebe durante los próximos 6 meses que es el tiempo mínimo que recomienda la OMS como la mejor alimentación para él bebe durante esta etapa y los beneficios que obtendrá serán los mejores que le puede proporcionar la madre.

El siguiente rubro a llenar es diuresis, si la usuaria miccionó en las 4 horas posteriores al procedimiento obstétrico se marca en la opción “Si” con una “X”, en caso contrario marcar la opción “No”. Se continua indicando con una “X” si la paciente a miccionado igual o más de 1500ml en 24 horas en la opción “Si” o en caso opuesto indicar “No”.

DIURESIS	Presente en 4 horas posteriores	Sí()	No()	En 24 horas = o > 1500ml	Sí()	No()
-----------------	---------------------------------	-------	-------	--------------------------	-------	-------

Imagen 8. Módulo: Diuresis.

La diuresis es un punto a valorar importante y por tal motivo se pretende que el personal preste más énfasis no solo al hecho de si ha miccionado o no, sino que también debe valorar las características macroscópicas para poder identificar algún daño en la uretra y/o vejiga por una lesión durante el descenso en el trabajo de parto o procedimiento obstétrico. Las cantidades de uresis deben ser cuantificadas sean excesivas o escasas, independientemente si la paciente usa sondaje vesical, para poder interpretar la cantidad eliminada así como las características macroscopicas de esta, a esto se debe de dar continuidad e

importancia, en el área de puerperio se recomienda brindarle un cómodo a la paciente aun sea deambulante para poder valorar lo antes mencionado.

A continuación el rubro a llenar es la fecha en la que ingreso la usuaria, anotando con letra legible y clara en formato numérico día/mes/año. Posteriormente se anota la hora y minutos correspondientes a la primera y segunda hora del puerperio inmediato, estas serán las valoraciones determinantes para detección de riesgos. Continuando los espacios abiertos para las valoraciones pertinentes por el personal de enfermería cumpliendo con los estatutos normativos (SSA, 1993).

Fecha					
	1ª	2ª			
Hora					

Imagen 9. Módulo: Fecha y hora. En este módulo se marcan como 1ª y 2ª las dos primeras horas del puerperio inmediato.

La fecha y hora son determinantes para llevar control con respecto a las valoraciones, así como sus variantes, también sirve como apoyo para corroborar si existió algún dato de alerta durante algún turno.

El rubro siguiente corresponde a los niveles de conciencia, se realiza por turno anotando alerta, somnolencia, obnubilencia, estupor o coma según sea el caso.

NIVEL DE CONCIENCIA*		
----------------------	--	--

Imagen 10. Módulo: Nivel de conciencia.

La sección de constantes vitales se anota cada uno de los valores correspondiente con diferente tipo de tinta y simbología para poder identificar cada una de ellas y evitar confusiones entre ellas. Se unirán los valores de cada constante a modo de crear curvas que describan la variabilidad o estabilidad en estas constantes, así como su tendencia.

Es importante mencionar que el estado anímico de una persona influye sobre estas constantes. Recordando que existen trastornos psicofisiológicos que pueden ser transitorios o crónicos. Suponiendo una mujer que se encuentre estresada por desconocer el proceso de un parto, esto generará ansiedad y alterara su frecuencia cardiaca, respiratoria y tensión arterial principalmente. Si una mujer presenta una contracción y tomamos sus constantes de igual manera estarán alteradas. Es indispensable poder discriminar si la variación en los signos es a causa de una patología, una reacción psicofisiológica como la alegría o tristezas o reacción a un estímulo como el dolor.

CONSTANTES VITALES**	TA	FC	FR	T°						
	160	160	40	41						
	150	150								
	140	140	35	40						
	130	130								
	120	120	30	39						
	110	110								
	100	100	25	38						
	90	90								
	80	80	20	37						
	70	70								
	60	60	15	36						
	50	50								
40	40	10	35							

Imagen 11. Módulo: Curvas constantes vitales.

Tensión Arterial (TA) se registrara con tinta de color negro, para la Sístole con el símbolo “^” y Diástole con el símbolo “v” el resultado se obtendrá conforme al valor obtenido de la paciente al tomar la Tensión Arterial tomando como valores normales para la sístole 120 y para diástole 80. La frecuencia cardiaca (FC) se registrara con tinta de color negro con un punto, y anotándolo a la altura de la escala correspondiente en la línea horaria que fue tomada, como valores normales de 60 a 100 lpm. Frecuencia Respiratoria (FR) se registrara con tinta de color azul con un punto el resultado en la línea horaria y escala correspondiente, como valores normales se toma 16 a 20 rpm. Temperatura (T) se registrara con tinta de color rojo con un punto, graficándose en la escala y línea de tiempo que corresponda, como valor normal será $36.5^{\circ}\text{C} \pm 0.5^{\circ}\text{C}$. La adecuada interpretación de las constantes vitales permite la detección oportuna de eventos que podrían atentar en contra de la vida de la usuaria, los datos anotados en la tabla, además de lograr una intercomunicación con todos los miembros del equipo de salud de diversos turnos que puedan estar en contacto con la usuaria también permite darle seguimiento al cuidado proporcionado.

Se continua con el rubro de loquios y/o sangrado el cual tiene las divisiones y subdivisiones para realizar un el registro de lo observado, al valorar por inspección la toalla o pañal que se le coloca a la usuaria, así como en el área genital para poder hacer una interpretación de lo hallado.

LOQUIOS Y/O SANGRADO	Cantidad	Abundante						
		Escaso						
		Mínimo						
	Olor	Fétido						
		No fétido						
	Color	Rojo brillante						
		Rojo oxidado						

Imagen 12. Módulo: Loquios y/o sangrado.

La cantidad será uno de los datos a interpretar subdividido por lo absorbido por la toalla testigo de la paciente y se marcará con una “X” el valor correspondiente a la interpretación que se le dará con las siguientes opciones: Abundante si la toalla testigo está completamente llena al 100% y al retirarla escurre sangre. Moderado si la toalla testigo se llenará al 60-80% de su capacidad o Escaso si la toalla está llena a menos del 50% de su capacidad.

El olor proveniente del sangrado será marcado con una “X” por la interpretación dada al percibir el aroma del sangrado acumulado en la toalla testigo, las dos opciones serán “Fétido” si el olor percibido del sangrado es desagradable, es decir, que huele mal o “No Fétido” si el olor percibido carece de algún olor desagradable. El color será marcado con una “X” una de las dos opciones será “Rojo brillante” característico de un sangrado activo o “Rojo oxidado” que nos dice que el sangrado solo es residual.

Los loquios y sangrados transvaginales se valoran para detectar riesgo de hemorragia, las constantes vitales son auxiliares para determinarlo, esta valoración visual ha permitido detectar hemorragias o hematomas, que ocupan uno de los primeros lugares en muertes maternas (OMM, 2012). Las primeras

dos horas al término del procedimiento obstétrico son determinantes para una detección oportuna por parte del personal de enfermería y que se debe realizar esta valoración tanto al ingreso de la usuaria, durante las horas de estancia en el área de recuperación inmediata y en el área de puerperio en piso. A la valoración de las características del sangrado se le da continuidad en el servicio de puerperio en piso; si existe aumento, entonces será motivo de intercomunicación con el equipo de salud. También se debe de considerar el olor que nos permitirá detectar algún tipo de infección o restos que puedan existir en cavidad uterina e inclusive por si accidentalmente ha quedado algún material o insumo (gasas o instrumental).

El rubro de involución uterina está conformado por una imagen que indicará con márgenes la altura que se podría percibir a la exploración del útero, esta se puede palpar en el abdomen y se considera de alto riesgo aquella que se marque en el margen que se encuentra por arriba de la cicatriz umbilical lo que refiere que no hay una involución uterina adecuada; al margen que está a la altura de la cicatriz umbilical la referiremos que hay una involución del útero adecuada y el seguro de Pinard se encuentra firme; también el margen ubicado por debajo de la cicatriz umbilical nos indicará que el útero tiene una buena involución uterina a menos que se encuentre por debajo abruptamente en las primeras dos horas se considerara una complicación por una hipertonia uterina. Nuevamente se sombrea los valores anormales.

INVOLUCIÓN UTERINA	Alto riesgo				
	Cicatriz				
	Umbilical				
	Bajo riesgo				

Imagen 13. Módulo: Involución uterina.

La involución uterina ha sido una manera de detección manual para poder dar un cuidado o atención adecuada, dependiendo de la paciente ya que no todas presentaran los mismos resultados porque son usuarias que no han cursado el mismo número de eventos obstétricos, se podría mal interpretar los resultados al palpar el seguro de Pinard y la altura en la que se encuentra, esta escala nos apoya de manera manual al percibir el tono uterino y su altura permitiéndole al personal tener en cuenta el historial obstétrico de la paciente facilitando la interpretación de los resultados acorde a lo palpado y planear una terapéutica adecuada con masajes, dándole capacitación a la paciente que así misma se podría realizar y los cuidados en su domicilio que deberá de llevar.

El rubro de episiorrafia nos da 3 subdivisiones a valorar por medio de la exploración visual y marcaremos con una “X” cada una de las valoraciones correspondientemente. El “Dolor” se clasificará por lo manifestado por la paciente, le preguntaremos si siente alguna molestia en la episiorrafia o incisión quirurgica y si es así que describa el dolor que siente preguntándole si es Intenso, moderado o sin dolor y marcaremos con una “X” la opción más adecuada por lo que manifiesta la paciente. El “Edema” no debe presentarse en la episiorrafia,

esta exploración será meramente visual ya que la paciente no podría sentir dolor y expresarnos si siente edematizada la zona, en caso de que detectemos un edema marcaremos la opción “Si” con una “X” en caso contrario de que no exista edema marcaremos la opción “No”. El “Color” también será valorado al momento de realizar la exploración visual del edema, visualizaremos la zona donde fue la episiorrafia o insición quirúrgica, observaremos detenidamente la coloración de la piel y marcaremos la opción correspondiente con una “X” si la piel presenta “Equimosis”, en caso contrario marcaremos “Normal”.

EPISIORRAFIA	Dolor	Intenso								
		Leve-Moderado								
		Sin Dolor								
		Edema (Si/No)	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
	Color	Equimosis								
		Normal								

Imagen 14. Módulo: Episiorrafia.

El rubro episiorrafia es una valoración a la sutura realizada en la episiotomía o incisión quirúrgica que se realizó durante el procedimiento obstétrico que nos puede alertar de manera visual la existencia de un sangrado interno que dé como consecuencia un hematoma, a causa de una inadecuada técnica de sutura o dehiscencia quirúrgica. La interpretación del dolor por parte de la paciente alerta al personal, ya que debe existir cierta incomodidad pero no un dolor continuo o intolerable. El edema nos advierte de un sangrado interno. Interpretando la coloración de la piel como equimosis la existencia de un hematoma. Estos parámetros deben facilitar la valoración de manera visual sin necesidad de realizar tactos excesivos.

El rubro “úlceras por presión” se basa en la escala de valoración de Norton, el cual nos describe el tipo de riesgo que llegase a presentar nuestra usuaria en su estancia hospitalaria, marcaremos con una “X” la opción más adecuada por la puntuación dada al sumar los puntos de la escala de Norton las cuales pueden ser de “Alto riesgo”, “Mediano riesgo” o “Bajo riesgo”.

UPP	Riesgo	Alto [5-9]				
		Medio [10-12]				
		Bajo [13-20]				

Imagen 15. Módulo: Escala de valoración de úlceras por presión. Escala de Norton.

Escala de riesgo de ulcera por presión (UPP):

PUNTOS	1	2	3	4
Estado Físico General	Muy malo	Pobre	Mediano	Bueno
Incontinencia	Urinaria y fecal	Urinaria o fecal	Ocasional	Ninguna
Estado mental	Comatoso	Confuso	Apático	Alerta
Actividad	Encamado	Sentado	Camina con ayuda	Ambulante
Movilidad	Inmóvil	Muy limitada	Disminuida	Total

CLASIFICACIÓN DE RIESGO		
Escala	Puntos	Color
Alto	5 a 9	ROJO
Mediano	10 a 12	AMARILLO
Bajo	13 a 20	VERDE

Imagen 16. Escala de valoración de Norton. Riesgo de presentar úlceras por presión. Fuente: Guía de Práctica Clínica. PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ULCERAS POR PRESION A NIVEL HOSPITALARIO. Evidencias y Recomendaciones. México. Secretaria de Salud. 2008

La escala de Norton es uno de los requisitos del MECIC. Esta valoración ayudará al personal de enfermería a identificar las necesidades de atención, ya que no todos los casos son iguales, y si existe alguna complicación que implique una mayor estancia hospitalaria, se brindará la terapéutica más adecuada para evitar complicaciones.

El siguiente rubro es “riesgo de caídas”, se basa en la escala de riesgo de caídas, leeremos cada criterio de la tabla y su descripción, si la descripción se presenta en nuestra usuaria le daremos la puntuación correspondiente a cada criterio, posteriormente sumaremos los puntos y el puntaje total nos referirá el riesgo. Marcaremos con una “X” si existe “Alto riesgo”, “Mediano riesgo” o “Bajo riesgo”.

CAIDAS	Riesgo	Alto [4-10]				
		Medio [2-3]				
		Bajo [0-1]				

Imagen 17. Módulo: Valoración riesgo de Caídas.

Escala de riesgo de caídas:

Crterios	Puntos	Descripción
Limitación física	2	Presenta cualquier factor riesgo señalado como limitante. Impedimento, defecto o restricción que reduce las posibilidades de realizar actividad por sí mismo. Pacientes menores de 6 años y mayores de 65, con deterioro musculoesquelético, antecedentes de caídas previas, obesidad, periodo posoperatorio.
Estado mental alterado	3	Presenta factores de riesgo para estado mental alterado. Desviación del estado del equilibrio y adaptación activa que no permite al individuo interactuar con el medio ambiente. Déficit propioceptivo por anestesia o sedación, agitación, depresión, desorientación.
Tratamiento farmacológico	2	Requiere o inicia tratamiento con uno o más medicamentos de riesgo señalados. Medicamentos que por su naturaleza provocan efectos específicos secundarios considerados de riesgo. Diuréticos, psicotrópicos, hipoglucemiantes, laxantes, antihipertensivos, inotrópicos, digitálicos, neurolépticos, sedantes, antihistamínicos, antiácidos, broncodilatadores, antiinflamatorios no esteroideos
Problemas de comunicación	2	Habla otro idioma o dialecto o presenta problemas que dificulten la comunicación. Dialectos diferentes, defectos anatómicos auditivos, trastornos de la percepción sensorial, visual y auditiva (sordera), efectos de la medicación, barreras físicas, (intubación endotraqueal) y psicológicas.
Sin factores de riesgo	1	No presenta ninguno de los factores de riesgo anteriores pero está hospitalizado.

CLASIFICACIÓN DE RIESGO		
Escala	Puntos	Color
Alto	4 a 10	ROJO
Mediano	2 a 3	AMARILLO
Bajo	0 a 1	VERDE

Imagen 18. Valoración del grado de riesgos de caídas en el paciente hospitalizado. Fuente: PROTOCOLO PARA LA PREVENCIÓN DE CAIDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS. Primera Edición. Enero de 2010. Secretaría de Salud.

El riesgo de caídas también es uno de los requisitos del MECIC y del programa “seguridad del paciente”, por lo que permite al personal valorar la condición de la usuaria y así poder proteger su integridad del medio que la rodea o inclusive de su propia persona. Las intervenciones a las que fue sometida en

el procedimiento obstétrico no son iguales y podrían requerir de diferentes tratamientos anestésicos que podrían durar más tiempo de lo requerido, esto altera la condición de la usuaria, a lo cual el personal de enfermería deberá intervenir y disminuir o erradicar el riesgo.

El rubro de “dolor” será valorado por la Escala Visual Análoga (EVA) y será anotado con números claros por la manifestación de la molestia general que muestran las facies de la usuaria observándola detenidamente.

Dolor [EVA] 1-10				
------------------	--	--	--	--

Imagen 19. Módulo: Valoración de dolor. Basado en la escala visual analógica (EVA).

La presencia de dolor general o en un área en particular nos permite identificar anomalías que nos advertirán otras complicaciones como el dolor intenso de cabeza o dolor intenso en el área epigástrica que son datos de alerta en una posible preclampsia-eclampsia, hipertonía, restos placentarios por ejemplo.

El rubro de “Mantiene Lactancia Materna” nos informara si la usuaria la ha podido realizar continuamente sin complicaciones, ya que esta es una segunda valoración después de haber especificado en el encabezado si hubo lactancia materna en los primeros 30 minutos, en caso de que así sea se escribirá afirmativamente con la palabra “Si” y en caso contrario que la lactancia materna fue suspendida por motivos personales o indicación médica se escribirá la palabra “No”. El personal de enfermería debe de considerar que no en todos los

casos son pertinentes realizar la lactancia materna, debe tener una adecuada intercomunicación con el resto del personal para evitar algún mal seguimiento hasta una nueva indicación o condición que nos informe si sería pertinente retomar la lactancia materna.

Mantiene Lactancia Materna		
----------------------------	--	--

Imagen 20. Módulo complementario: Lactancia materna (continuidad).

La tercera sección, pie de página, corresponde a los responsables de la atención de la usuaria, tendrá que llenar el turno corresponde y el personal de este. De esta manera se confirma el personal de enfermería que realizo las valoraciones en los horarios que están registrados y la intercomunicación con el médico, que la usuaria ha sido valorada y que se ha dado aviso de los hallazgos, de esta manera ambos podrán anteponerse a situaciones que puedan poner en riesgo la vida de la usuaria.

TURNO			
NOMBRE Y FIRMA ENFERMERA			
NOMBRE Y FIRMA DE MÉDICO ENTERADO			
Todo rubro marcado dentro del área sombrada es motivo de intercomunicación con el médico responsable			

Imagen 21. Módulo: Turno, nombre y rubricas del personal responsable.

El rubro de “Turno” será para el personal de enfermería escribiendo con letra legible y con la tinta correspondiente si es en el turno de la “Mañana”, “Vespertino”, “Nocturno guardia A” o “Nocturno guardia B” o “nocturno guardia especial” y “fin de semana”, dependiendo de la institución.

El rubro de “Nombre y firma de enfermera” tendrá que escribirse con letra clara y legible los dos apellidos de la enfermera y sus nombres para evitar confusiones entre el personal ya que puede haber personal con los mismos nombres pero no con los mismos apellido y con su firma para constatar que efectivamente la enfermera fue quien en realizo las valoraciones.

El rubro de “nombre de médico y firma” será exclusivo del personal médico que se encuentra como responsable del turno y que firmara haciendo coincidir la valoración con la del personal de enfermería, mayormente si hubo notificación por algún riesgo potencial y dar seguimiento.

Esta área se le debe de dar énfasis ya que esta hoja de valoración se pretende sea utilizada como un documento legal que permitirá dar credibilidad de lo valorado por el personal de enfermería y efectivamente anotar datos asertivos en fechas y horarios en los cuales fueron tomados, denotando que se ha dado continuidad al cuidado y facilitando la intercomunicación del personal médico, enfermero, administrativo de los diversos turnos para que conjuntamente sea transmitida la información sobre las condición de la usuaria.

4.1.2 Panel de expertos

El cuestionario aplicado al panel de expertos fue realizado por los autores del presente trabajo, tomando como base las dimensiones a evaluar en los registros de enfermería propuestos en el artículo *“Calidad de los registros clínicos de enfermería: Elaboración de un instrumento para su evaluación”* (Santiago et al., 2011), los cuales son: estructura, continuidad del cuidado y seguridad del paciente. Fue medido utilizando la escala de Likert y plasmando los resultados en escalas aditivas por ítem, dimensión y total.

A continuación se muestran las escalas aditivas por ítem evaluado tomando 0 como puntuación mínima y 2 como puntuación máxima, tomado del promedio de las respuestas del panel de expertos. En la primera dimensión se hace referencia a la estructura, conformado del ítem 1 al 3. Los resultados fueron los siguientes:

-En el ítem 1 la pregunta *“¿Le parece adecuado y entendible el lenguaje técnico para el personal de salud de cualquier nivel educativo?”*:

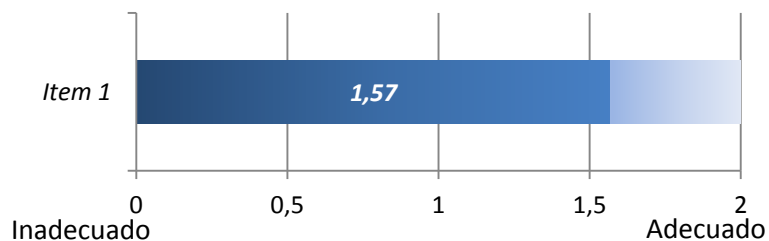


Imagen 22. Escala aditiva Item 1. Fuente: Panel de expertos.
¿Le parece adecuado y entendible el lenguaje técnico para el personal de salud de cualquier nivel educativo?

-En el ítem 2 la pregunta “¿Considera usted que el documento se encuentra organizado para el correcto registro de los datos?”:

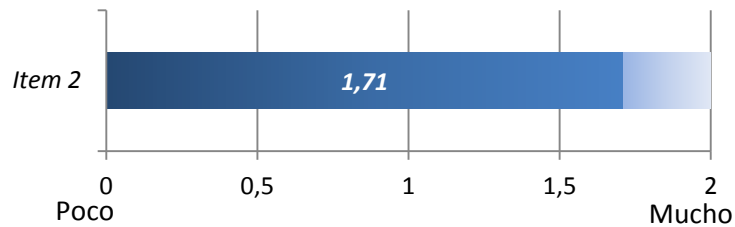


Imagen 23. Escala aditiva Ítem 2. Fuente: Panel de expertos.
¿Considera usted que el documento se encuentra organizado para el correcto registro de los datos?

-En el ítem 3 la pregunta “¿Facilita la ubicación de datos clínicos de riesgo obstétrico?”:

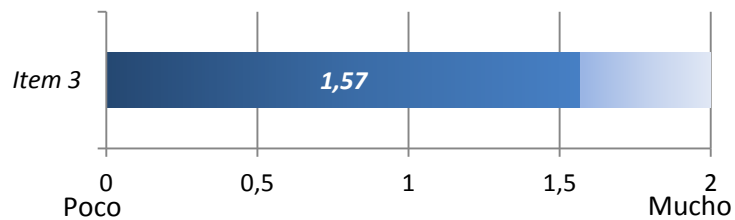


Imagen 24. Escala aditiva Ítem 3. Fuente: Panel de expertos.
¿Facilita la ubicación de datos clínicos de riesgo obstétrico?

La segunda dimensión abarca la continuidad del cuidado desarrollado en los ítems 4 al 6. Los resultados son:

-En el ítem 4 la pregunta “¿Permite la adecuada intercomunicación entre el personal de distintos turnos?”:

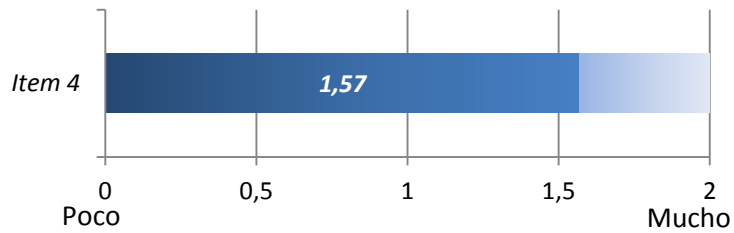


Imagen 25. Escala aditiva Item 4. Fuente: Panel de expertos.
 ¿Permite la adecuada intercomunicación entre el personal de distintos turnos?

-En el ítem 5 la pregunta “¿En el documento se favorece la continuidad del cuidado en la mujer que cursa el puerperio?”:

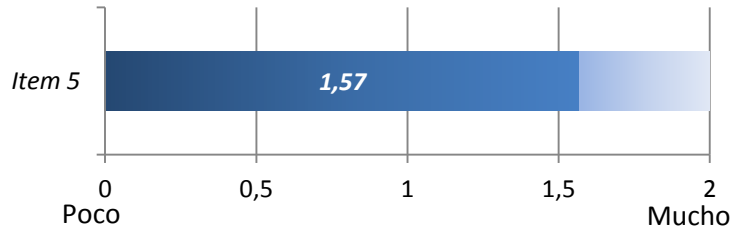


Imagen 26. Escala aditiva Item 5. Fuente: Panel de expertos.
 ¿En el documento se favorece la continuidad del cuidado en la mujer que cursa el puerperio?

-En el ítem 6 la pregunta “¿Considera usted que los espacios asignados para la fecha y hora permiten la continuidad de las valoraciones?”:

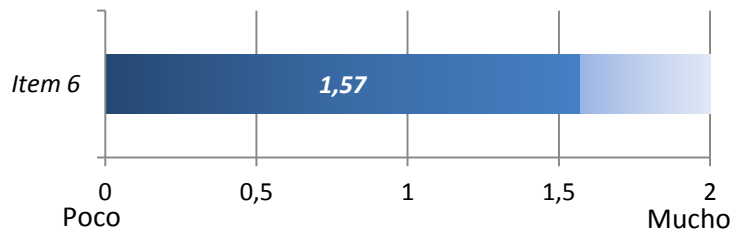


Imagen 27. Escala aditiva Item 6. Fuente: Panel de expertos.
 ¿Considera usted que los espacios asignados para la fecha y hora permiten la continuidad de las valoraciones?

La tercera dimensión abarca la seguridad del paciente desarrollado en los ítems 7 al 9. Los resultados son:

-En el ítem 7 la pregunta “¿Cree que el documento mejorara la calidad del cuidado en las pacientes que cursan por un puerperio?”:

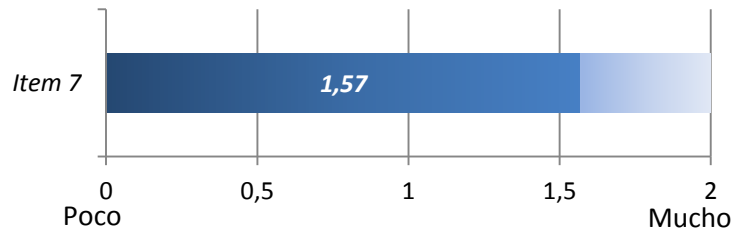


Imagen 28. Escala aditiva ítem 7. Fuente: Panel de expertos.
¿Cree que el documento mejorara la calidad del cuidado en las pacientes que cursan por un puerperio?

-En el ítem 8 la pregunta “¿Considera que evitará complicaciones y detectará oportunamente riesgos obstétricos?”:

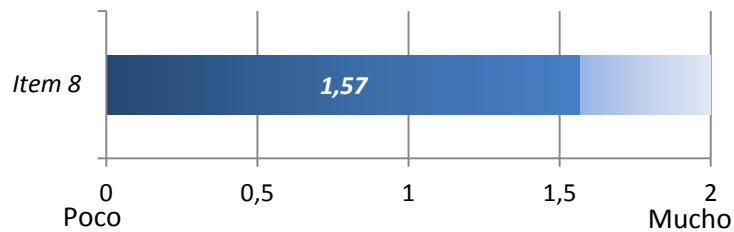


Imagen 29. Escala aditiva ítem 8. Fuente: Panel de expertos.
¿Considera que evitará complicaciones y detectará oportunamente riesgos obstétricos?

-En el ítem 9 la pregunta “¿Cubre la mayoría de datos clínicos relevantes obstétricos valorables en un puerperio inmediato para detectar riesgos?”:

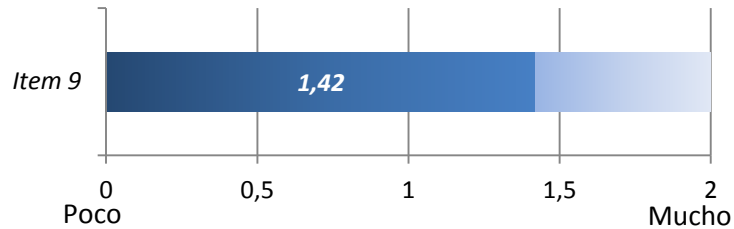


Imagen 30. Escala aditiva Item 9. Fuente: Panel de expertos.
¿Cubre la mayoría de datos clínicos relevantes obstétricos valorables en un puerperio inmediato para detectar riesgos?

A continuación se muestran las escalas aditivas por dimensión evaluada tomando 0 como puntuación mínima y 6 como puntuación máxima, tomado del promedio de las respuestas del panel de expertos.

-En la primera dimensión se hace referencia a la estructura, conformado del ítem 1 al 3. Los resultados fueron los siguientes:

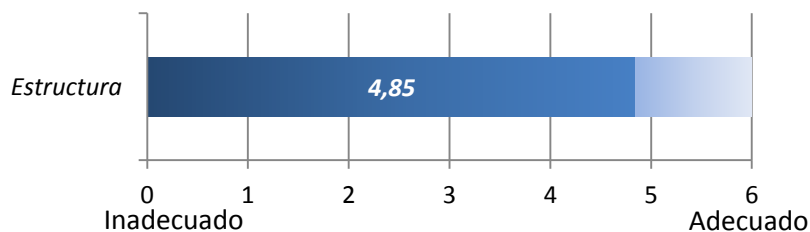


Imagen 31. Escala aditiva 1ª Dimensión. Fuente: Panel de expertos.
Estructura

-En La segunda dimensión abarca la continuidad del cuidado desarrollado en los ítems 4 al 6. A lo que respondieron:

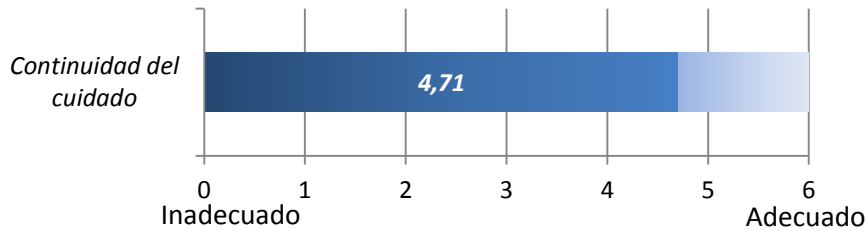


Imagen 32. Escala aditiva 2ª Dimensión. Fuente: Panel de expertos.
Continuidad del cuidado

-La tercera dimensión incluye la seguridad del paciente desarrollado en los ítems 7 al 9. Los resultados son:

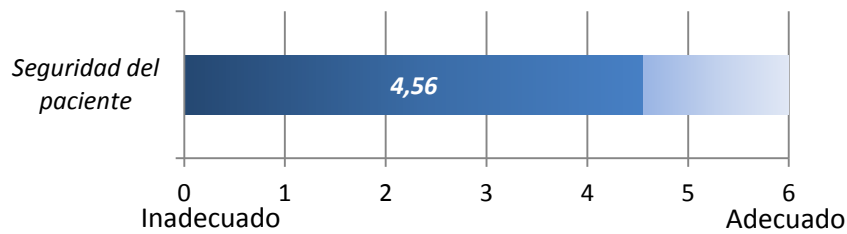


Imagen 33. Escala aditiva 3ª Dimensión. Fuente: Panel de expertos.
Seguridad del paciente

A continuación se muestran la escala aditiva general del instrumento evaluado tomando 0 como puntuación mínima y 18 como puntuación máxima, tomado del promedio de las respuestas del panel de expertos. La puntuación fue la siguiente:

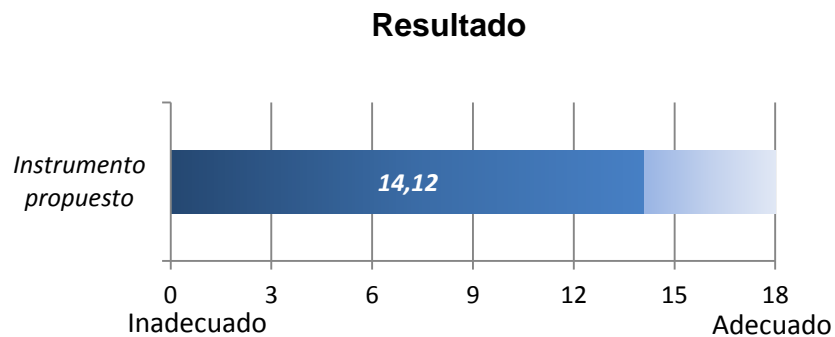


Imagen 34. Escala aditiva General. Fuente: Panel de expertos.
Instrumento propuesto

4.2 Discusión

El instrumento aquí propuesto, es presentado como un complemento a la hoja de enfermería que se enfoca a determinada población, a fin de mantener la universalidad del formato general de enfermería pero a la vez especificando las valoraciones a la población usuaria que curse esta etapa. Contribuyendo a cumplir el 5º objetivo del milenio, disminuyendo la mortalidad materna con esta propuesta.

El panel de expertos refleja, en los datos descritos de las escalas aditivas, la primer dimensión como la más adecuada, posteriormente la dimensión de continuidad del cuidado, y al final la dimensión seguridad del paciente. Todas las

escalas transformadas a porcentajes rebasan el 75%. En la escala aditiva general transformándola a porcentaje nos refleja 78%. Tomando en cuenta que restaría un 22% para llegar al 100%, se destinó un espacio abierto para que el panel de expertos opinara lo que restaría para alcanzarlo. Sin embargo, a pesar de puntuar menormente la dimensión “seguridad del paciente” no se hicieron muchas observaciones en esta área. Por lo tanto se adecuo el instrumento a las observaciones del panel y a la experiencia propia en campos clínicos materno infantiles que se presenta en la conclusión.

En el espacio que se destinó abierto para las observaciones al instrumento, destaca el hecho de agregar ítems que abarquen más allá del puerperio inmediato y hasta el puerperio mediato, no únicamente para pacientes que hayan experimentado un parto o cesárea, sino para aquellas pacientes que haya experimentado un legrado uterino instrumentado, aspiración mecánica endouterina, oclusión tubárica bilateral, revisión de cavidad e histerctomia. Se recomienda la unificación de este formato con los ya existentes de enfermería. Además de ampliar la tira horaria a fin de cumplir con las revisiones mínimas requeridas por la NOM007. Sin embargo es una propuesta que está planeada para la detección de riesgos potenciales a la salud y como tal cumple su función auxiliando al formato universal de la hoja de enfermería. Resulta difícil crear un único instrumento específico a esta etapa pues implicaría el desplazamiento del formato existente, es por ello, que hemos optado por crear el instrumento como complemento y de uso exclusivo en el puerperio para la prevención de riesgos y complicaciones.

En la actualidad es inaceptable que una mujer muera a causa de un embarazo, sin embargo, siguen ocurriendo, principalmente en países en vías de desarrollo. Así, perteneciendo México a este grupo de países surge la necesidad continua de tomar y proponer estrategias que disminuyan la muerte materna. Creemos que el instrumento resultará útil, en especial en las unidades que cuenten con una distribución homogénea del personal de enfermería. Entendiéndose por esto que no siempre se podrá contar con el personal especializado en el área.

El fundamento del constructo fue basado totalmente bajo la normativa federal mexicana, así como sus guías y lineamientos a los que están sujetos todas las instituciones de salud que presten servicios a esta población. Se toman los ítems en complemento a lo ya establecido en una hoja de enfermería ordinaria, para hacerlo específico a esta población usuaria que curse el puerperio inmediato. Se tomó en consideración la facilidad de su llenado a fin de optimizar tiempos, también su lenguaje para que sea comprensible a los distintos niveles académicos y convertirse en una herramienta multidisciplinar al personal de salud.

El panel de expertos ha evaluado tres dimensiones básicas del instrumento, la que la referente al contenido sobresale. En su totalidad fue evaluada con una calificación aceptable para sustentar el documento.

Nuestra propuesta es una hoja anexa y no una sustitución de la hoja de enfermería como lo supone el panel de expertos a lo que proponen que fuese

un solo formato a utilizar en el área, el objetivo de este trabajo es la propuesta de un instrumento de valoración de riesgo enfocado al puerperio inmediato, ya que los ítems que se proponen no podrían incluirse en un solo formato por la falta de espacio y la unificación de ambas hojas sería inadecuada, esto causaría una saturación del registro de enfermería, además las imágenes y gráficas no podrían ser visualizadas adecuadamente. En nuestra propuesta también incluimos indicadores de calidad que propone el MECIC y que pasa por alto la hoja de enfermería estándar (la cual solo incluye la escala de Glasgow). Una observación muy importante que realizó el panel de expertos, fueron en los rubros de los signos vitales para mejorar la gráfica de la detección oportuna de datos anormales, que ha sido mejorada, también realizaron un punto de observación en complementos que no podíamos anexar por falta de espacio, pero consideramos reducir algunos rubros como la escala de conciencia, riesgo de úlceras por presión, riesgo de caídas, escala del dolor EVA y mantiene lactancia materna, reduciendo estos ítems pudimos modificar el módulo de episiorrafia anexando la valoración de herida quirúrgica, desgarro o episiorrafia especificando si existe o no.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES FINALES

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES FINALES.

Con base a los resultados se derivaron las siguientes conclusiones.

Diversos estudios indican que el puerperio es la etapa con mayor mortalidad materna, este periodo es en el que la mujer debe de ser estrechamente vigilada por el personal sanitario, principalmente quien se encuentra a cargo de su cuidado, como lo es el personal de enfermería. Las principales causa muerte materna son los estadíos de hipertensión y sus complicaciones y hemorragias posparto, estos riesgos pueden ser detectado oportunamente por el personal, en las primeras dos horas posparto, para su actuación oportuna. Aunando que es imprescindible la comunicación entre el personal de distintos turnos y áreas, que deben dar continuidad a los cuidados, no solo a través de la expresión oral, también muy importante que sea mediante un registro incluido en el expediente, este tiene que ser claro, y registrar los datos importantes. Nuestro registro de enfermería para la valoración del puerperio inmediato, reúne estas características, al ser un registro auxiliar a la hoja de enfermería, al considerarse todos los datos imprescindibles y de calidad, que pretende optimizar tiempo y la facilidad de llenado, ya que la población de profesionales formados con una visión más amplia en la obstetricia es limitado para el gran número de hospitales que cuentan con los servicios obstétricos, por lo cual, es necesario la estrategia de implementar complementos que faciliten la valoración y proporcionen una mayor visión del área obstétrica, anexando datos

de una atención de calidad. Con el resultado que se obtuvo en la evaluación del instrumento, éste fue cuantificado con una escala de Likert plasmada en una escala aditiva 0 a 18, alcanzando 14.12 puntos, Consideramos que es un instrumento valioso para su uso en la unidades en donde se ofrezca el servicio de obstetricia para la acción oportuna, mejora y la prevención de riesgos durante el periodo del puerperio inmediato. Sin embargo, se realizaron observaciones por parte de la Academia de Obstetricia perteneciente a la ENEO UNAM éstas denotan la ambición de la academia para unificar y crear formatos universales, exhortando a las futuras generaciones a investigar, retomar y continuar hasta lograr la universalización de formatos al gremio enfermero, quedando como antecedente de ello la propuesta de este trabajo. Queda clara la intención de estos formatos, restará realizar el pilotaje para su implementación en instituciones de salud.

Con base a los resultados se derivaron las siguientes modificaciones, que se obtuvieron con la aportación del panel de expertos y las observaciones que hicieron en nuestro instrumento propuesto, a lo que estuvimos de acuerdo con algunos puntos y diferimos en otros, ya que no pretendíamos sustituir el formato estándar ya existente.

HOJA DE ESCALAS DE VALORACIÓN Y SIGNOS VITALES PREVIA A LA ATENCIÓN DEL EVENTO OBSTÉTRICO

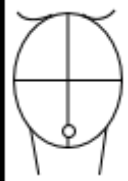
Nombre: _____ Edad: _____
 Expediente: _____ Diagnóstico: _____ Servicio: _____

Fecha	
-------	--

CONSTANTES VITALES**

ESTADO DE CONCIENCIA*			
TA	FC	FR	T°
160	160	40	41
150	150		
140	140	35	40
130	130		
120	120	30	39
110	110		
100	100	25	38
90	90		
80	80	20	37
70	70		
60	60	15	36
50	50		
40	40	10	35

FRECUENCIA CARDIACA FETAL



+	
180	
170	
160	
150	
140	
130	
120	
110	
100	
-	

CAIDAS UPP

Riesgo	
Alto	[5-9]
Medio	[10-12]
Bajo	[13-20]

CAIDAS EVA

Riesgo	
Alto	[4-10]
Medio	[2-3]
Bajo	[0-1]

07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 01 02 03 04 05 06

07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 01 02 03 04 05 06

TURNO	
NOMBRE Y FIRMA ENFERMERA	
NOMBRE Y FIRMA DE MÉDICO ENTERADO	

Todo rubro marcado dentro del área sombreada es motivo de intercomunicación con el médico responsable

*Alerta-Somnolencia-Ombulencia-Estupor-Coma **FC: Negro FR: Azul TC: Rojo TA: Negro Sístole: ° Diástole: v

HOJA DE VALORACIÓN POSTEVENO OBSTETRICO

Procedimiento Obstétrico :

CAPRINI	¿Amerita tromboprofilaxis postoperatoria?: Si() No()			Servicio:	Hora ingreso:
DIURESIS	Presente en 4 horas posteriores Si() No()	En 24 horas = o > 1500ml Si() No()			
LM	Inicio de lactancia materna en los 30 minutos postevento obstétrico Si() No() Motivo:			TIPO DE PEZÓN	
	La paciente fue capacitada en lactancia materna Si() No() Enfermera que capacito:			Invertido ()	Plano ()
	Mantiene lactancia materna Si() No() Motivo:			Normal ()	

	NIVEL DE CONCIENCIA		UPP			CAIDAS			EVA									
	Alerta-Somnolencia-Obnubilencia-Estupor-Coma		Bajo [13-20]	Medio [10-12]	Alto [5-9]	Bajo [0-1]	Medio [2-3]	Alto [4-10]	 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10									
TM																		
TV																		
TN																		

Fecha: 1^a / 2^a

Hora: _____

		TA	FC	FR	T*																															
CONSTANTES Y ITALES*	SIS DIA	160	40	41																																
	+170 +170	150																																		
	160 160	140	35	40																																
	150 150	130																																		
	140 140	120	30	39																																
	130 130	110																																		
	120 120	100	25	38																																
	110 110	90																																		
	100 100	80	20	37																																
	90 90	70																																		
	80 80	60	15	36																																
	70 70	50																																		
-60 -60	40	10	35																																	

Alto riesgo

Cicatriz Umbilical

Bajo riesgo

HERIDA QUIRURGICA, LOQUIOS Y/O SANGRADO, DESGARRO O EPSIDORRAGIA	Cantidad	Olor	Color	Dolor																																
					Edema (Si/No)	Color	Dehiscencia																													
	Abundante	Fétido	Rojo brillante	Intenso																																
	Escaso	No fétido	Rojo oxidado	Leve-Moderado																																
	Mínimo		Sin Dolor																																	

TURNO	
NOMBRE Y FIRMA ENFERMERA	
NOMBRE Y FIRMA DE MÉDICO ENTERADO	

Todo rubro marcado dentro del área sombreada es motivo de intercomunicación con el médico responsable

*FC: Negro FR: Azul TC: Rojo TA: Negro Sístole: * Diástole: y

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Altman, D., Carroli, G., Duley, L., Farrell, B., Moodley, J., Neilson, J., & Smith, D. (2002). Do women with pre-eclampsia, and their babies, benefit from magnesium sulphate? The Magpie Trial: a randomised placebo-controlled trial. *Lancet*, 359(9321), 1877-1890.
- Alvarado Berrueta, L., Arroyo Vázquez, L., Hernández Pérez, L., Vélez Calderón, L., & Márquez Torres, E. (2013). Manejo del TRIAGE Obstétrico y Código Mater en el Estado de México. *Enfermería Universitaria*, 9(2).
- Álvarez Toste, M., Hinojosa Álvarez, M. d. C., Álvarez, S. S., López Barroso, R., González Rodríguez, G., Carbonell, I., & Pérez González, R. (2011). Morbilidad materna extremadamente grave, un problema actual. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 49, 420-433.
- Álvarez Toste, M., Salvador Álvarez, S., López Barroso, R., Carbonell García, I., & González Rodríguez, G. (2012). Características epidemiológicas de la morbilidad materna extremadamente grave en tres provincias de Cuba, 2009. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 50, 286-299.
- Calvo-Aguilar, O., Morales-García, V. E., & Fabián-Fabián, J. (2010). Morbilidad materna extrema en el Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso, Servicios de Salud de Oaxaca. *Ginecol Obstet Mex*, 78(12), 660-668.
- Carrillo-Esper, R., Márquez, A., Sosa-García, J., Aponte, U., Bobadilla, A., Briones, G., . . . Izaguirre, A. (2011). Guía de práctica clínica para la tromboprolifaxis en la Unidad de Terapia Intensiva. *Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva*, Vol. XXV pp (Núm. 4), 227-254.
- Cavanagh Denis, E. Woods Ralph, & C.F., O. C. T. (1982). *Urgencias Obstétricas* (2° ed.). Barcelona, España.
- Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Rouse, & al., e. (2011). *Obstetricia de Williams* (23° ed.). España.
- de Pediatría, A. E. (2008). Manual de lactancia materna. *De la teoría a la práctica*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Felix, R. A. (2002). *Obstetricia para la enfermera profesional* (1° ed.). Mexico, D.F.
- Ghuman, N., Rheiner, J., Tendler, B. E., & White, W. B. (2009). Hypertension in the postpartum woman: clinical update for the hypertension specialist. *The Journal of Clinical Hypertension*, 11(12), 726-733.
- Guerrero Castillo, J. J. (2004). Registros de Enfermería: la Historia del Paciente. *Index de Enfermería*, 13, 74-74.
- Hernández-Leyva, B. (2003). Trejo-y Pérez JA, Ducoig-Díaz L, Vázquez-Estrada P, Tomé-Sandoval P. Guía clínica para la atención prenatal. *Rev Med IMSS*, 41, S59-S69.
- OMM. (2011). Boletín Semana Epidemiológica 52 (2011). <http://www.omm.org.mx/index.php/boletines-de-mortalidad-materna-2011.html>
- OMM. (2012). Boletín Semana Epidemiológica 52 (2012). <http://www.omm.org.mx/index.php/boletines-de-mortalidad-materna-2011.html>
- OMM. (2013). Boletín Semana Epidemiológica 36 (2013). <http://www.omm.org.mx/index.php/boletines-de-mortalidad-materna-2011.html>
- OMS. (2010). Asamblea General. Cumplir la promesa: unidos para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio. <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/65/1>

- OMS. (2012). Mortalidad materna: Nota descriptiva N°348 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
- Oppenheimer, L. W., Sherriff, E. A., Goodman, J. D. S., James, C. E., & Shah, D. (1986). The duration of lochia. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 93(7), 754-757. doi: 10.1111/j.1471-0528.1986.tb07977.x
- Reason, J. (2000). Human error: models and management. *BMJ*, 320(7237), 768-770. doi: 10.1136/bmj.320.7237.768
- Ribeiro, R. d. C., & Marin, H. d. F. (2009). Proposta de um instrumento de avaliação da saúde do idoso institucionalizado baseado no conceito do Conjunto de Dados Essenciais em Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62, 204-212.
- Rouvier, M., González-Block, M. Á., Sesia, P., & Becerril-Montekio, V. (2013). Problemas del sistema de salud en estados de México con alta incidencia de mortalidad materna. *Salud Pública de México*, 55, 185-192.
- Santiago, T., Zárate Grajales, M. R. A., & Matus Miranda, M. R. (2011). Calidad de los registros clínicos de enfermería: Elaboración de un instrumento para su evaluación. *Enfermería Universitaria*, 8(1).
- Socarras Ibáñez, Noelia, & al., e. (2009). *Enfermería Ginecobstétrica* La Habana, Cuba.
- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993. Atención a la mujer durante el embarazo, Parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. (1993).
- Prevención, diagnóstico y manejo de la preclampsia-eclampsia (Lineamiento técnico) (2007).
- Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo y manejo inicial de aborto recurrente (2008).
- Guía Práctica Clínica. Diagnóstico y tratamiento de la hemorragia obstétrica en la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato. (2009).
- Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. (2012).
- Guía Práctica Clínica. Prevención, diagnóstico y tratamiento de episiotomía complicada. Evidencias y recomendaciones. (2013).
- Velasco, E. R., Foret, M. A. D., Sanchís, M. I. C., & Server, M. A. M. (2007). Creación de un registro estándar para la valoración de enfermería en la unidad de maternidad. *Enfermería integral: Revista científica del Colegio Oficial de ATS de Valencia*(77), 23-28.
- Velásquez, J. A. (2005). HIPERTENSIÓN POSPARTO Postpartum hypertension. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 56(2), 141-146.

INDICE DE IMÁGENES

Página

<i>Imagen 1. Módulo: Ficha de identificación.....</i>	<i>41</i>
<i>Imagen 2. Módulo: Procedimiento obstétrico.....</i>	<i>42</i>
<i>Imagen 3. Módulo: Servicio.....</i>	<i>42</i>
<i>Imagen 4. Módulo: Tromboprofilaxis.....</i>	<i>43</i>
<i>Imagen 5. Escala de Caprini.....</i>	<i>44</i>
<i>Imagen 6. Módulo: Lactancia materna.....</i>	<i>45</i>
<i>Imagen 7. Módulo complementario: Lactancia materna (tipo de pezón).....</i>	<i>45</i>
<i>Imagen 8. Módulo: Diuresis.....</i>	<i>46</i>
<i>Imagen 9. Módulo: Fecha y hora.....</i>	<i>47</i>
<i>Imagen 10. Módulo: Nivel de conciencia.....</i>	<i>47</i>
<i>Imagen 11. Módulo: Curvas constantes vitales.....</i>	<i>48</i>
<i>Imagen 12. Módulo: Loquios y/o sangrado.....</i>	<i>50</i>
<i>Imagen 13. Módulo: Involución uterina.....</i>	<i>52</i>
<i>Imagen 14. Módulo: Episiorragia.....</i>	<i>53</i>
<i>Imagen 15. Módulo: Escala de valoración de úlceras por presión.....</i>	<i>54</i>
<i>Imagen 16. Escala de valoración de Norton.....</i>	<i>54</i>
<i>Imagen 17. Módulo: Valoración riesgo de Caídas.....</i>	<i>55</i>
<i>Imagen 18. Valoración del grado de riesgos de caídas en el paciente Hospitalizado.....</i>	<i>55</i>
<i>Imagen 19. Módulo: Valoración de dolor.....</i>	<i>56</i>
<i>Imagen 20. Módulo complementario: Lactancia materna (Continuidad).....</i>	<i>57</i>
<i>Imagen 21. Módulo: Turno, nombre y rubricas del personal responsable.....</i>	<i>57</i>
<i>Imagen 22. Panel de expertos. Escala aditiva Ítem 1.....</i>	<i>59</i>
<i>Imagen 23. Panel de expertos. Escala aditiva Ítem 2.....</i>	<i>60</i>
<i>Imagen 24. Panel de expertos. Escala aditiva Ítem 3.....</i>	<i>60</i>
<i>Imagen 25. Panel de expertos. Escala aditiva Ítem 4.....</i>	<i>61</i>
<i>Imagen 26. Panel de expertos. Escala aditiva Ítem 5.....</i>	<i>61</i>
<i>Imagen 27. Panel de expertos. Escala aditiva Ítem 6.....</i>	<i>61</i>
<i>Imagen 28. Panel de expertos. Escala aditiva Ítem 7.....</i>	<i>62</i>
<i>Imagen 29. Panel de expertos. Escala aditiva Ítem 8.....</i>	<i>62</i>
<i>Imagen 30. Panel de expertos. Escala aditiva Ítem 9.....</i>	<i>63</i>
<i>Imagen 31. Panel de expertos. Escala aditiva 1ª Dimensión.....</i>	<i>63</i>
<i>Imagen 32. Panel de expertos. Escala aditiva 2ª Dimensión.....</i>	<i>64</i>
<i>Imagen 33. Panel de expertos. Escala aditiva 3ª Dimensión.....</i>	<i>64</i>
<i>Imagen 34. Panel de expertos. Escala aditiva General.....</i>	<i>65</i>

ANEXOS

HOJA DE ESCALAS DE VALORACIÓN Y SIGNOS VITALES PREVIA A LA ATENCIÓN DEL EVENTO OBSTÉTRICO

Nombre: _____ Edad: _____
 Expediente: _____ Diagnóstico: _____ Servicio: _____

Fecha: _____

	ESTADO DE CONCIENCIA*																															
TA	FC	FR	T°																													
160	160	40	41																													
150	150																															
140	140	35	40																													
130	130																															
120	120	30	39																													
110	110																															
100	100	25	38																													
90	90																															
80	80	20	37																													
70	70																															
60	60	15	36																													
50	50																															
40	40	10	35																													
				07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 01 02 03 04 05 06																												
				+																												
				180																												
				170																												
				160																												
				150																												
				140																												
				130																												
				120																												
				110																												
				100																												
				-																												
				07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 01 02 03 04 05 06																												
				+																												
				180																												
				170																												
				160																												
				150																												
				140																												
				130																												
				120																												
				110																												
				100																												
				-																												
				07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 01 02 03 04 05 06																												
				+																												
				180																												
				170																												
				160																												
				150																												
				140																												
				130																												
				120																												
				110																												
				100																												
				-																												
				07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 01 02 03 04 05 06																												



CONSTANTES VITALES**

FRECUENCIA CARDIACA FETAL

UPP

CAIDAS

EVA

Riesgo	Alto	[5-9]
	Medio	[10-12]
	Bajo	[13-20]
Riesgo	Alto	[4-10]
	Medio	[2-3]
	Bajo	[0-1]
	[0-10]	

ANEXO 1
HOJA DE VALORACION
POSTOBSTETRICA




TURNO																																						
NOMBRE Y FIRMA ENFERMERA																																						
NOMBRE Y FIRMA DE MÉDICO ENTERADO																																						

Todo rubro marcado dentro del área sombreada es motivo de intercomunicación con el médico responsable

*Alerta-Somnolencia-Ombulencia-Estupor-Coma **FC: Negro FR: Azul TC: Rojo TA: Negro Sístole: ^ Diástole: v

HOJA DE VALORACIÓN POSTEVENTO OBSTETRICO

Procedimiento Obstétrico :

CAPRINI	¿Amerita tromboprofilaxis postoperatoria?: Si() No()	Servicio:	Hora ingreso:
LM	Inicio de lactancia materna en los 30 minutos postevento obstétrico Si() No()	Motivo:	TIPO DE PEZÓN Invertido ()  Plano ()  Normal () 
DIURESIS	Presente en 4 horas posteriores Si() No()	Enfermera que capacito: En 24 horas = o > 1500ml Si() No()	

Fecha: **1^a** / **2^a** /

Hora: _____

NIVEL DE CONCIENCIA*																																
CONSTANTES V ITALES**	TA	FC	FR	T°																												
	160	160	40	41																												
	150	150																														
	140	140	35	40																												
	130	130																														
	120	120	30	39																												
	110	110																														
	100	100	25	38																												
	90	90																														
	80	80	20	37																												
	70	70																														
	60	60	15	36																												
	50	50																														
40	40	10	35																													
LOQUIOS Y/O SANGRADO	Cantidad																															
	Olor																															
Color	Olor																															
	Color																															
INVOLOCIÓN UTERINA	Alto riesgo																															
	Cicatriz Umbilical																															
CAIDAS UPP	Bajo riesgo																															
	Dolor																															
	Edema (Si/No)																															
EPISIORRAFIA	Color																															
	Riesgo																															
	Riesgo																															
CAIDAS UPP	Riesgo																															
	Dolor [EVA] 1-10																															
	Mantiene Lactancia Materna																															

TURNO	
NOMBRE Y FIRMA ENFERMERA	
NOMBRE Y FIRMA DE MÉDICO ENTERADO	

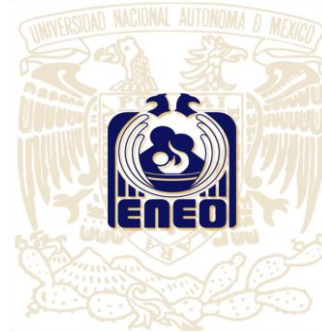
Todo rubro marcado dentro del área sombreada es motivo de intercomunicación con el médico responsable

*Alerta-Somole: n: i: a-Obnbulen: i: a-Estupo r-Coma **FC: Negro FR: Azul TC: Rojo TA: Negro Sétolo: ^ Diástolo: v



**UNIVERSIDAD
NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL
DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA**



INSTRUCTIVO CON OBSERVACIONES

HOJA DE VALORACION OBSTÉTRICA / POSTOBSTÉTRICA

REALIZADA POR:

PLEO. HERNÁNDEZ MENDOZA ERIC JULIÁN
PLEO. PÉREZ TERÁN MARTHA HAYDEÉ
PLEO. RAMOS BONILLA IRWING SADOT

JUSTIFICACIÓN

Esta hoja está diseñada con el fin de evidenciar las valoraciones realizadas por enfermería a las pacientes obstétricas, conforme a lo establecido por el MECIC, también por el Plan para la disminución de la mortalidad materna, el cual establece como estrategia de solución: “Implementar dentro de la hoja de enfermería ITEMS que permitan contar con una evaluación objetiva y puntual de los datos clínicos más relevantes: estado de conciencia, signos vitales, fondo uterino, cantidad y características de loquios y uresis. Notificación inmediata al médico en turno dejando evidencia con fecha y hora de los aspectos realizados durante la valoración.” Además de otros datos importantes que nos ayudara a detectar oportunamente otras complicaciones.

La parte frontal además de los datos generales de la paciente evidencia las valoraciones de Signos vitales graficados y clasificación de riesgo decaídas y úlceras por presión que pueden presentar las pacientes, además del dolor referido. Puntos que la Norma Oficial Mexicana 004 del Expediente Clínico menciona como importantes que deben formar parte de la hoja de registros clínicos de enfermería.

El reverso aplica solo en pacientes que cursan un post evento obstétrico, con parámetros de valoración integral en el puerperio inmediato y mediano con rubros en blanco de fecha y hora, para aprovechar al máximo el tiempo de estancia cubriendo aspectos importantes del Plan para la Disminución de la Muerte Materna.

Al final de la hoja se dispone de espacios para que el médico responsable de la paciente y la enfermera a cargo de sus cuidados plasmen su nombre y firma demostrando el trabajo coordinado como equipo de salud trabajando en la vigilancia estrecha de todas las pacientes y al mismo tiempo evitando las posibles complicaciones que durante el puerperio se pueden presentar al omitir la valoración de determinados aspectos de esta etapa de recuperación.

ESPECIFICACIONES GENERALES

- 1- Este instrumento es un complemento auxiliar de la hoja de enfermería y deberá llevarse en paralelo para las pacientes sometidas a algún procedimiento obstétrico.

- 2- El encabezado se llenará con tinta negra.

- 3- El resto del documento será llenado con la tinta del turno correspondiente (matutino-azul, vespertino-verde, nocturno-rojo, diurno-negro) con excepción de las curvas de constantes vitales.

- 4- Todo rubro marcado dentro de los espacios sombreados en gris, es motivo de intercomunicación con el personal médico. Esto implica la existencia de riesgo a la salud de la usuaria.

- 5- Según el evento obstétrico habrá rubros que se inactiven; por ejemplo, una mujer que ha sufrido un aborto desactivara los ítems de frecuencia cardiaca fetal, involución uterina, episiorrafia o herida quirúrgica y lactancia materna.

Instructivo anverso: Hoja de valoración obstétrica / Hoja de valoración postobstétrica

Sección: Encabezado

Módulo: Ficha de identificación

HOJA DE ESCALAS DE VALORACIÓN Y SIGNOS VITALES PREVIA A LA ATENCIÓN DEL EVENTO OBSTÉTRICO

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____
Expediente: _____ Diagnóstico: _____ Servicio: _____

Fecha: _____

HOJA DE ESCALAS DE VALORACIÓN Y SIGNOS VITALES PREVIA A LA ATENCIÓN DEL EVENTO OBSTÉTRICO

Fecha: _____

HOJA DE ESCALAS DE VALORACIÓN Y SIGNOS VITALES PREVIA A LA ATENCIÓN DEL EVENTO OBSTÉTRICO

HOJA DE ESCALAS DE VALORACIÓN Y SIGNOS VITALES PREVIA A LA ATENCIÓN DEL EVENTO OBSTÉTRICO

Indicación: Se anotan los datos que identificarán a nuestras usuarias.

Observación: La importancia de tener en los formatos los datos de identificación del paciente nos permiten llevar una secuencia de la evolución del paciente durante la estancia hospitalaria, así como el localizar al paciente que corresponda su información contenida.

Sección: Cuerpo

Módulo: Fecha y horario

Fecha: _____

HOJA DE ESCALAS DE VALORACIÓN Y SIGNOS VITALES PREVIA A LA ATENCIÓN DEL EVENTO OBSTÉTRICO

HOJA DE ESCALAS DE VALORACIÓN Y SIGNOS VITALES PREVIA A LA ATENCIÓN DEL EVENTO OBSTÉTRICO

HOJA DE ESCALAS DE VALORACIÓN Y SIGNOS VITALES PREVIA A LA ATENCIÓN DEL EVENTO OBSTÉTRICO

HOJA DE ESCALAS DE VALORACIÓN Y SIGNOS VITALES PREVIA A LA ATENCIÓN DEL EVENTO OBSTÉTRICO

07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 01 02 03 04 05 06 07 08

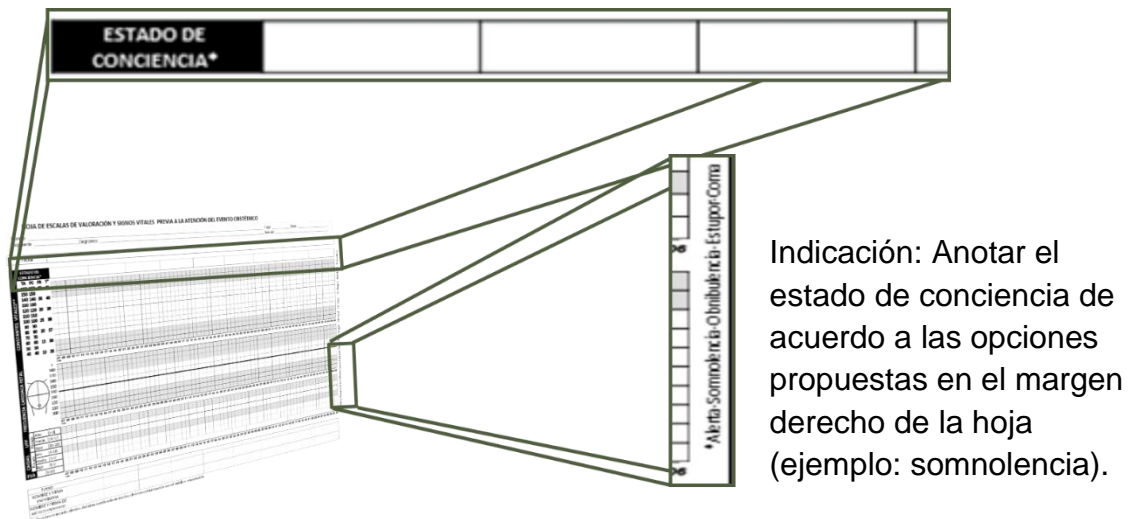
Indicación: Registrar la fecha en formato día-mes-año en la que es ingresada ala UTQx al servicio de labor. Si hubiese cambio de fecha, se colocará una diagonal y a continuación

la fecha correspondiente. Las valoraciones serán marcadas sobre las líneas horarias correspondientes.

Observación: la fecha y horario se maneja hasta 72 horas con la finalidad de mantener la continuidad de las gráficas y hacer visibles sus alteraciones, así como sus valores basales a la condición de la usuaria.

Sección: Cuerpo

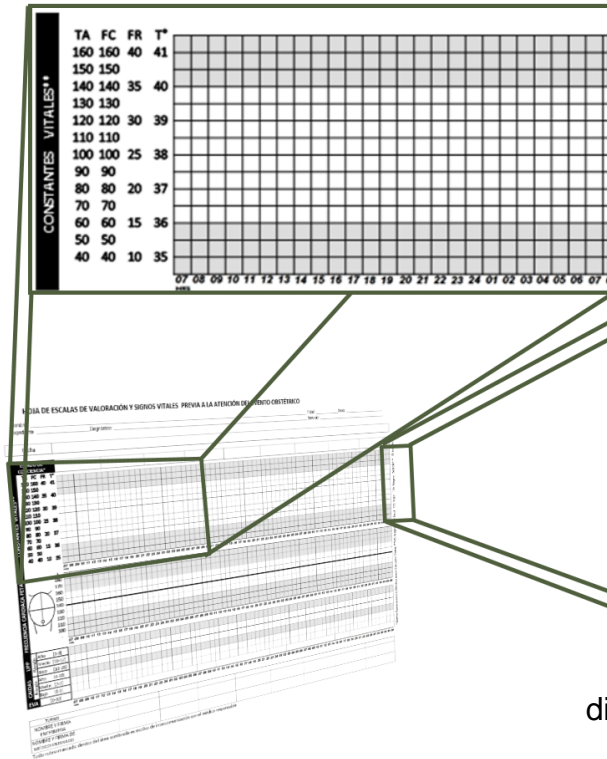
Módulo: Estado de conciencia



Observación: Estos determinarán el estado de salud general de la paciente.

Sección: Cuerpo

Módulo: Curvas de constantes vitales



Indicación: Se registrarán del siguiente modo: frecuencia cardiaca con tinta **negra**, frecuencia respiratoria con tinta **azul**, temperatura corporal con tinta **roja**, estos se marcarán con un punto en la gráfica y se unirán los puntos de cada rubro al final del turno; en cuanto a la tensión arterial se registrará con tinta **negra** indicando la sistólica con el símbolo **^** y la diastólica con el símbolo **v**.

Observación:

-Pulso: lento, raramente menor de 60 lpm. El corazón se encuentra hipertrofiado durante el embarazo a razón de mayor volumen minuto. Si existe > 100 lpm puede indicar gran pérdida sanguínea o una infección.

-Temperatura: en las primeras 24 h, frecuente entre 37,5-38 °C

-Tensión Arterial: presión sistólica +-30, diastólica +-15, Menor a estas cifras se puede considerar una hemorragia, hipovolemia, choque hipovolémico. Por encima de esas cifras se puede considerar preeclampsia/eclampsia.

-Respiración: 16-24 x minuto.

parámetro importante que indica posibles complicaciones y orienta al personal de salud al realizar las intervenciones necesarias para minimizarlo, mejorar las condiciones de confort, acelerando la recuperación al crear las condiciones favorables para la deambulación y realización de autocuidados del mismo paciente.

Sección: Pie de página

Módulo: Turno, nombre y firma

The diagram illustrates a form layout. At the top, a table is defined with the following structure:

TURNO				
NOMBRE Y FIRMA ENFERMERA				
NOMBRE Y FIRMA DE MÉDICO ENTERADO				

Below this table, a note states: "Todo rubro marcado dentro del área sombreada es motivo de intercomunicación con el médico responsable".

Below the table, a larger grid is shown, representing the main body of the form. The grid has multiple columns and rows, with a shaded area on the left side. The grid is used for recording patient care activities.

Indicación: Se colocará el turno, nombre completo y firma del personal correspondiente encargado de la atención de la paciente.

Observación: El trabajo en equipo en todo momento de valoración a la recepción o egreso de pacientes debe estar evidenciado por sus actores.

Instructivo reverso: Hoja de valoración obstétrica / Hoja de valoración postobstétrica

Sección: Sub-encabezado

Módulo: Evento obstétrico, servicio y hora de ingreso

The diagram illustrates the 'Sub-encabezado' section of a medical form. A callout box highlights the following fields:

- Evento Obstétrico:
- Servicio:
- Hora ingreso:

Below the callout, a grid shows a patient's record. A diagonal line is drawn across the grid, indicating a transfer to another service. The text 'recuperación de UTQx / Hospitalización de GO/UCIA' is written across the diagonal line.

Indicación: Se anotará el evento obstétrico (puede ser parto, cesárea, aborto u OTB). Se escribirá el servicio donde se encuentra la pacientes. Si es trasladada se coloca una diagonal y el nombre del servicio donde continúan las valoraciones. (ejemplo: recuperación de UTQx / Hospitalización de GO/UCIA). Escrito en horario de 24 horas (00:00), se registrará la hora de ingreso a el área donde inicie su puerperio inmediato.

Observación: Los eventos por los que puede cursar la paciente estando en la unidad tocoquirurgica puede recuperación son variados. La continuidad de las valoraciones y registros puede ser evidenciada en el mismo formato sin necesidad de aperturar nuevas hojas. El personal de salud a cargo de la vigilancia puede cambiar, pero será evidenciado en las firmas de ellos ante las nuevas valoraciones de recepción de paciente. Es importante determinar el momento en que ingresa a recuperación, tomando en cuenta las posibles complicaciones que retrasen el egreso de la paciente de la sala de nacimientos. El tiempo de estancia de la paciente en recuperación es de dos horas a partir de su ingreso a esta área si fue parto o de 3-4 horas si fue cesárea, si no hubiera complicación ni riesgo alguno.

Sección: Cuerpo

Módulo: Tromboprofilaxis

HOJA DE VALORACIÓN POSTEVENTO OBSTETRICO

CAPRINI	¿Merita tromboprofilaxis postoperatoria?:	Si ()	No ()	Evento
	Inicio de lactancia materna en los 30 minutos postevento obstétrico	Si ()	No ()	Servici

Indicación: Se evaluará con la escala de Caprini y se escribirá el riesgo (bajo, moderado, alto o muy alto) según lo indique la puntuación. En caso de ser moderado, alto o muy alto se colocará una x sobre el paréntesis sí.

Observación: Casi la totalidad de los pacientes internados son de moderado o alto riesgo de enfermedad tromboembolica vascular lo que implica tomar una conducta activa en la prevención.

A continuación escala de Caprini y criterios de puntuación.

Escala de Caprini	
1 Punto	Mujeres 1 Punto
Edad 41-60 años	Anticonceptivos orales o terapia de sustitución hormonal
Cirugía menor programada	Embarazo o postparto
Antecedente de cirugía mayor (<1 mes)	Historia de abortos espontáneos recurrentes, parto prematuro con eclampsia, retraso de crecimiento intrauterino
Várices	
Antecedente de enfermedad inflamatoria intestinal	
Obesidad (IMC >25)	
Infarto agudo al miocardio	
Insuficiencia cardíaca (<1 mes)	
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	
Edema actual de miembros pélvicos	
Pacientes encamados	
2 Puntos	3 Puntos
Edad 60-74 años	Edad >75 años
Artroscopia	Antecedente de trombosis venosa
Cáncer (actual o previo)	Historia familiar de trombosis
Cirugía mayor (>45 minutos)	Factor V Leiden positivo
Laparoscopia (>45 minutos)	Mutación 20210A de Protrombina
Paciente confinado a cama (>72 horas)	Hiperhomocisteinemia
Inmovilización con yeso (<1 mes)	Anticoagulante lúpico positivo
Catéter venoso central	Anticuerpos anticardiopinas positivos
	Trombocitopenia inducida por Heparina
	Otras trombofilias

Riesgo bajo (0-1 puntos), Riesgo moderado (2 puntos),

Riesgo alto (3-4 puntos), Riesgo muy alto (5 o más)

Sección: Cuerpo
Módulo: Lactancia materna

The diagram shows a form titled 'LM' (Lactancia Materna) with several sections highlighted by callout boxes:

- Top Section:** 'Inicio de lactancia materna en los 30 minutos postevento obstétrico Si () No () Motivo:'. Below it, 'La paciente fue capacitada en lactancia materna Si () No () Enfermera que capacito:'. A 'hora ingreso.' field is also visible.
- TIPO DE PEZÓN:** A section with three options: 'Invertido ()' with a diagram of an inverted nipple, 'Plano ()' with a diagram of a flat nipple, and 'Normal ()' with a diagram of a normal nipple.
- Dolor [EVA] 1-10:** A section with the text 'Mantiene Lactancia Materna' and a series of empty boxes for recording the score.

The background shows a large grid for recording data, with columns for 'hora', 'minuto', 'litros', and 'gramos'.

Indicación: Se colocará una “X” en el paréntesis correspondiente. En el caso de que la opción sea “NO” se registrará el motivo (ejemplo: óbito, efectos anestésicos, farmacoterapia, etc). Después de esto se colocará una “X” en el paréntesis correspondiente a la capacitación, así como el responsable. Posteriormente, cerca del final de la hoja, si se mantiene o el motivo de la suspensión de la lactancia materna. En cuanto al tipo de pezón, se colocará una “X” en el paréntesis de acuerdo a la valoración.

Observación: Como parte de uno de los programas implementados a hospitales, se integran estos ítems de lactancia materna. El apego inmediato de los recién nacidos es un aspecto esencial al nacimiento. Solo una indicación estricta del pediatra o neonatólogo será la excepción para no iniciar la alimentación al pecho dentro de los primeros 30 minutos, la estimulación del pezón por el recién nacido produce la liberación de prolactina y oxitocina, ayudando a su vez a la involución uterina. Es importante detectar las deficiencias en conocimientos acerca de la lactancia materna para evitar el abandono de esta y explicar los beneficios de esta.

Las variaciones en tamaño y longitud del pezón no tienen por qué representar un problema para la instauración de la lactancia materna. El tipo de pezón no determina necesariamente el éxito de la lactancia, a menudo, el aspecto del pezón cambia durante el embarazo y siempre tras la lactancia, aumentando la protrusión, al provocar la succión frecuente, la elongación de fibras y la desaparición de pequeñas adherencias.

Sección: Cuerpo

Módulo: Diuresis

DIURESIS Presente en 4 horas posteriores Si () No () En 24 horas = o > 1500ml Si () No ()

Indicación: Se colocará una “X” en el paréntesis correspondiente. Se valora con la micción autónoma, en caso de sonda vesical se valorará siempre y cuando aumente el volumen drenado posterior al evento obstétrico. Se valorará de manera subjetiva, en caso de que cuente con sonda vesical la medición será precisa.

Observación: El llenado vesical después del parto es variable. En la mayor parte de los hospitales se administran líquidos intravenosos durante el trabajo de parto y durante una hora después del parto. Después de la expulsión de la placenta se administra también oxitocina a dosis que poseen un efecto antidiurético.

Como resultado de los líquidos y la suspensión repentina del efecto antidiurético de la oxitocina, a menudo se produce un llenado vesical rápido. Además, tanto la sensibilidad vesical como su capacidad para vaciarla espontáneamente se encuentran reducidas por la anestesia, sobre todo cuando se utiliza analgesia de conducción y por la episiotomía, las laceraciones o los hematomas. Por lo tanto, no resulta sorprendente observar que la retención urinaria con distensión vesical

excesiva constituya una complicación frecuente del puerperio temprano. Para evitar distensión vesical excesiva, es necesario mantener a la mujer bajo observación después del parto para cerciorarse que la vejiga no se llena de manera excesiva y que con cada micción se vacía en forma correcta. Algunas veces la vejiga se palpa como tumoración quística suprapúbica y otras veces, cuando es muy grande, se manifiesta en el abdomen de manera indirecta al elevar el fondo uterino por arriba de la cicatriz umbilical. Los riñones siguen utilizando su reserva renal durante los 8 a 14 días siguientes, con una diuresis diaria de 1500 a 2000 mL en 24 horas.

Sección: Cuerpo

Módulo: Fecha y hora

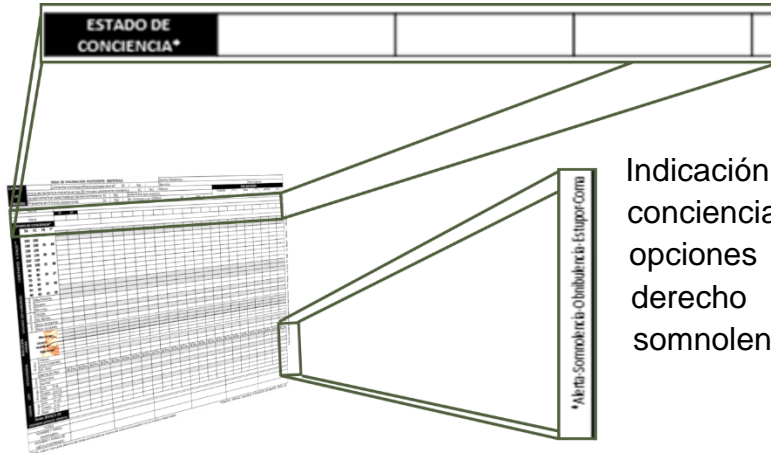
The diagram illustrates the structure of a medical record. A callout box highlights the 'ESTADO DE CONCIENCIA' (State of Consciousness) section, which includes fields for 'Fecha' (Date) and 'Hora' (Time), with sub-columns for the 1st and 2nd hours. Below this, a larger grid titled 'HORA DE VALORACIÓN POSTERIORES' (Subsequent Evaluation Hours) is shown, with columns for 'Fecha' and 'Hora' (1st, 2nd, 3rd, 4th, 5th, 6th, 7th, 8th, 9th, 10th, 11th, 12th, 13th, 14th, 15th, 16th, 17th, 18th, 19th, 20th, 21st, 22nd, 23rd, 24th) and rows for various vital signs and observations.

Indicación: Registrarla fecha, así como, la 1er y 2da hora posterior al ingreso a recuperación en formato de 24 horas (ejemplo: 19:46).

Observación: Si una mujer cursa puerperio fisiológico su hora de ingreso a recuperación fue aproximadamente a las 9:30, la 1ª hora de valoración será a las 10:30 y la 2ª a las 11:30) posteriormente, si todo está bien dentro de estas primeras horas, se continuará con las valoraciones en conjunto con los signos vitales por turno. Posteriormente se deberán realizar en promedio 2 valoraciones por turno o las necesarias. La posibilidad de una hemorragia abundante es mayor en el pos parto inmediato incluso en los casos normales por lo que una persona adiestrada debe permanecer con la madre bajo vigilancia.

Sección: Cuerpo

Módulo: Estado de conciencia

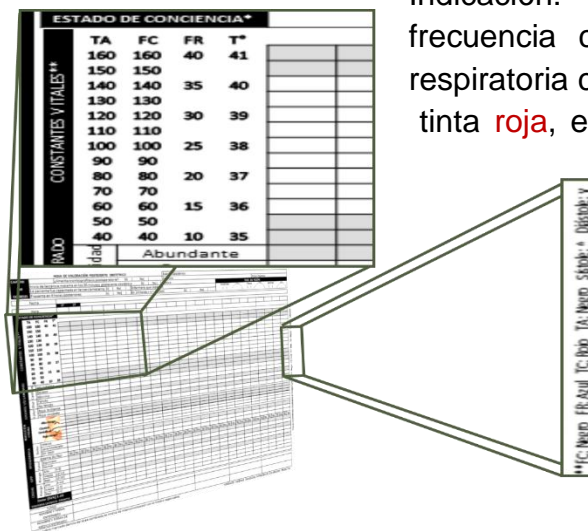


Indicación: Anotar el estado de conciencia de acuerdo a las opciones propuestas en el margen derecho de la hoja (ejemplo: somnolencia).

Observación: Estos nos determinan el estado de salud general de la paciente. El procedimiento obstétrico puede haber requerido la administración de analgesia local o general, por lo que es importante vigilar los efectos residuales a la suspensión de anestésicos inhalados o endovenosos y la recuperación en coordinación con el medico Anestesiólogo.

Sección: Cuerpo

Módulo: Curvas de constantes vitales



Indicación: Se registrarán del siguiente modo: frecuencia cardiaca con tinta **negra**, frecuencia respiratoria con tinta **azul**, temperatura corporal con tinta **roja**, estos se marcarán con un punto en la gráfica y se unirán los puntos de cada rubro al final del turno; en cuanto a la tensión arterial se registrará con tinta **negra** indicando la sistólica con el símbolo **^** y la diastólica con el símbolo **v**.

Observación:

-Pulso: lento, raramente menor de 60 lpm. El corazón se encuentra hipertrofiado durante el embarazo a razón de mayor volumen minuto. Si existe > 100 lpm puede indicar gran pérdida sanguínea o una infección.

-Temperatura: en las primeras 24 h, frecuente entre 37,5-38 °C

-Tensión Arterial: presión sistólica +-30, diastólica +-15, Menor a estas cifras se puede considerar una hemorragia, hipovolemia, choque hipovolémico. Por encima de esas cifras se puede considerar preeclampsia/eclampsia.

-Respiración: 16-24 x minuto.

Sección: Cuerpo

Módulo: Loquios y/o sangrado

		40	40	10	35			
Cantidad	Abundante							
	Escaso							
	Mínimo							
Color Olor	Fétido							
	No fétido							
	Rojo brillante							
	Rojo oxidado							

Indicación: Se colocará una “X” en el recuadro correspondiente de acuerdo a la valoración y a la hora en que se realiza esta. Tomando en cuenta la cantidad, el olor y el color.

Observación: Al principio del puerperio, el desprendimiento de tejido decidual origina una secreción vaginal en cantidad variable que se denomina loquios, en este periodo cuando la sangre perdida rebasa los 500 ml se está ante una hemorragia.

Durante la primera hora se vigila el volumen de la hemorragia vaginal y se palpa el fondo uterino para asegurar su contracción. En caso de identificar relajación, se da masaje al útero a través de la pared abdominal hasta que permanece contraído. En ocasiones se acumula sangre dentro del útero sin que haya hemorragia externa. Este fenómeno se identifica al advertir crecimiento

uterino durante las palpaciones seriadas y frecuentes del fondo durante las primeras horas.

Sección: Cuerpo

Módulo: Involución uterina

The diagram shows a callout box for the 'INVOLUCIÓN UTERINA' section of a clinical chart. The callout box contains two tables. The first table is a risk assessment scale with a vertical axis labeled 'Cicatriz Umbilical' and 'Bajo riesgo' at the bottom, and 'Alto riesgo' at the top. The scale has three columns for 'Rojo oxidado', 'Rojo', and 'Blanco'. The second table is a pain scale with a vertical axis labeled 'Dolor' and three rows: 'Intenso', 'Leve-Moderado', and 'Sin Dolor'. The chart background shows a grid with a highlighted area for 'INVOLUCIÓN UTERINA'.

Indicación: Se colocara una “X” en el recuadro correspondiente de acuerdo a la valoración y a la hora en que se realiza esta.

Observación: Este se valorara como normal a nivel de la cicatriz umbilical o debajo de ella, teniendo en cuenta que el útero involuciona 2 cm por día. Si el útero involucionado se encuentra por encima de la cicatriz umbilical o por debajo de la sínfisis del pubis deberá informarse a medico en turno.

Sección: Cuerpo

Módulo: Episiorrafia o herida quirúrgica

The diagram shows a callout box for the 'EPISIORRAFIA' section of a clinical chart. The callout box contains three tables. The first table is a pain scale with a vertical axis labeled 'Dolor' and three rows: 'Intenso', 'Leve-Moderado', and 'Sin Dolor'. The second table is an edema scale with a vertical axis labeled 'Edema (Si/No)' and two columns: 'Si' and 'No'. The third table is a color scale with a vertical axis labeled 'Color' and two rows: 'Equimosis' and 'Normal'. The chart background shows a grid with a highlighted area for 'EPISIORRAFIA'.

Indicación: Se colocara una “X” en el recuadro correspondiente de acuerdo a la valoración y a la hora en que se realiza esta. Tomando

en cuenta el grado de dolor referido, la presencia de edema y la visualización directa del color de las áreas afrontadas.

Observación: Este rubro se valorara si existiera episiorrafia, la reparación de algún desgarro o alguna herida quirúrgica bajo las siguientes características: Dolor, este se valorara si la paciente refiere dolor en la zona y la intensidad. Edema, este se valorara mediante la observación el aumento del volumen del tejido de la herida. Se debe informar al médico si el dolor va incrementando así como la existencia de edema. La presencia de dolor en la zona de reparación de la episiotomía acompañada de aumento de volumen por acumulación de líquido puede hacer referencia a la inadecuada hemostasia de grandes vasos. De ahí la importancia de su vigilancia.

Sección: Cuerpo.

Módulo: Escalas de valoración UPP, riesgo de caídas y EVA

CAIDAS	UPP	Ce	Normal						
Riesgo	Alto	[5-9]							
	Medio	[10-12]							
	Bajo	[13-20]							
	Alto	[4-10]							
	Medio	[2-3]							
	Bajo	[0-1]							
Dolor [EVA] 1-10									

Indicación: Se colocará una "X" de acuerdo a las escalas de valoración referidas a continuación, determinando el grado de riesgo. Se coloca el valor que va del 1 al 10 en el rubro dolor, tomándose como de riesgo del 8-10.

Observación: De acuerdo al modelo de evaluación del expediente clínico MECIC y a la NOM 004, se debe evidenciar la detección de riesgos en estos aspectos. La valoración de dolor es un parámetro importante que indica posibles complicaciones y orienta al personal de salud al realizar las intervenciones necesarias para minimizarlo, mejorar las condiciones de confort, acelerando la recuperación al crear las condiciones favorables para la deambulación y realización de autocuidados del mismo paciente.

Sección: Pie de página

Módulo: Turno, nombre y firma

The diagram shows a large grid representing a patient care record. A callout box highlights a specific section of the grid, which is a table with the following structure:

TURNO					
NOMBRE Y FIRMA ENFERMERA					
NOMBRE Y FIRMA DE MÉDICO ENTERADO					

Todo rubro marcado dentro del área sombrada es motivo de intercomunicación con el médico responsable

Indicación: Se colocará el turno, nombre completo y firma del personal correspondiente encargado de la atención de la paciente.

Observación: El trabajo en equipo en todo momento de valoración a la recepción o egreso de pacientes debe estar evidenciado por sus actores.

PANEL DE EXPERTOS. EVALUACION DE HOJA POST OBSTETRICA.
Para la presentación de la tesis: Valoración obstétrica en el puerperio para la prevención de riesgos.

NOMBRE: _____

NIVEL ACADEMICO: _____

Instrucción: Encierre en un círculo la respuesta que le parezca adecuada.

ESTRUCTURA.

1. ¿Le parece adecuado y entendible el lenguaje técnico para el personal de salud de cualquier nivel educativo?
a) Poco b) Solo en algunos puntos c) Adecuado
2. ¿Considera usted que el documento se encuentra organizado para el correcto registro de los datos?
a) Poco b) Regular c) Mucho
3. Facilita la ubicación de datos clínicos de riesgo obstétrico
a) Complicado b) Un poco complicado c) Sencillo

CONTINUIDAD DEL CUIDADO.

1. ¿Permite la adecuada intercomunicación entre el personal de distintos turnos?
a) Poco b) Regular c) Mucho
2. ¿En el documento se favorece la continuidad del cuidado en la mujer que cursa el puerperio?
a) Poco b) Regular c) Mucho
3. ¿Considera usted que los espacios asignados para la fecha y hora permiten la continuidad de las valoraciones?
a) Poco b) Regular c) Mucho

SEGURIDAD DEL PACIENTE.

1. ¿Cree que el documento mejorara la calidad del cuidado en las pacientes que cursan por un puerperio?
a) Poco b) Regular c) Mucho
2. ¿Considera que evitará complicaciones y detectará oportunamente riesgos obstétricos?
a) Poco b) Regular c) Mucho
3. ¿Cubre la mayoría de datos clínicos relevantes obstétricos valorables en un puerperio inmediato para detectar riesgos?
a) Poco b) Regular c) Mucho