



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA
Y OBSTETRICIA



26
2021

T E S I S

**"LOS CUIDADOS QUE LLEVAN A CABO LAS MUJERES DE LAS
COMUNIDADES QUE INTEGRAN LOS MÓDULOS II Y III DE MORELIA,
EN EL PUERPERIO Y SUS REPERCUSIONES BIOLÓGICAS"**

PRESENTAN:

GARCÍA MEDINA, MOISÉS SANTA ROSA DE L...
RANGEL MARTÍNEZ DOMÍNGA AMPARO

DIRECTORA DE TRABAJO
LIC. MA. CRISTINA MÜGGENBURG R.V.

U. N. A. M.
ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

OCT 27 2021

COORDINACIÓN DE SERVICIOS
SOCIAL Y OPCIONES
TERMINALES DE TITULACIÓN

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS:

A la Licenciada Ma. Cristina Küppersberg R. V. quien dedico su tiempo para clarificar y mejorar la calidad del presente trabajo

A! Ingeniero Jesús Ramírez González por las facilidades otorgadas para la realización de este trabajo.

A las personas que de alguna manera intervinieron durante la trayectoria de la investigación.

DEDICATORIAS

A MIS PADRES Y HERMANOS

*Y así sea llegar a su fin una de las metas en mi vida.
Gracias por el amor y la confianza brindada,
así como la comprensión y orientación recibida.
En muestra de mi amor y agradecimiento.*

A MIS AMIGOS (AS)

*Con cariño a mis amigos (as) que durante la
trayectoria de mi vida he conocido
y me han brindado desinteresadamente
su apoyo, confianza y orientación.
Juntos hemos compartido risueñas, esperanzas,
anhelos, alegrías y triunfos.
Recuerden que un amigo es para SIEMPRE
y no importan los obstáculos que el camino
se puedan presentar.*

ROSA GARCÍA MEDINA

AGRADECIMIENTOS

A LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA, por la formación profesional que me brindó a través de sus profesores

A LA LIC. MA. CRISTINA MUGGENBURG por que con su asesoría fue posible la elaboración del presente trabajo.

A LAS AUTORIDADES DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN MICHOACAN, por las facilidades otorgadas para la realización de esta investigación

DEDICATORIAS

A MIS PADRES, por el apoyo, el cariño y la confianza que siempre me han dado
Esperando que en este logro se vean realizadas sus esperanzas

A TODAS LAS MUJERES DE LOS MODULOS II Y III por habernos permitido compartir su manera de vivir

A TODOS LOS INTEGRANTES DEL II CONSEJO, que más que mis amigos son mis hermanos

AMPARO

ÍNDICE

	PAG.
INTRODUCCIÓN	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
JUSTIFICACIÓN	5
MARCO DE REFERENCIA	6
CAPÍTULO I. EMBARAZO NORMAL	7
1.1. CONCEPTO DE EMBARAZO	7
1.2. FECUNDACIÓN	7
1.3. FISIOLÓGIA MATERNA DURANTE EL EMBARAZO	8
1.3.1. CAMBIOS EN ÓRGANOS GENITALES Y GLÁNDULAS MAMARIAS.	8
1.3.2. CAMBIOS CARDIOVASCULARES	9
1.3.2.1. VOLUMEN SANGUÍNEO Y HEMODINÁMICA	9
1.3.2.2. COAGULACIÓN Y SISTEMA FIBRINOLÍTICO	11
1.3.3. CAMBIOS RENALES	13
1.3.4. CAMBIOS DEL APARATO DIGESTIVO	14
1.3.5. CAMBIOS EN EL APARATO RESPIRATORIO	15
1.4. CONTROL PRENATAL	16
CAPÍTULO II. TRABAJO DE PARTO	22
2.1. CONCEPTO DE PARTO	22
2.2. TEORÍAS SOBRE EL INICIO DE TRABAJO DE PARTO	22
2.3. PERIODOS Y MECANISMO DEL TRABAJO DE PARTO	22
2.4. ETAPAS DEL MECANISMO DEL TRABAJO DE PARTO	23
2.5. ATENCIÓN DOMICILIARIA DEL PARTO DE BAJO RIESGO	23
CAPÍTULO III. PUERPERIO	26
3.1. CONCEPTO DE PUERPERIO	26
3.2. ETAPAS	26

3.3. MODIFICACIONES ANATÓMICO FUNCIONALES	26
3.3.1. MODIFICACIONES LOCALES	26
3.3.2. MODIFICACIONES CARDIOVASCULARES	29
3.3.3. MODIFICACIONES DEL RIÑÓN	30
3.3.4. MODIFICACIONES GASTROINTESTINALES	30
3.3.5. MODIFICACIONES DEL APARATO RESPIRATORIO	30
3.3.6. MODIFICACIONES PSICOLÓGICAS	31
3.4. RECOMENDACIONES DESPUÉS DEL PARTO	31
3.5. COMPLICACIONES DURANTE EL PUERPERIO	32
CAPÍTULO IV. CULTURA Y MEDICINA TRADICIONAL	37
4.1. LA CULTURA	37
4.2. LA FAMILIA	37
4.3. COMUNIDAD RURAL	38
4.4. CREENCIAS DE LOS PURÉPECHAS	41
4.5. MEDICINA TRADICIONAL	42
OBJETIVOS	45
MATERIAL Y MÉTODO	46
DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS	50
ANÁLISIS DE RESULTADOS	57
CONCLUSIONES	62
SUGERENCIAS	64
BIBLIOGRAFÍA	66
ANEXOS	69

INTRODUCCIÓN

En 1985 la Secretaría de Salud implementó acciones de salud en el área rural a través de la Estrategia de Extensión de Cobertura que consiste en un conjunto de servicios básicos de atención primaria a la salud, que son proporcionados a las comunidades y otorgados por una persona voluntaria, elegida por la propia comunidad a quien se le denomina "Auxiliar de Salud", esta persona se encuentra vinculada a los servicios formales de atención médica mediante la supervisión por parte de una enfermera que la visita periódicamente para proporcionarle apoyo técnico

La Auxiliar de Salud debe contar con los conocimientos básicos sobre atención primaria a la salud, debido a esto surge la necesidad de incorporar un recurso humano para reforzar la capacitación, como respuesta a esta necesidad, se incorpora al pasante como recurso idóneo para cumplir con esa capacitación, paralelamente el servicio social brinda al pasante experiencias de aprendizaje que le facilitan una consolidación de los conocimientos adquiridos durante su preparación académica, así como conocimientos sobre la realidad de los aspectos de salud del área rural de nuestro país.

Las pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México pretenden con la realización de esta investigación dar a conocer las conductas y creencias que se tienen acerca de los cuidados que reciben las mujeres durante el puerperio, así como las repercusiones que tienen dichos cuidados en la salud de la mujer, de los Módulos Morelia II y III en el Estado de Michoacán

La cultura determina el modo de vida de las sociedades. Todos los aspectos de una sociedad, afectan a la salud de los miembros de cada familia, generalmente los grupos vulnerables que se ven afectados son las mujeres en edad reproductiva y los lactantes. Además de las costumbres y creencias que se heredan a través de las generaciones por tiempo indefinido

Es importante que el personal de salud conozca el patrón cultural de cada comunidad y así puede entender los factores que probablemente afectan a la salud de los miembros de la comunidad

En el primer capítulo del marco de referencia se aborda el embarazo normal, incluye fecundación, cambios fisiológicos de éste y los cuidados que se deben de llevar a cabo. En el siguiente capítulo se describen aspectos del trabajo de parto y la atención domiciliaria del parto de bajo riesgo. El capítulo de

puerperio, incluye las etapas del mismo, así como las modificaciones anatómico-funcionales que tiene el organismo de la mujer en esta etapa, las recomendaciones y cuidados que se deben tener con la puérpera, también se abordan las complicaciones más frecuentes que surgen en este periodo. En el último capítulo se conjuntan elementos culturales y medicina tradicional, aspectos que influyen en la salud de las comunidades rurales.

Para el logro de los objetivos se diseñó un estudio, que nos permitió identificar los cuidados recibidos durante el puerperio y las repercusiones biológicas que tuvieron, dicha información se describe y analiza en el capítulo de resultados.

Por último se presentan las conclusiones obtenidas y sugerencias, las cuales pretenden mejorar la calidad de salud por medio de la capacitación continua de las "Auxiliares de Salud" a través de las Supervisoras de Auxiliares de Salud, el personal médico y las (os) pasantes en servicio social de la Licenciatura de Enfermería y Obstetricia.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Qué repercusiones biológicas tienen los cuidados que llevan a cabo las mujeres de las comunidades que integran los Módulos II y III, durante el puerperio, de la Jurisdicción sanitaria No 1 Morelia en el estado de Michoacán?

JUSTIFICACIÓN

Algunos de los daños y riesgos para la salud en la población materno infantil pueden ser prevenidos, detectados y tratados con buenos resultados por medio de la aplicación de procedimientos adecuados y la limitación de actividades que vayan en contra del bienestar de la madre y el hijo

Al conocer las comunidades que integran los Módulos de Morelia II y III, encontramos algunas acciones en el manejo del puerpero, las cuales son un factor de riesgo en las mujeres, es así como surge la inquietud de realizar la presente investigación. Por tal motivo se pretende establecer si los cuidados recibidos durante el periodo puerperal tienen repercusiones biológicas en las madres

Se pretende también dar sugerencias para el mejoramiento de la calidad de salud en las mujeres de las comunidades estudiadas

MARCO DE REFERENCIA

CAPÍTULO I. EMBARAZO NORMAL.

1.1. CONCEPTO DE EMBARAZO

“Conjunto de fenómenos que incluyen la fecundación, implantación, desarrollo embrionario y fetal; normalmente termina con el nacimiento del producto de la gestación”¹

1.2. FECUNDACIÓN

Concepto es la unión del óvulo con el espermatozoide. Para esto ocurra deben darse los siguientes eventos:

El ascenso de los espermatozoides se ve favorecido por el moco cervical y la capacidad de movimiento flagelar. El moco contiene acetilcolinesterasa lo que facilita su penetración al óvulo. El encuentro del óvulo con el espermatozoide es casual. El óvulo aumenta su volumen, formando una capa de células granulosa, con la finalidad de facilitar la unión con el espermatozoide.

El espermatozoide liberará de su acrosoma (cabeza) algunas sustancias proteolíticas (acrosina, hialuronidasa), las cuales disuelven la zona pelúcida del óvulo, permitiendo el paso de este. Al penetrar el espermatozoide se producen cambios en la membrana del óvulo para evitar la entrada de más espermatozoides. Cuando este penetra, queda afuera su flagelo y solo entra la cabeza (pronúcleo masculino), así mismo es expulsado el segundo corpúsculo polar formando el pronúcleo femenino. Ambos pronúcleos se fusionan aportando cada uno 23 cromosomas y así conjugar los 46 cromosomas propios del ser humano. Los cromosomas se colocan ecuatorialmente, se dividen a la mitad longitudinalmente, dando lugar a dos células.

El óvulo fecundado inicia un recorrido por la luz de la trompa uterina por medio de los repliegues de la mucosa y los movimientos peristálticos de este. Durante su recorrido, el óvulo fecundado continúa con el proceso de división celular mitótica, formando así lo que se conoce como mórula. Cuando esta llega a la cavidad uterina se convierte en blastocisto.

La implantación ocurre entre los días 6 y 7 después de la ovulación. El aumento de progesterona, provoca cambios en el endometrio, éste se torna más vascularizado y se engruesa formando la decidua. En este momento el blastocisto se implanta generalmente en la parte superior de la pared posterior del útero. Por otro lado disminuyen las concentraciones de la hormona foliculo estimulante y aumentan los niveles de progesterona (18 ng/ml) hasta la octava semana que descienden bruscamente.

1.3. FISIOLÓGIA MATERNA DURANTE EL EMBARAZO

1.3.1. CAMBIOS EN ÓRGANOS GENITALES Y GLÁNDULAS MAMARIAS

Útero: de ser un órgano de 7 a 9 centímetros de longitud con una capacidad de 20 a 30 mililitros en su cavidad y 60 gramos de peso, pasa a tener al final del embarazo una longitud de 35 centímetros, un peso de 800 a 1 200 gramos y es capaz de contener 8 litros en su interior, es decir aumenta más de 500 veces su capacidad original.

El crecimiento del útero se debe a los siguientes factores:

Aumento del tamaño de cada fibra muscular (hipertrofia), estiramiento de las fibras miométriales, aumento de tejido conectivo de tipo mesenquimatoso. Hipertrofia de vasos sanguíneos y linfáticos, la cual está condicionada por el aumento de flujo sanguíneo que llega a ser de 700 ml/min. Los vasos sanguíneos principalmente las venas que constituyen los lagos venosos del lecho placentario y los linfáticos aumentan de calibre. Hipertrofia de fibras nerviosas del útero (ganglio cervical de Frantzenhauser).

Los factores que intervienen en el crecimiento, durante el primer trimestre es la estimulación hormonal por los estrógenos, tal vez principalmente por la progesterona, durante el segundo y tercer trimestre la estimulación mecánica es determinada por el desarrollo fetal progresivo.

Cervix: hay reblandecimiento y cianosis, alteración en la mucosa cervical que da lugar a la producción del tapón mucoso. Hiperplasia-hipertrofia de las glándulas cervicales. Aparte del cuarto mes de embarazo hay incorporación de las fibras musculares cervicales a la porción intermedia del útero con lo cual se forma progresivamente el segmento uterino.

Ovarios: supresión del desarrollo folicular por tanto de la ovulación. Crecimiento del cuerpo amarillo (funcionante hasta de 10 a 12 semanas) en uno de los ovarios. Aparición de una reacción decidual importante en la superficie ovárica y aumento del calibre de los vasos ováricos.

Trompas uterinas: hipertrofia moderada, aumento de la vascularización, disminución de la motilidad tubaria.

Vagina: aumento de la vascularización con coloración violácea. Secreción abundante (leucorrea blanquecina) con pH de 3.5 a 6, con alto contenido de ácido láctico que sirve para proteger al cervix de la invasión de bacterias patógenas. Aumento del espesor de la mucosa, relajamiento del tejido conectivo, hipertrofia de fibras musculares lisas, los tres últimos factores dan lugar a aumento de grosor de las paredes vaginales y a mayor elasticidad de estas.

Glándulas mamarias: aumento de la sensibilidad, incremento de tamaño, presencia de nódulos palpables por hipertrofia alveolar, congestión de venas superficiales, aparición de la areola secundaria, mayor excitabilidad del pezón, aparición de los tubérculos de Montgomery y en ocasiones presencia de líquido llamado calostro.

Pared abdominal: hay distensión de la piel debido al crecimiento uterino, la presencia de estrias originadas por la ruptura de fibras elásticas de la capa reticular de la piel. Estas lesiones son de coloración violácea cuando se trata del primer embarazo y adquieren un color blanco nacarado si la paciente es multigesta.

1.3.2 CAMBIOS CARDIOVASCULARES

1.3.2.1 VOLUMEN SANGUÍNEO Y HEMODINAMIA

Las mejores condiciones de higiene, alimentación, cuidado prenatal han logrado disminuir la mortalidad durante el embarazo.

Durante éste hay aumento en el volumen sanguíneo desde el primer trimestre (según diversos autores desde la sexta semana) y continúa progresivamente hasta la semana 28 y persiste hasta la semana 34 permaneciendo posteriormente en meseta hasta el término del embarazo. El aumento tiene las funciones de satisfacer la demanda del útero, proteger a la madre-feto contra los efectos que ejercen las

alteraciones del retorno venoso al ocurrir cambio brusco, salvaguardar a la madre contra los efectos en la pérdida de sangre en el momento del parto

Embarazo con producto único en primigesta aumenta aproximadamente 1 200 mililitros, lo cual representa un aumento de casi el 50% del valor medio de 2 600 mililitros, en la mujer no embarazada. En mujer multigesta el aumento es de 1 500 mililitros, aproximadamente y en el embarazo gemelar es de 2 000 mililitros

Es necesario considerar una presión arterial mayor de 140/90 mm/Hg como anormal y en términos generales el aumento de 30 mm/Hg en la presión sistólica y de 20 mm/Hg en la diastólica durante el embarazo corresponde a una hipertensión arterial. Existen factores que pueden modificarlo como la posición decúbito que ocasiona aumento de la presión sistólica no modificándose la diastólica, el cambio de decúbito a posición erecta al inicio del embarazo causa disminución de la sistólica, en el embarazo avanzado no hay modificaciones

Es reconocible que la posición decúbito supino causa disminución de la presión diastólica y sistólica debido al trastorno del retorno venoso por oclusión parcial o total de la vena cava inferior por el útero grávido. Este hecho se ha denominado como Síndrome de hipertensión supina

“El corazón sufre un cambio en su posición debido a que es desplazado hacia arriba y a la izquierda a medida que va progresando el embarazo, también hay aumento del volumen cardíaco en un promedio de 75 mililitros entre las semanas 14 a 36 y representa un aumento del contenido del corazón aunque no se puede descartar que exista hipertrofia muscular”

La frecuencia cardíaca aumenta progresivamente desde 70 por minuto fuera del embarazo a 80 al inicio del embarazo y 85 en el último trimestre

El gasto cardíaco fuera del embarazo es de 5.0 a 5.5 litros por minuto, durante el embarazo éste tiende a aumentar notándose desde el primer trimestre con promedio global de 1 a 2 litros por minuto, es decir de 5.0 a 7.0 litros por minuto. El decúbito lateral ocasiona disminución del gasto en relación al registrado en el decúbito supino (aparentemente por mejor distribución del volumen al disminuir la compresión

aórtica y de la vena cava inferior) El aumento en el gasto cardiaco esta dado por un aumento del volumen sistólico pues la frecuencia cardiaca no se modifica en gran forma

El riego sanguineo del utero se ve aumentado conforme avanza el embarazo así que tenemos que el aumento que tiene en la semana 10 es de 5 ml/min , hasta 200 ml/min , en la semana 28 y a término entre 500 y 700 ml/min Un 80% corresponde a la placenta y el resto para el miometrio y endometrio Es importante que despues de las 40 semanas haya un descenso en el riego sanguineo utero-placentario

Los factores que reducen el flujo sanguineo son : contracciones uterinas, hipertonia, hipertensión, ejercicio agotador , tabaquismo, estados patofisiicos

1.3.2.2 COAGULACIÓN Y SISTEMA FIBROLITICO

Se reconoce aumento variable en los factores de : el fibrinogeno, protrombina, proacelerina, factor VII, antihemofílico, chistmas, stuart, hagman Existe una variable disminucion de los siguientes factores: antecedente de trombolitina plasmatrica , estabilizante de la fibrina

"El sistema enzimatico fibrinolítico se observan cambios importantes aumento gradual del plasminogeno, la actividad fibrinolítica del plasma disminuye ahora en presencia de concentraciones elevadas de fibrinogeno y plasminogeno supriendiéndose que sea debido a un valor bajo de activador circulante o a un mecanismo inhibidor del activador Esta disminucion es progresiva durante el desarrollo del embarazo siendo casi nula al final del mismo"

Funcion plaquetaria : el numero de plaquetas disminuye hiperamente, lo cual puede explicarse por hemodilucion o por aumento de consumo

En las extremidades, el riego sanguineo esta disminuido sobre todo el de miembros inferiores lo cual se relaciona directamente con la posicion supina, por distribucion de la aorta y de la vena cava inferior en el útero gravido

En cuanto al sistema venoso existe un trastorno de retorno principalmente por dilatacion en la pared venosa y obstruccion por el utero gravido Durante el segundo y tercer trimestre la presion venosa

central varia entre 2 y 4.6 centímetros de agua en decúbito supino, tal vez relacionado con la obstrucción de la vena cava inferior y disminuye el retorno venoso

Cambios hematológicos son muy necesarios dado las características inmunes creadas por el feto, la madre, el aporte de nutrientes y oxígeno, el control de la hemorragia durante el embarazo y el parto

Hay aumento de glóbulos blancos debido al estímulo estrogénico elevado en el embarazo que va de 10 000 por mililitro hasta 15 000 por mililitro. Es necesario descartar la existencia de un proceso infeccioso para considerar como normal esta leucocitosis. El aumento se inicia alrededor de los 45 días de gestación aumentando progresivamente hasta alcanzar el máximo en el segundo y tercer trimestre.

Los eosinófilos muestran un aumento muy discreto pero la proporción se conserva o muestra un ligero descenso, del mismo modo se observarán los basófilos. Los monocitos no se modifican al igual que los linfocitos aunque en estos últimos se ha observado que la inmunidad está disminuida. Este hecho parece estar encaminado hacia la supervivencia del alógeno que constituye el feto.

La actividad fagocítica de los neutrófilos aumenta, la producción de anticuerpos humorales no se altera pero la inmunidad celular está deprimida. Estos cambios condicionan una disminución en la resistencia a las infecciones virales (influenza, poliomielitis, herpes, rubéola y hepatitis) igualmente ocurre con infecciones con neumococo especialmente la forma meningítica. Junto con la elevación en el número de leucocitos, se han observado cambios en la actividad metabólica de los mismos, tales como aumento de la actividad de la fosfatasa alcalina del leucocito, aumento de la actividad de la mieloperoxidasa (importante para la destrucción intracelular de hongos).

En cuanto a los glóbulos rojos encontramos eritropoyesis acelerada. El aumento de eritrocitos durante el embarazo está en relación directa con el incremento de la demanda de oxígeno ya que dichas células constituyen el transporte natural de dicho elemento. Debido a la demanda de oxígeno se acelera la producción de eritrocitos sin embargo el lapso vital para ellos sigue siendo de 100 días en promedio igual que si no existiera el embarazo.

“ Se incrementa el flujo de sangre a la piel, (la dilatación vascular de la mucosa nasal puede producir epistaxis). El mayor flujo de sangre hacia la piel de las manos puede producir eritema”.⁴

La hemoglobina: el valor normal más bajo en la mujer no embarazada es de 12 g. % (Organización Mundial de la Salud) y según el aumento de volumen plasmático y de glóbulos rojos, se supone que el valor en el embarazo normal con aporte adecuado de hierro debería de ser en promedio 10.6 g. % (aceptado por la OMS).

1.3.3. CAMBIOS RENALES

Morfológicos: hay dilatación de las cálices, pelvis renal y ureteres, existe también un aumento en el volumen del riñón. Estos cambios se inician desde el tercer mes de embarazo. Esta dilatación se atribuye a causas hormonales en particular a la progesterona y algunos autores piensan también en factores obstructivos por el útero gestante. Dichos cambios pueden modificar los resultados en la medición del volumen urinario horario o en la determinación de productos de excreción metabólicos (creatinina, estríol) igualmente hay mayor tendencia a las infecciones.

Mecánicos: al crecer el útero comprime la vejiga contra la pelvis (se reduce la capacidad vesical). El útero agrandado y en dextrorrotación comprime los ureteres a su paso por el estrecho pélvico sobre todo en el lado derecho, (el recto sigmóides protege en cierta medida al uréter izquierdo)

“La base de la vejiga se ve desplazada hacia adelante y hacia arriba, a causa de la parte de la presentación encajada lo cual puede provocar edema”.⁵

Hemodinámica renal: la filtración glomerular y el flujo plasmático renal aumenta de un 30 a 50% desde edad temprana del embarazo, notándose una disminución en los mismos valores cerca del término del embarazo

La posición de la paciente es un factor que influye en la función renal tanto en la mujer embarazada como en la que no lo esta. Estos cambios se acentúan más al final del embarazo al cambiar de posición (decúbito lateral a supino o a posición erecta) se condiciona una disminución inmediata del flujo

plasmático renal de la filtración glomerular y de la diuresis. La ingesta de alimentos ricos en sal aumenta la filtración glomerular y la diuresis

“Influencias hormonales: bajo la influencia de los estrógenos la retención total de agua es de 6-8 litros al final del embarazo distribuidos entre madre, feto, placenta y líquido amniótico y puede haber edema fisiológico. La progesterona incrementa el tamaño del riñón. Puede ocurrir pérdida de sodio y electrolitos en la orina (natriuresis). La secreción de aldosterona por las glándulas suprarrenales y la de estrógenos por la placenta equilibran la progesterona lo que produce dilatación de los ureteres y relajación de vejiga y trigono.

No aumenta el volumen de orina a causa de secreción. Puede haber disminución de secreción de orina en la etapa tardía del embarazo, se incrementa la retención de líquidos.”

1.3.4. CAMBIOS DEL APARATO DIGESTIVO

En la boca se ha descrito la gingivitis del embarazo lo cual consiste en una hipertrofia histica con edema acentuado. Se supone que es una reacción al contenido elevado de gonadotropina coriónica del embarazo. A consecuencia de estos cambios histicos, se presentan cuadros inflamatorios interdentarios ocasionados por germen saprófitos dando lugar a la gingivitis ulcerosa o ulceronecrotica. Hay otros factores que influyen como son la alteración de la composición de saliva, ya que contiene una menor cantidad de mucina, su pH es más ácido, el contenido de fósforo es un poco mayor, estos cambios ocasionan la mayor tendencia de caries durante el embarazo.

En términos generales hay una menor producción de saliva, existe un cuadro llamado tialismo en el cual la producción de saliva puede llegar hasta más de 1000 mililitros en 24 horas. Este hecho habitualmente se relaciona con una hiperemesis en cuyo caso se describen influencias hormonales.

Otro síntoma que aparece es la pirosis sobre todo la primera mitad del embarazo con mejoría en la segunda mitad, este síntoma varía ya que en unas se desarrolla y en otras no. Es ocasionada por un reflujo de contenido gástrico hacia el esófago por una pérdida del tono del esfínter cardioesofágico y aumento de la presión intrabdominal sobre el estómago. Hay desplazamiento de éste, por el crecimiento uterino por lo tanto hay una disminución del peristaltismo con retardo en el vaciamiento.

Intestino: "se incrementa la absorción del agua por el colon (por lo que puede haber estreñimiento)" ⁷ Es un hecho muy característico y es el estreñimiento que va desde una ligera disminución en el número de evacuaciones hasta un ileo grávidico acentuado. Este síntoma se ve acentuado conforme avanza el embarazo ya que agregado a la disminución de la peristalsis existe un desplazamiento del sigmoides hacia arriba y eso constituye un factor obstructivo mecánico por el útero grávidico. Es probable que en este síntoma también influya la mayor concentración de progesterona la cual tiene una acción perturbadora en el tono de la musculatura lisa con disminución de la motilidad de la misma.

Hígado: rara vez altera el curso del embarazo pero presenta algunas características especiales como normales en el embarazo y que fuera del mismo serían consideradas como enfermedades (aumento de colesterol sérico y de la fosfatasa alcalina). "Puede haber colestasis (supresión del flujo biliar). Sobre viene prurito (comezón generalizada de la piel a causa de la retención de sales). También puede ocurrir ictericia" ⁸

Alimentación: es importante que esta sea apropiada ya que como hemos mencionado existen trastornos metabólicos que pueden condicionar la aparición de estado carenciales en grado variable. En algunas pacientes se suele presentar repugnancia por diversos alimentos o preferencia por estos.

Algunas llegan a mostrar aumento excesivo de peso por ingestión exagerada de hidratos de carbono y grasas así como retención a causa excesiva. El aumento que se reconoce como promedio es de 11 kilogramos más o menos 2 kilogramos.

1.3.5. CAMBIOS EN EL APARATO RESPIRATORIO

"Anatómicos ocurren cambios que mejoran el intercambio de gases mucho antes que sobrevenga la presión mecánica, las costillas más bajas se ensanchan para incrementar el espacio. El diafragma se eleva cuatro centímetros y el diámetro transversal del tórax aumenta dos centímetros. Se incrementa el volumen inspiratorio máximo (volumen de aire con cada respiración). Es posible la espiración más compleja.

Influencias hormonales: se incrementan las concentraciones de estrógenos. Los estrógenos disminuyen la resistencia pulmonar al incrementar la flexibilidad de tejido conectivo.

Se elevan las concentraciones de progesterona. La progesterona disminuye la resistencia pulmonar al relajar el músculo liso. La respiración aumenta en un 37% por minuto. Puede ocurrir hiperventilación y alcalosis respiratoria. El centro respiratorio es sensible a la progesterona por lo que conserva bajas concentraciones séricas de CO₂; esto facilita el paso de CO₂ de la circulación fetal a la materna, las cuerdas vocales se congestionan a causa del incremento generado por la progesterona lo que hace que la voz se vuelva más grave". *

1.4. CONTROL PRENATAL.

Es una serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza.

Con el control prenatal se persigue:

- La detección de enfermedades maternas subclínicas
- La prevención, diagnóstico temprano de las complicaciones del embarazo
- La vigilancia del crecimiento y la vitalidad fetal
- Disminución de las molestias y síntomas menores asociados al embarazo
- La preparación psicofísica para el nacimiento
- La administración de contenidos educativos para la salud, la familia y la crianza

Un control prenatal eficiente debe cumplir cuatro requisitos básicos:

1. **Precoz:** tratando que sea en el primer trimestre de la gestación. Esto permite ejecución oportuna de las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud que constituyen la razón fundamental del control. Además es factible la identificación temprana de los embarazos de alto riesgo.
2. **Periódico:** la frecuencia de los controles prenatales varían según el riesgo que presenta la embarazada. Las de bajo riesgo requieren un número menor de controles que las de alto riesgo.
3. **Completo:** el control deberá garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

4. Amplia cobertura: sólo en la medida que el porcentaje de población controlada sea alto se podrá disminuir las tasas de morbilidad materna perinatal

Se propone un mínimo de cinco consultas que permite el cumplimiento de todas las actividades necesarias para lograr un control prenatal adecuado siempre que las características del embarazo continúen siendo de bajo riesgo

CONSULTAS SEGÚN SEMANAS DE GESTACIÓN

1ra	2da	3ra	4ta	5ta.
Antes de 20	Entre 22-24	Entre 27-29	Entre 33-35	Entre 38-40
Semanas	Semanas	Semanas	Semanas	Semanas

Para llevar a cabo el control prenatal es necesario saber los datos de identificación de la paciente tales como: nombre de la paciente, embarazos anteriores, fecha de último parto, FUM (Fecha de última menstruación), edad, hijos nacidos vivos, FPP (Fecha probable de parto), domicilio, FTP (Fecha de término de puerperio), uso previo de anticonceptivos.

Por medio del interrogatorio y exploración física se podrá detectar embarazos de alto riesgo. Los siguientes datos serán considerados durante las consultas.

Amenorrea: la medición del tiempo transcurrido desde la fecha de la última menstruación (FUM) es el método de elección para calcular la edad gestacional en las mujeres con ciclos menstruales regulares y que no hayan ultimamente usado anticonceptivos. Si no se cuenta con el gestograma del CLAP o un calendario obstétrico, la fecha probable del parto se determina mediante alguna de las siguientes reglas:

1. **Wahl:** al primer día de la última menstruación se le agregan diez días y se restan tres meses
2. **Pinard:** se le agregan diez días y se restan tres meses al último día de menstruación
3. **Neagele:** al primer día de la última menstruación se le agregan siete días y se retrocede tres meses

Aumento de peso en condiciones ideales debe de estar dentro del rango de 9 a 12 kilos, en el curso completo del embarazo y siempre que el peso inicial de la paciente se encuentre en cifras de normalidad de acuerdo a su estatura. Durante la primera mitad de la gestación el promedio de aumento ponderal es de 500 gramos por mes y de 1500 gramos por mes en la segunda mitad.

Presión arterial en condiciones normales no existe variación a excepción de ligera disminución durante la semana 28-34 debido a la disminución de la resistencia periférica que ocasiona el mayor desarrollo de la fístula arterio-venosa que representa a la placenta en esta época. T/A es el parámetro que frecuentemente se ve afectado en el tercer trimestre. Vigilar que la T/A no se eleve por arriba 15 mmHg en cifras diastólicas y por arriba 90 mmHg en cifras sistólicas.

Examen de las glándulas mamarias existen modificaciones que deben ser especialmente tenidas cuenta para no confundirlas con alteraciones patológicas. Los cambios de volumen, consistencia y forma, el aumento de la pigmentación, la aparición de la red venosa, la secreción de calostro son cambios fisiológicos. Pero tumores, las grandes asimetrías, retracción y umbilicación del pezón deberán tratarse a tiempo.

Evaluación de la altura uterina la medición del fondo uterino permite diagnosticar el retraso del crecimiento intrauterino, identificar macrosomía fetal, así como descartar la presencia de obitos.

Movimientos fetales

- a) **Palpación abdominal** se detecta a partir de la semana 20. La gestante decubito lateral izquierdo y la mano del observador sobre el abdomen.
- b) **Percepción materna** la gestante percibe los movimientos fetales a edad gestacional variable según la agudeza y el umbral para apreciarlos. Se siente primero un leve cosquilleo periumbilical y van cada vez haciéndose mas intensos. Se debe preguntar si lo ha sentido moverse las últimas 24 horas y se ha movido mucho o poco. El promedio horario de movimientos fetales percibidos por las madres ha sido estimado entre 30 y 60 movimientos por hora, con grandes variaciones individuales. Los fetos pasan por periodos alternados de actividad (promedio igual a 40 minutos) y de reposo (promedio igual a 20

minutos) Muchos factores como tabaquismo, uso de medicamentos, actividad física, momento del día, edad gestacional, etc., producen variaciones en la duración de estos periodos”¹⁰

Actividad cardiaca fetal aproximadamente a partir de la semana 20 es posible en la mayoría de los casos detectar los latidos fetales, que oscilan en condiciones normales entre 120 y 160 por minuto

Extremidades especialmente en el tercer trimestre y básicamente inferiores en busca de edema y dilatación de los tractos venosos ademas cuando la sintomatología lo haga sospechar la detección de datos de trombosis venosa superficial o profunda

Vacunacion antitetánica el tetanos, apesar de tratarse de una enfermedad evitable mediante la inmunización activa de la gestante sigue causando innumerables muertes en el periodo neonatal. La inmunización adecuada a las mujeres con toxoide tetánico (TT) previene el tetanos neonatal y el puerperal. “El recién nacido queda protegido gracias a los anticuerpos antitoxina maternos que pasan por la placenta al sistema circulatorio del feto. Las buenas practicas de higiene durante el parto y el cuidado de la herida umbilical hasta que cicatriza son importantes para prevenir el tetanos neonatal”¹¹

Flujo (leucorrea) “durante el embarazo hay cambios cuantitativos y cualitativos de la flora microbiana de la vagina. Aumenta el número de lactobacilos y disminuyen los organismos anaerobios. Hay una copiosa secreción vaginal consistente en productos desdoblacion del epitelio y bacterias que la hacen marcadamente acida otra fuente de esta secrecion es la debida al mucus originado en las glandulas cervicales, en respuesta de la hiperestrogenemia. La leucorrea ocasionalmente es patologica estando en su genesis germen como candida albicans, gardenerella vaginalis, clamidias, tricomonas, mycoplasma, entre otras”¹²

“El resto de la exploracion por supuesto no debemos olvidar todos los datos generales como la hidratación y coloracion de las mucosas y los tegumentos, pulsos arteriales y todos aquellos datos exploratorios que deberemos buscar en relacion a la sintomatología especifica agregada que refiere la paciente por ejemplo, en casos de sintomatología urinaria sera necesario explorar las fosas renales”¹⁴

Orientación a la mujer gestante

Cuidados de los senos los pezones mal formados, planos o invertidos pueden convertirse en pezones aptos para la lactancia si son tratados desde el quinto o sexto mes de embarazo con ejercicios especiales. Consiste en rotar los pezones hacia la izquierda-derecha para que salgan al exterior, estudios recientes han demostrado que este cuidado puede desencadenar trabajo de parto. La higiene debe hacerse del diario y especialmente a partir del séptimo mes. Además de no tocar los pezones con los dedos sucios, mantener uñas cortas y limpias, no usar jabón, alcohol u otro producto que pueda resecar la piel de los pezones.

Higiene el baño corporal debe hacerse del diario ya que el organismo elimina materiales de deshecho a través de la piel. Cepillarse bien los dientes después de cada comida para prevenir enfermedades de la boca.

Vestuario después de la 6-8 semanas de FUM usar corpiño amplio, este debe sostener los senos sin comprimir. Usar vestidos que sean ajustables, cómodos, sin tiras que aprieten a nivel del vientre. La clase y cantidad dependerá de la estación y clima. Por lo general el uso de la Ena para maternidad es conveniente. El uso de su apoyo adecuado ayuda a aliviar dolores de espalda y a disminuir edema de pies y tobillos.

Calzado a medida que avanza el embarazo el centro de gravedad varía. El peso del vientre hace que la embarazada se vaya hacia adelante lo que obliga a aumentar su base de sustentación por lo cual se recomienda de tacon bajo y que ofrezca seguridad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Héctor Mondragón Castro, *Ginecología y Obstetricia para enfermeras*, p. 50.
- 2 Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 del IMSS, *Ginecología y Obstetricia*, p. 76.
- 3 Hospital de Ginecología y Obstetricia, *op.cit.*, p. 62
- 4 Jean Nedson D., *Consultor de Enfermería Obstetrica*, p. 88
- 5 Nedson, *op.cit.*, p. 89.
- 6 Idem
- 7 Idem
- 8 Nedson, *op.cit.*, p. 87
- 9 R. Schwarcz, et al., *Atención prenatal y del parto de bajo riesgo*, pp. 23-26.
- 10 Schwarcz, *op.cit.*, pp. 55,56
- 11 Ibid, p. 49
- 12 Ibid, p. 61.
- 13 Hospital de Gineco Obstetricia, *op.cit.*, pp. 94,95

CAPÍTULO II. TRABAJO DE PARTO

2.1. CONCEPTO DE PARTO:

“Conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del producto, la placenta y sus anexos por vía vaginal”.¹

2.2. TEORÍAS SOBRE EL INICIO DE TRABAJO DE PARTO

Teoría de la acción de la progesterona: esta menciona que la disminución brusca de progesterona y estrógenos provoca un aumento en la liberación de oxitocina por la adenohipofisis. Así como un aumento en la sensibilidad de las fibras del útero a la acción de la oxitocina.

Teoría de la distensión uterina: dice que le útero tiene un límite distensión, así cuando el contenido uterino sobre pasa dicho límite se inicia el trabajo de parto.

2.3. PERIODOS Y MECANISMO DE TRABAJO DE PARTO

Primer periodo: inicia con la presencia de contracciones uterinas, estas son dolorosas, espontáneas, progresivas, intensas y eficaces para el borramiento y la dilatación del cuello uterino.

Segundo periodo: este abarca del término de la dilatación y borramiento hasta la expulsión del producto.

Tercer periodo: abarca de la expulsión del producto hasta la salida de la placenta y sus anexos.

MECANISMO DE TRABAJO DE PARTO

Concepto: “El mecanismo del parto se refiere a las distintas adaptaciones y reajustes que debe experimentar el polo fetal que se presente, a los diferentes diámetros de la pelvis materna para poder salir al exterior”.²

Existen dos presentaciones para el mecanismo de trabajo de parto, estas son la cefálica y la pélvica, la primera es la más común.

2.4. ETAPAS DEL MECANISMO DEL TRABAJO DE PARTO

Encajamiento: la cabeza del producto penetra en el estrecho superior de la pelvis materna

Descenso: es un movimiento básico, ya que es el que permite la expulsión del producto al exterior

Flexión: es un movimiento necesario, ya que al flexionarse la cabeza disminuye su diámetro y facilita el descenso

Rotación interna: cuando la cabeza fetal desciende hasta el piso pélvico, y por la acción de los músculos perineales y la forma encurvada del canal de parto provocan que la cabeza gire sobre su eje vertical 90°

Extensión: estando en el suelo pélvico y para poder salir al exterior, la cabeza se extiende (recordemos que estaba flexionada) y en cuestión de segundos la cabeza sale a través de la vulva apoyándose en el arco subpúbico de la pelvis. Así primero nace el occipucio, después la sutura sagital y posteriormente la frente y la cara

Restitución: cuando la cabeza está afuera se debe dar un giro para alinearse con los hombros y facilitar salida del resto del producto. Este giro es de 45° en el sentido inverso al de la rotación interna

Expulsión: al alinearse la cabeza con los hombros estos se deslizan con facilidad, y el anterior se apoya en el arco subpúbico y el posterior desciende por el sacro

El resto del cuerpo por sus dimensiones menores no implican mayor problema se recomienda mantener al producto a la misma altura de la pelvis materna, una vez que ya salió

2.5. ATENCIÓN DOMICILIARIA DEL PARTO DE BAJO RIESGO

La atención del parto en el domicilio de la embarazada solo será posible si cubre los siguientes requisitos que se encuentre en fase activa del periodo de dilatación y que este sea de bajo riesgo. De lo contrario se canalizará a otro nivel de atención

Se recomienda a los familiares que la casa se mantenga lo más limpia e higiénica posible y que cuente con adecuada iluminación natural y/o artificial. También se les indicará que tengan recipientes con agua limpia, lista para ponerse a hervir en el momento que inicie el trabajo de parto

Equipo y material básico a utilizarse

- Estetoscopio, baumanómetro, estetoscopio de Pinard, termómetro, cinta métrica, budinera con solución antiséptica que contiene dos pinzas de Kelly, tijeras, cordón umbilical
- Guantes
- Hule clínico para proteger la cama
- Gasas esterilizadas
- Jabón, agua hervida tibia, para el aseo de la embarazada y el recién nacido
- Ropa de cama limpia y planchada
- Cepillo
- Perilla

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Secretaría de Salud, Norma oficial mexicana para la atención de la mujer en el embarazo, parto y puerperio y recién nacido, p. 18**
2. **Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 del IMSS, Ginecología y Obstetricia, p. 133.**

CAPÍTULO III. PUERPERIO

3.1. CONCEPTO DE PUERPERIO

Es la etapa constituida por el tiempo necesario para que el organismo materno recupere su estado anterior al embarazo, inicia desde el final del alumbramiento hasta la involución completa de los órganos, esto es aproximadamente de 6 a 8 semanas

3.2. ETAPAS

Inmediato inicia desde la expulsión de la placenta y anexos, dura 24 horas.

Mediato continúa a la anterior y tiene una duración de 8 días, algunos autores aceptan una variación que va desde 5 hasta 10 días

Tardío continúa al mediato, se extiende por 6 y otros autores hasta 8 semanas.

3.3. MODIFICACIONES ANATÓMICO FUNCIONALES

3.3.1. MODIFICACIONES LOCALES

Utero crecimiento a que ha estado sujeto para albergar al producto y sus anexos lo lleva a distenderse para contener de 4-5 litros, rápidamente disminuye su tamaño y capacidad para adquirir su estado normal que es de 5 a 8 mililitros. Lo anterior se lleva a cabo a medida que el miometrio se contrae, el peritoneo que recubre el útero va plegándose y arrugándose, los ligamentos anchos y redondos requieren mucho más tiempo que las paredes abdominales las cuales por algún tiempo se consideran blandas y flácidas, la involución completa puede requerir de 6-7 semanas aproximadamente, el tono de los músculos voluntarios del piso pélvico y sosten de la pelvis se recuperan de manera más rápida por los movimientos fisiológicos

Posterior al alumbramiento de la placenta y fondo uterino es firme, globular y se contrae, se palpa a la altura de la cicatriz umbilical, ocasionalmente al tercer día podrá palparse a este nivel. Al final del puerperio mediato el fondo uterino se encontrará a la mitad del trayecto entre el pubis y el ombligo, la

palpación y movilización del útero será siempre indolora. Las venas y arterias de neoformación que funcionaron durante el embarazo se ocluyen y muchas otras se transformarán en cordones fibrosos. La decidua en la que se transformó el endometrio en el curso del embarazo cae rápidamente en el puerperio inmediato y parte del mediato dando lugar a los loquios.

Los loquios son la secreción uterina sanguinolenta y contiene restos de tejido y decidua, se clasifican en

Loquios rojos son del color rojo oscuro de la descarga, se produce durante los dos o tres días del puerperio y contienen células epiteliales, leucocitos, eritrocitos, residuos de decidua y ocasionalmente meconio, lanugo, vernix caseoso del feto. Presentan olor a carne viva pero no es fetido, su flujo se incrementa al levantarse, al amamantar al niño y con los esfuerzos.

Loquios serosos aparecen desde el tercero hasta el décimo día se caracterizan por color rosado y aspecto serosanguinolento, están compuestos por exudado seroso, residuos en decidua en degeneración, eritrocitos, moco cervical y numerosos microorganismos.

Loquios blancos es la descarga final y está compuesta primordialmente por leucocitos, grandes células decíduales mononucleares irregulares o redondas, fusiformes, células epiteliales, planas como cilíndricas, grasas, moco cervical, cristales de colesterol y bacterias. Aparecen entre el sexto y séptimo día.

Es necesario valorar los loquios no solo para identificar la presencia de hemorragia sino también para valorar la involución uterina. Tipo, cantidad y consistencia de los loquios, señalan el estado de salud en el sitio de implantación de la placenta y es necesario valorar los cambios progresivos a partir del color brillante hacia el color rojo oscuro y colores rosados a blanco transparente de la descarga.

Trompas uterinas dos semanas después del parto se encuentra en sus estado hipoestrogénico con atrofia y pérdida parcial de cilios.

Ovarios: en el puerperio inmediato persiste la anovulación, en el puerperio a término entre 40-80 días después del parto ocurre nuevamente la ovulación.

Cervix: por el embarazo el cuello uterino se hipertrofia, por el parto sufrió las modificaciones propias del borramiento y dilatación, mostrara huellas de hipertrofia y laceraciones sobre todo en las comisuras. Inmediatamente después del parto, la cervix se encuentra blanda, parcialmente abierto. Después de una semana el músculo se empieza a regenerar corrigiéndose por completo.

Las heridas pequeñas pueden cerrar espontáneamente. El orificio externo formado algo más amplio que el de la nulipara, dicho orificio termina por cerrar al final del puerperio.

Vagina y el perineo debido a que sufrieron las maniobras propias del parto, dilatación y laceraciones o cirugía, pronto recobran su tono aunque nunca lleguen a tenerlo como antes del embarazo.

Después del parto vaginal, la vagina sobreextendida y de pared lisa recupera poco a poco su estado anterior al parto al rededor de la tercera semana. El engrosamiento de la mucosa, la producción de moco cervical y otros cambios estrogénicos pueden retrasarse en la mujer que está amamantando. El himen cicatriza en forma de nodulos fibrosos de mucosa, las carúnculas multiformes.

Entuertos la involucion provoca contracciones sostenidas y de relajación en intervalos, los cuales desencadenan los entuertos.

Glandulas mamarias: la producción de leche (calostro) se inicia al tercer día del puerperio. A principio ocurre ingurgitación, la estructura de la glandula mamaria se vuelve más firme, sensible, dolorosa al tacto, al tiempo que aumentan de tamaño las mamas. Las glandulas producen entre 1.000 x 2.000 mililitros en 48 horas por acción de la prolactina que se manifiesta intensamente a partir del quinto día. Características de las mamas: turgencia, piel tersa, aspecto congestivo, aumento local de la temperatura, red venosa superficial evidente, pezón formado erecto, estimulable facilmente, con salida de leche en forma espontanea y a la expresión.

Mediante la succión del recién nacido en el pezón va crear en este una estimulación que al mismo tiempo va a llegar al hipotálamo (hipofisis), el cual responde liberando prolactina para la formación de la leche materna y la oxitocina para la eyección de la misma.

3.3.2. MODIFICACIONES CARDIOVASCULARES

La masa de glóbulos rojos disminuye inmediatamente después del parto a consecuencia de la pérdida de sangre y además este es seguido por una hipoplasia eritroide temporal que lleva los valores a la normalidad en un tiempo promedio de tres semanas. Si en el curso del embarazo hubo un aumento del líquido plasmático cercano a los 1 000 mililitros y el volumen de eritrocitos aumento en 300 mililitros, en el volumen circulante, el sangrado en el parto y puerperio así como la uremia y sudoración aumentadas harán volver a cifras normales esta hipervolemia. Después del desprendimiento de la placenta disminuye la cuenta de plaquetas, hay elevación secundaria en los siguientes días junto con el aumento de la adhesividad de las plaquetas, la concentración de fibrinógeno plasmático comienza a disminuir durante el trabajo de parto y llega a su valor más bajo durante el primer día postparto. De ahí en adelante, aumenta la concentración de fibrinógeno plasmático hasta que llega a los valores previos al trabajo de parto hasta el tercer o quinto día del puerperio.

El gasto cardíaco aumenta todavía más que en el trabajo de parto y lo hace de nuevo en el puerperio inmediato. Se presentan cambios rápidos hacia la normalidad particularmente durante la primera semana disminuyendo gradualmente durante la tercera y cuarta semana a los valores que estaba antes del embarazo.

El pulso en el embarazo se hallaba acelerado (80-100) en el puerperio volvera a su frecuencia normal (60-80)

El corazón que por el rechazamiento de las vísceras abdominales se encuentra horizontalizado en el curso del embarazo, en el puerperio adquiere su posición normal

Durante el parto se presenta un estado de hipercogulidad aproximadamente del tercer al quinto día después del parto, la adhesividad de las plaquetas ha aumentado considerablemente como un aumento menor de la cuenta de plaquetas y en los valores del factor V y VIII, sin embargo también aumenta la actividad fibrinolítica. Hay una disminución de todos estos valores después de la primera semana llegando a límites normales aproximadamente en la cuarta semana.

3.3.3. MODIFICACIONES DEL RIÑÓN

El exceso de líquido que se acumula en los tejidos durante el embarazo se elimina por diuresis que se inicia dentro de las 12 horas que siguen al parto e implica hasta 2.25 kilogramos de pérdida ponderal. La eliminación de orina aumentada es de 1.500 a 2.000 mililitros.

El tejido vesical está edematoso, congestionado e hipotónico inmediatamente después del parto, lo que puede ocasionar sobredistensión, vaciamiento incompleto y estasis de orina, muchos de estos efectos disminuyen a las 24 horas.

“Por lo regular como resultado de las lesiones, edema, contusión de la uretra y del cuello de la vejiga, además de dificultad para usar la sifleta al estar en posición ginecológica, como resultado de todo ello se puede producir una distensión vesical”.

Los uréteres y la pelvis renal están hipotónicos, dilatados y levemente hinchados; regresan a la normalidad en forma gradual aproximadamente a los tres meses posteriores al parto.

3.3.4. MODIFICACIONES GASTROINTESTINALES

El restablecimiento intestinal normal requiere aproximadamente una semana debido a la disminución de la motilidad del intestino, pérdida de líquido y malestar intestinal. El funcionamiento se normaliza al final de la primera semana conforme incrementa el apetito y la ingesta de líquidos.

3.3.5. MODIFICACIONES DEL APARATO RESPIRATORIO

Desaparece la disnea mecánica que por la compresión abdominal se manifiesta durante el último trimestre del embarazo, los volúmenes pulmonares son rápidos al principio pero después son lentos durante el puerperio.

El volumen residual espiratorio y el residual funcional están disminuidos alrededor del primer mes del puerperio regresando a lo normal a los seis meses. La frecuencia respiratoria está aumentada durante el puerperio regresando a valores normales después de varios meses.

3.3.6. MODIFICACIONES PSICOLÓGICAS

"Fases maternas de Rubin

1. Periodo de conducta dependiente

La mujer se centra en sí misma, expresa su necesidad de dormir y comer, se siente aliviada de la experiencia del parto, manifiesta una conducta pasiva y dependiente

2. Transición de Dependencia a Independencia

Se amplía el alcance mental para incluir otras actividades, es independiente en las actividades de autoestima, expresa sus preocupaciones sobre las funciones corporales de ella y su hijo, recibe bien las instrucciones sobre los cuidados de sí misma y del lactante, falta de confianza (la madre se desanima fácilmente ante la necesidad de hacerse cargo de la asistencia

3. Adopción de nuevas responsabilidades

Se incrementa la independencia respecto a los cuidados de ella misma y de su hijo, reconoce a su hijo como entidad separada de sí misma, expresa su aflicción por las funciones a desempeñar y las expectativas que se tienen de ella, ocurren cambios de la interacción familiar para aceptar al nuevo miembro"

3.4. RECOMENDACIONES DESPUÉS DEL PARTO

- **Las características del sangrado transvaginal (cantidad, color, olor) nos indican la presencia de hemorragias, subinvolución uterina, restos placentarios, infecciones. Se calcula que el sangrado transvaginal no debe de ser mayor de 500 mililitros. El útero se contraerá progresivamente en el puerperio inmediato el fondo se palpará a nivel de la cresta umbilical de consistencia firme. De no ser así, la subinvolución uterina podría indicar restos placentarios, atonia uterina**
- **Pulso: puede presentarse taquicardia, bradicardia, los cuales indicaran un probable estado de shock**
- **Temperatura: la hipertermia en el puerperio inmediato indica probable infección o puede ser un dato que indique algún proceso de tromboflebitis**

Cualquier alteración de los signos vitales amerita una evaluación para encontrar la causa que los esta modificando.

- **Dieta normal y según las costumbres de cada localidad la dieta debiera incluir de dos a tres raciones de ser posible de los cuatro grupos de alimentos, así como abundantes líquidos y respetando las costumbres de cada comunidad**

Asco perineal se recomienda realizarlo al menos una vez al día, dependiendo de las condiciones (vivienda, disponibilidad de agua) de la puerpera. Es recomendable que el cambio de ropa se realice diario

Orientación a la madre

- **Lactancia Materna a libre demanda la cual es indispensable en los primeros cuatro meses, convenientemente hasta los seis meses, deseable hasta el año de edad y si es en el medio rural, que siga alimentándolo hasta los dos años de edad. Conociendo que la alimentación al seno a los cuatro meses deja de ser suficiente para producir un crecimiento adecuado del niño, es necesario iniciar la ab lactación a esta edad. El amamantamiento debiera realizarse con la técnica adecuada**
- **Llevar al niño oportunamente para la aplicación de vacunas**

3.5. COMPLICACIONES DURANTE EL PUERPERIO

INFECCIÓN PUERPERAL

Es la infección postpartum (vaginal o cesárea) cuyo foco primario se localiza en el tracto vaginal

El mecanismo de infección se desencadena de dos maneras

- a) Endógena, se establece apartir de la microflora bacteriana genital, que actúan en forma oportunista en tejidos deteriorados por el traumatismo del parto**

b) Exógena; son infecciones transmitidas por el personal médico, paramédico y el equipo hospitalario por falta de medidas de asepsia y antisepsia

En condiciones fisiológicas la cavidad uterina no tiene flora bacteriana demostrable. En el puerperio los mecanismos normales de defensa han disminuido de manera importante, la pérdida de la integridad de las mucosas, la presencia de sangre y decidua necrótica permite la rápida colonización bacteriana

La infección se establece a través de tres vías

1. Desde la vagina (estreptococos anaerobios, bacteroides, estreptococo hemolítico)
2. Desde el intestino o la vena (E. coli, C. welchii y estreptococo del grupo D)
3. Desde el exterior (Estafilococo dorado, C. tetani, Neumococo, Gonococo y Bacilo difterico)

La limitación o propagación del proceso inflamatorio depende de la virulencia del germen y la resistencia del huésped. Apartir de una herida infectada en perine, vulva y vagina puede derivarse a una endometritis, anexitis, parametritis, pelvipertonitis, peritonitis generalizada, tromboflebitis pélvica, tromboflebitis femoral y/o septicemia. Todo ello en relación con la agresión directa del germen a los tejidos, que progresivamente pueden ser interesadas dando lugar a una serie de manifestaciones clínicas que se correlacionan fácilmente con el grado de extensión de la infección

METRITIS Y ENDOMETRITIS

Proceso infeccioso localizado en las capas miometrial y endometrial del útero

Signos y Síntomas: hipertermia, taquicardia, anorexia, hipersensibilidad abdominal, malestar vago, leucocitosis, subinvolución uterina, escurrimiento vaginal hematopurulento fetido

PARAMETRITIS

Proceso infeccioso localizado en el parametrio

Los síntomas aparecen 24 horas después del parto, hipertermia con picos de 39,4 a 40°C., taquicardia, taquipnea, hipersensibilidad uterina, palpación de abscesos en vagina o recto, leucocitosis de 15 000 a 30 000 mm³

TROMBOFLEBITIS PROFUNDA

Inflamación de la pared de una vena profunda con trombosis secundaria al segmento afectado. Hay hipertermia, eritema, hipersensibilidad en zona afectada con dolor, tumefacción de las extremidades a causa de obstrucción venosa. Generalmente los miembros inferiores son los afectados.

ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA

Fenómeno por el cual se desprende un trombo o coágulo y es transportado a otra parte del organismo del torrente sanguíneo, bloqueando en ese sitio un vaso. Hay variaciones en la temperatura de 35.5 a 40.5°C, dolor abdominal intenso, hipotensión, taquicardia, escalofríos, palidez tegumentaria, labios y dedos cianóticos.

MASTITIS AGUDA

Se manifiesta por la inflamación piogena de la glándula mamaria puede ser infección glandular (mastitis) o extraglandular (paranastitis), tener punto de partida local o ser secundaria a un agrieta del pezón, suele aparecer una semana posterior al parto. Se identifica por dolor regional, tumefacción, eritema, calor local, hipertermia, malestar general, escalofrío, mialgias y artralgias.

HEMORRAGIA PUERPERAL

Temprana: suele ser resultado de atonía uterina, desgarros peritales y formación de hematomas, hemorragias uterinas excesivas durante la primera hora que sigue al parto.

Tardia: puede ocurrir hasta ocho semanas después al parto a causa de retención de tejido placentario, subinvolución uterina o infección del sitio de implantación de la placenta o hematoma del ligamento ancho, la vagina o la vulva, disminución de la T/A, taquicardia, cianosis peribucal y en los dedos.

CISTITIS

Infección de vías urinarias bajas. Aparece en un plazo de 48 horas y se identifica por disuria, polaquiuria, dolor suprapúbico, hematuria, bacteriuria, temperatura ligeramente alta o normal.

PIELONEFRITIS

Infección de vías urinarias superiores. Los signos y síntomas son: elevación de la temperatura, escalofríos, náuseas, vómitos, dolor en el flanco de uno u otro lado (a la altura de los riñones), hipersensibilidad en el ángulo costovertebral, orina turbia y fétida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Héctor Mondragón, Ginecoobstetricia para enfermeras, p. 137.
2. Jean Needson D., Consulta de Enfermería y Obstetricia, pp. 310, 311.

CAPÍTULO IV. CULTURA Y MEDICINA TRADICIONAL

4.1. LA CULTURA

La cultura no sólo amplía las posibilidades adaptativas de la especie, sino que transforma al ser humano y hace más compleja la expresividad del comportamiento. Para que la cultura se manifieste como un mecanismo adaptativo vinculado necesariamente a la misma anatomía, a las formas de la vida social y a una diversidad de aspectos psicológicos, estableciéndose una influencia recíproca entre lo social y lo psicológico

Las características psicológicas se refieren al individuo en sí, sus emociones, motivaciones, personalidad, comportamiento, etc., que lo hacen ser diferente a los demás, pero sin olvidar que se encuentra dentro de un grupo social

4.2. LA FAMILIA

La familia y la comunidad son los núcleos sociales primarios y fundamentales de sociedades mayores. La primera es base estructural de toda sociedad humana, la segunda es una medialidad común de agrupación, en donde los individuos conservan su anatomía, pero interactúan en forma dinámica y compleja, conforme a patrones socioculturales y psicosociales definidos.

Al estudiar al hombre se debe tener en cuenta la dimensión de su espacio y su tiempo. Para este estudio influyen varios factores, entre ellos la cultura y la organización social. La primera es aquella parte del ambiente total que comprende los objetos materiales de manufactura humana: las técnicas, las orientaciones sociales, los puntos de vista y los fines consagrados que constituyeron los factores inmediatos en que se cimenta la conducta. La segunda abarca las instituciones que determinan la posición de hombres y mujeres en la sociedad.

En nuestra sociedad el matrimonio es el vínculo más importante para formar una familia. Considerando que el matrimonio es el llevado a cabo entre un hombre y una mujer que cohabitan sexualmente entre ellos y los hijos que engendran, formando así sus propias costumbres, reglas y obligaciones por lo tanto, va establecerse una relación especial.

Aunque el matrimonio y la familia tienen sus raíces en la complementariedad biológica del hombre y la mujer y en el proceso biológico de la reproducción son patrones culturales y difieren en las distintas sociedades humanas.

Los sistemas de parentesco son creaciones culturales que definen y organizan los parientes por familia y matrimonio. Dándose este de acuerdo a generación, edad relativa, linealidad, sexo, consanguinidad o afinidad, entre otros.

Así tenemos dos tipos básicos de familia. La familia nuclear que está organizada alrededor de lazo entre los esposos, es predominante en las sociedades industriales, contemporáneas y forrajeras. La familia extensa está dada por lazos de sangre extendiéndose por varias generaciones, es común entre cultivadores debido a que proporciona mayor número de trabajadores que la familia nuclear y es también un medio por el cual la propiedad de la tierra puede conservarse intacta por generaciones.

Generalmente la residencia es de patrilocalidad esta es la esposa va a vivir con la familia del esposo. La matrilocalidad es cuando el esposo va a radicar con la familia de la esposa, se da como en sociedades hortícolas. La menos frecuente es la neolocalidad, donde la pareja vive independientemente.

El interés de la medicina por el estudio de la familia, como sujeto de diagnóstico, obedece básicamente al reconocimiento de su importancia en la estructuración biopsicosocial del individuo y a la necesidad de comprender estrategias de intervención a nivel educativo, preventivo, terapéutico y de asistencia social. Por lo tanto es importante explorar sus características socioeconómicas, culturales e ideológicas, la composición de las relaciones interpersonales que se establecen hacia el interior o exterior de la misma, y la forma como inciden todos los factores sobre el proceso salud-enfermedad de las mujeres.

4.3. COMUNIDAD RURAL.

La comunidad rural y la sociedad urbana, no son organizaciones separadas u opuestas, sino que se relacionan en diferentes ámbitos, como la primera aporta alimentos, materia prima y mano de obra entre otros, lo que favorece el desarrollo de las zonas urbanas. Dividir en sociedad urbana y comunidad rural facilita su estudio, según la sociología funcionalista.

Así tenemos que algunas características de la comunidad rural son

- **Se localizan en zonas pequeñas.** Su población es dispersa y menor de 2500 habitantes.

- **Disponen de un área geográfica definida.**

- **Tienen intereses comunes.**

- **Poseen antecedentes comunes, participar de una misma tradición histórica.**

- **Se dedican principalmente a**

Agricultura: maíz, trigo, alfalfa, garbanzo, alpeste, chicharo, frijol, sorgo, coliflor.

Ganadería: vacuno, caballos

Animales domésticos: gallos, patos, conejos, puercos, borregos

Pesca

Apicultura

Producción de tabique de adobe

- **La producción que obtienen de la agricultura y de la crianza de animales les permite ser autosuficientes,** ya que básicamente el consumo de estos productos es familiar

- **En cuanto a la división de trabajo,** es amplia, ya que a una misma persona le corresponden varias actividades (sembrar, abonar, recolectar, etc.)

- **Vivienda:** la mayoría de ellas tienen muros de adobes, techo de teja y piso de tierra, aunque las hay también de otros materiales como madera, palma, tejamanil, tabique y concreto. Los materiales predominantes en la construcción de las viviendas dependen de las condiciones económicas de sus moradores, al igual que los servicios de agua potable, letrinas, energía eléctrica, así como el combustible utilizado para cocinar, en su mayoría la leña

- **El agua generalmente esta lejos de la vivienda y con frecuencia contaminada, aunque en algunas localidades cuentan con pozos**
- **Carecen de red de alcantarillado publico por lo que fabrican letrinas sanitarias.**
- **La basura es muy frecuentemente quemada**
- **El transporte es foraneo**
- **Se conocen los unos a los otros y no es difiicil localizar a una persona**
- **“Cada miembro de la localidad es una especie de vigilante en cuanto al cumplimiento de los modos colectivos de vida, usos, costumbres y convencionalismos, por parte de los demas habitantes, el carácter mas homogéneo de la vida rural determina que sus usos y costumbres sean mas definidos y estables e integrados entre si”¹**
- **La clase social y la ocupacion son estables y generalmente de por vida**
- **“Las enfermedades en la comunidad rural han sido las epidemias, las endemias y las infecciones que causan elevados índices de mortalidad debido a la falta de conocimientos sanitarios, de higiene, de alimentacion suficiente y de medicamentos efectivos.”²**
- **La poblacion se mantiene estable, su tasa de natalidad es alta, pero al mismo tiempo presenta una mortalidad infantil elevada**
- **La familia rural es numerosa y extensa (debido a su autosuficiencia); asi encontramos a los abuelos, hermanos (as) con sus esposos (as), los hijos y los sobrinos. El mando esta acargo del hombre de más edad, prevalece la sumision de la mujer ante el hombre**
- **“A la familia estan reservadas las funciones sanitarias, en el hogar ocurren los nacimientos de los hijos, se cuida a los enfermos y se practica la medicina herbolaria, etc”³**

* En la vida rural cada individuo se mueve dentro de círculos colectivos relativamente fijos en los cuales lo han colocado sus relaciones familiares, tradición, etc., en donde realmente tienen pocas alternativas para elegir.

La convivencia que tuvieron las pasantes con las comunidades durante el año de servicio social permitió observar lo siguiente:

* Los habitantes de las comunidades nacen y se crían en ella, pero tradicionalmente, la emigración internacional (Estados Unidos de América) ha sido provocada por el deseo de mejorar la calidad de vida de su familia.

* La educación primaria es otorgada en todas las comunidades pero un solo maestro imparte clases a tres grados diferentes, además de encargarse de actividades de educación física y danza entre otros.

4.4. CREENCIAS DE LOS PURÉPECHAS O TARASCOS

“Una de las creencias que prevalece en estos grupos, es la de atribuir a los alimentos y medicamentos propiedades de “frío y caliente” cualidades análogas a las propias sustancias, que suelen tomarse en cuenta para mantener el equilibrio del cuerpo porque el sol es muy intenso o bien por sentir susto, enojo, envidia o mucha alegría, emociones que aumentan el calor del cuerpo, deben usarse en la curación sustancias frías, el frío causa daño a través del aire, el agua helada o el abuso de sustancias frías y la curación debe hacerse con elementos considerados calientes o con limpias que se hacen con hierbas o huevo”⁴

Las hierbas no solo son utilizadas para limpias, también se usan en forma de té como tratamientos en diversos padecimientos. Entre ellos, encontramos el uso de las siguientes hierbas:

Hierbabuena (Mentha piperita), calma los espasmos musculares, favorece la circulación sanguínea, actúa como ligero antiséptico intestinal, también tiene un poco de acción sudorífica.

Manzanilla (Matricaria, chamomilla), estimula la secreción de jugo gástrico ayudando a la digestión; tiene acción antiespasmódica, calmando así los cólicos intestinales. Favorece la aparición de la menstruación, disminuye la dismenorrea

Mulle (Jacobina, speigera), calma los cólicos menstruales, ya que contiene un glucosido de energía poder reductor, y muchas sales minerales. El glucosido no es tóxico, ni depresor de grandes funciones del organismo por lo que puede utilizarse en cualquier persona. Se recomienda para cólicos intestinales, ya que es enticonestivo y sedante

4.5. MEDICINA TRADICIONAL

Medicina tradicional, indígena, empírico, popular, herbolaria, folklórica e incluso medicina paralela constituyen un conjunto de expresiones que suelen emplearse como sinónimos. Sin embargo, la medicina tradicional constituye un cambio bien estructurado de creencias, conceptos y prácticas, ya que por la presencia de estas últimas manifiesta una cuota nada deseable de aspectos propios de cultura. La medicina tradicional mexicana expresa valores profundos de la cultura y al mismo tiempo constituye uno de los principales recursos empleados en la población, para la atención de la salud, el combate de las enfermedades y la reparación del daño producido por los accidentes

Se ha comprobado que los médicos tradicionalistas de tiempos antiguos mostraron la existencia de clasificaciones sistemáticas de las enfermedades y que además las parteras, curanderos, hueseros, hierberos constituyen y constituyen los principales grupos de terapeutas tradicionales y que registraron la existencia y empleo de una importante materia médica (la herbolaria medicinal)

En México las ciencias naturales alcanzaron un desarrollo importante como la botánica aplicada a la medicina. Como en otros pueblos primitivos también la medicina indígena se confundía con la magia y la superstición. Se enlazaban y entrelazaban con numerosas concepciones religiosas y filosóficas, los encantamientos, danzas rituales y los hechizos desempeñaban un papel considerable en la prevención y curación de las enfermedades. Actualmente, en México ningún grupo indígena ha dejado de practicar la medicina tradicional, por lo que se deduce que sigue constituyendo una alternativa terapéutica importante para estos grupos

Las terapéuticas indígenas se pueden clasificar en tres rubros: naturales, psicoreligiosas y mixtas. Las primeras, son a base de productos naturales como polvos, ungüentos, tes, así como la combinación de éstos con productos farmacéuticos. Ejemplos de éstos tratamientos los podemos observar en las familias; los ancianos recomiendan procedimientos y recetas antiguas, mientras que los jóvenes recurren a la medicina moderna, pero sin olvidar los principios de la medicina tradicional.

El ejercicio de la medicina entre los aztecas está dividida en varias profesiones: Tlama, Tepam (médicos), Texcotlateciltl (cirujanos), Tezac, Tescmami, Temmanam (sangradores), Papiam, Panamacan (boticarios), Hamaquic, Ticitl, Temismitlam (parteras) y las mujeres que se dedicaban a abortar por medio de hierbas.

La obstetricia no se consideraba como una función cualquiera u ordinaria, más bien la que debía guardar algunos preparativos y cuidados especiales, mismos que se procuraban mayormente al ir avanzando el embarazo o bien al presentarse complicaciones. Antes y durante el parto la partera realizaba algunos preparativos para la atención de éste. Los cuales tenían como objetivo mejorar el estado físico y emocional de la parturienta. Después del parto la partera tradicional y la madre, suegra y/o algún otro familiar de la parturienta ayudan en el cuidado del niño y de la madre, proporcionando hierbas y medicamentos para la recuperación de la madre, también utilizando una amplia gama de medicamentos adicionales como masajes, baños y el uso de fajas.

Éstos cuidados durante el puerperio involucraban a la familia con la parturienta. Dentro de los cuidados postnatales es frecuente el uso de té de canela y hierbabuena, ya que se cree que éstos contienen propiedades relajantes de la pared intestinal y favorecen la disminución de la peristaltis intestinal.

Cabe mencionar que no existen datos verídicos sobre los recursos con los que cuenta la medicina tradicional, ni la población que atiende. Pero se calcula que entre 15 y 20 millones de habitantes de comunidades rurales no cuentan con servicios formales de atención a la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Francisco Gomezjara. *Sociología*, p. 278
2. *Ibid.*, p.280
3. *Ibid.*, p 282
4. Lilian Schffer. Grupos Indígenas de México, pp 241, 242.

OBJETIVOS

1. Identificar los cuidados que reciben las mujeres durante el puerperio.
2. Conocer el rol que juega la familia y la sociedad en la administración de los cuidados propios del puerperio.
3. Identificar las alteraciones biológicas que tienen las mujeres durante el puerperio
4. Relacionar las alteraciones biológicas observadas con los cuidados recibidos

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de investigación: Observacional, descriptiva, de tipo longitudinal

Población: mujeres puérperas, pertenecientes a los Módulos de Morelia II y III de la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia, en el Estado de Michoacán

Muestra: mujeres puérperas que presentaron su parto en los meses de Enero, Febrero, Marzo de 1997 y que se les dio seguimiento durante tres meses después del parto

Criterios de inclusión: mujeres originarias del municipio en dichas comunidades, que presentaron su parto en los meses mencionados

Criterios de exclusión: no se les aplicó a mujeres que visitaron la comunidad o se retiraron de la misma

Criterios de eliminación: mujeres que iniciaron el proyecto y se salieron del mismo por causas ajenas a este

VARIABLES

VARIABLE	CUALITATIVAS	CUANTITATIVAS
1	MUNICIPIO	
2	LOCALIDAD	
3		EDAD
4	ESTADO CIVIL	
5	ESCOLARIDAD	
6		FUM
7		FPF
8	HÁBITOS HIGIÉNICOS <ul style="list-style-type: none">• Baño<ul style="list-style-type: none">• Frecuencia total• Tipo• Ropa<ul style="list-style-type: none">• Cambio• Frecuencia• Episorrados• Limpieza genital• Lavado de manos• Número de veces• Uso para el sangrado transvaginal• Actividad sexual<ul style="list-style-type: none">• Tiempo que inicia	
9	HÁBITOS ALIMENTICIOS <ul style="list-style-type: none">• Alimentos favorecen producción leche	

VARIABLE:	CUALITATIVAS	CUANTITATIVAS
10	<ul style="list-style-type: none"> • Abstinencia de alimentos • Forma de consumirlos • Motivo • Disminución de entuerzas Razón HÁBITOS DE REPOSO Y SUEÑO <ul style="list-style-type: none"> • Número días que guarda reposo • Motivo • Comienzo de actividades normales • Horas que duerme al día • Vestimenta • Tipo • Motivo • Cubre su cabeza Razón	
11	OTROS CUIDADOS <ul style="list-style-type: none"> • Persona que la cuida • Motivo • Cuidado especial Razón	
12	MOLESTIAS GENERALES <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento • Médico • Herbolaria Ninguno	
13	MOLESTIAS GINECALES <ul style="list-style-type: none"> • Tipo de molestia • Tratamiento • Médico • Herbolaria Ninguno	
14	ALIMENTACIÓN: POS-PUERPERIO <ul style="list-style-type: none"> • Igual • Modificaciones • Manera de ingerirlos • Fijos • Típicos • Calientes • Alimentación seno materno • Cantidad de leche • Disminución de cólico • Medicamento • Herbolaria • Eliminación intestinal • Características • Entrenamiento • Cuidado especial 	

Técnicas de recolección

a) Documental con el apoyo de las fichas bibliográficas y de trabajo, mismas que se obtuvieron en la biblioteca de la Escuela de Enfermería en Morelia Michoacán, así como de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (UNAM).

b) Campo, se llevó a cabo en dos fases y consistió en

Fase 1: la exploración clínica para conocer la evolución durante los primeros 15 días del puerperio y en la aplicación del primer cuestionario

Fase 2: la exploración clínica para conocer la evolución aproximadamente a los tres meses del parto y en la aplicación del segundo cuestionario

Instrumentos de recolección

Fase 1 Un cuestionario que se aplicó entre los 8 y 15 días posteriores al parto, constituido por 22 preguntas de las cuales 21 fueron cerradas y 1 abierta, además se incluyó un espacio para anotar las observaciones correspondientes a la exploración clínica realizada

Fase 2 Un segundo cuestionario que se aplicó aproximadamente a los tres meses después del parto, estuvo constituido por 14 preguntas cerradas y 1 abierta, también se incluyó un apartado para el registro de observaciones de la exploración clínica efectuada

Ambos instrumentos fueron probados antes de su aplicación definitiva en la población

Procesamiento de datos

La información recabada fue vaciada en una hoja tabular, que permitió la obtención de medidas de resumen tales como valores absolutos y porcentajes

Por otra parte, con el fin de cubrir con el último objetivo se llevaron a cabo diversas tablas de χ^2 , con el fin de buscar asociación entre diversas variables, buscando la relación entre los cuidados recibidos y las alteraciones biológicas

Toda la información se presenta en cuadros que permiten la descripción de resultados y el análisis de los mismos para estructurar el informe final

DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

La recolección de datos se llevó a cabo en dos fases, la primera de ellas consistió en la aplicación de un cuestionario a 40 mujeres durante el puerperio, tal como se menciona en el material y método

La mayoría de ellas, es decir el 80% habitan en comunidades rurales pertenecientes al municipio de Morelia, otras corresponden al municipio de Charo y el 7.5% a Indaparapeo (Ver cuadro No. 1)

De las mujeres encuestadas, el 67.5% se encuentra entre los 21-30 años de edad, el 12.5% tiene 15-20 años, el resto se encuentra entre 31-40 años (Ver cuadro No. 2)

En cuanto a la escolaridad el 80% refirió tener primaria incompleta, el 5% estudio preparatoria o equivalente, el 15% no terminó la secundaria (Ver cuadro No. 3)

El 95% de las mujeres son casadas y el resto son madres solteras. La mayoría, es decir el 70% viven en casa propia, el 20% viven con su suegra y una minoría vive con su madre (Ver cuadro No. 4)

En cuanto a los hábitos higiénicos se encontró que la periodicidad que tienen para bañarse, la mitad lo realizó cada tercer día, el 35% lo hizo una vez por semana y el 15% lo hicieron diario (Ver cuadro No. 5) Las mujeres que realizaron el baño total fueron el 97.5%, mientras que el baño parcial lo realizó la ninona. El tipo de baño que llevaron a cabo fue con bicara en un 60%, el baño con tina ocupó el 15% y el resto lo realizó con regadera (Ver cuadro No. 6). El 80% no utilizó ningún ingrediente en el agua y del 20% que agregó algo al agua, siete personas mencionaron el alcohol, argumentando que este les previene de daños y solo una persona agregó azúfre por tradición e ignora el efecto que este tiene en su organismo

El 82.5% se cambió la ropa en forma total, el 17.5% lo realizó parcialmente. La frecuencia con que llevaron a cabo el cambio de ropa fue en un 12.5% lo realizó una vez por semana, el 82.5% se cambió cada tercer día y el resto lo hizo diario (Ver cuadro No. 7)

Utilizó el 85% toalla sanitaria para la absorción del sangrado transvaginal, mientras que el 15% uso lienzos

Refirió el 55% que al realizar la limpieza genital lo hicieron de adelante hacia atrás y el 45% lo llevó a cabo de manera inversa

La frecuencia con que se lavaron las manos fue en un mismo porcentaje (37.5%) para las que se lavaron de la 4 veces, como para las que lo hicieron de 4 a 8 veces, el 25% lo realizó más de 8 veces (Ver cuadro No. 8)

Un 52.5% reanició actividad sexual posterior a los 40 días, el 35% antes de los 40 días y el resto antes de los 30 días (Ver cuadro No. 9)

Referente a los hábitos alimenticios, el 87.5% ingirió atole, avena, macedonia, caldo de pollo y res., con la finalidad de favorecer la producción de leche, el 7.5% recurrió a caldos, papaya, naranja, para lograr este efecto, y solo dos personas, es decir el 5% no ingirió ningún alimento en especial (Ver cuadro No.10). En cuanto a la abstinencia de algunos alimentos que pueden causar molestias, principalmente en el recién nacido o en ellas, mencionaron en primer lugar a las frutas naranja, papaya, plátano y sandía, posteriormente frijoles, chile, arroz, huevo, argumentando que estos pueden provocar distensión abdominal en el bebé y/o disminuir o cortar la leche materna (Ver cuadro No. 11). La manera en que ingirieron los alimentos fue caliente, esto lo mencionó el 67.5%, de las cuales la principal finalidad era la de no disminuir la leche, así le agradaban y una minoría refirió que evitan cólicos o les hace sudar, el otro porcentaje, es decir el 32.5% dijo consumirlos fríos porque así le gustan (Ver cuadro No. 12)

De aquellas mujeres que presentaron cólicos, es decir el 72.5%, un 44.8% tomó analgésico, el 43.5% ingirió té de manzanilla, no tomó nada el 13.5% y el 7% tomaron té de hierbabuena o de nuez, el motivo principal en el caso del analgésico fue quitar el cólico, y en el de los té argumentaron que por el hecho de ser calientes disminuyen el cólico, solo una persona dijo que lo tomaba por costumbre (Ver cuadro No. 13)

Dentro de los hábitos de reposo y sueño, el 75% guardó reposo absoluto de 1 a 15 días, diciendo la mayoría que lo hicieron por costumbre, otra parte menciona no poder realizar esfuerzos es esa etapa y la minoría dijo que no tiene quien le ayude. El 25% restante guardó reposo de 16 a 30 días, fundamentando la mayoría que es por costumbre y sólo una persona refirió que no puede hacer esfuerzos

Las actividades normales se reanudaron en el 35% de los 16 a 30 días, el 32.5% las reanuda de 1 a 15 días y el porcentaje restante reanuda sus actividades posterior a los 30 días (Ver cuadro No. 14) El principal motivo mencionado es la costumbre, otros deben atender a sus hijos, no tienen quien les ayude o bien porque trabajan

El 70% durmió de 6 a 8 horas, mientras que el resto durmió más de 8 horas

El tipo de vestimenta utilizada durante este periodo fue abrigada, así lo refirieron el 77.5%, teniendo como objetivo evitar la disminución de la leche o de lo contrario les puede hacer daño, el 12.5% se abrigó demasiado dando las razones antes mencionadas y el 10% se vistió semabrigada porque así se siente cómoda (Ver cuadro No. 15)

El total de la población estudiada se cubrió la cabeza para evitar punzadas por el aire recibido a través de los oídos

Durante el puerperio, al 52.5% las cuidó un familiar u otra persona, debido principalmente a que viven más cerca de ellas o así se acostumbra, al 30% las cuidó su suegra siendo este cuidado una costumbre, o bien viven más cerca, el porcentaje restante fue atendida por su mamá debido a la cercanía (Ver cuadro No. 16)

No recibieron cuidado especial el 45% y del 55% que sí lo recibió, el 86.4% se le realizó masaje con vendaje abdominal con el objetivo de evitar abultamiento, el otro 13.6% no sabe, ni se moja para prevenir la disminución de la leche

La segunda fase de recolección de datos se realizó dos meses después de la primera fase. El cuestionario que se aplicó consistió en interrogatorio y exploración física

No presentaron molestias durante o después del puerperio el 87.5% y el 12.5% que dijo si haber tenido alteraciones, el 60% tuvo alteración en glándulas mamarias, el 20% sintió ardor en cuello-cara y el resto presentó sangrado abundante (Ver cuadro No. 17)

De éstas mujeres que presentaron alteraciones, el 60% no siguió ningún tratamiento, el 20% recurrió con el médico y el resto se trató con hierbas (Ver cuadro No 18)

Al 45% de la población estudiada se le realizó episiorrafia y al restante no se le practicó (Ver cuadro No 19).

No refirió molestias genitales el 77.5%, y del 22.5% que si las presento, el 88.9% tuvo infeccion vaginal y el 11.1% infeccion en episiorrafia (Ver cuadro No 20) Las infecciones antes mencionadas llevaron tratamiento médico, esto es el 55%, por otra parte el 22.5% se trataron con hierbas y las otras no tuvieron tratamiento (Ver cuadro No 21)

Posterior al puerperio, el 57.5% dijo que su alimentacion no es la misma, debido a que ya no se restringe de ningún alimento, el otro 42.5% de las mujeres continuo con la misma dieta del puerperio argumentando principalmente a que esto se debe a que estan amamantando y solo la minoria dijo comer de todo

Ingirieron los alimentos de manera combinada el 70%, el 17.5% los tomo tibios y el 12.5% los consumió calientes

El 92.5% de las mujeres dan lactancia materna y del 7.5% que no lo hace, la principal causa es porque no tiene pezón y solo una mujer refirió que es debido a que trabaja

De las mujeres que amamantan, el 54% menciono tener la misma cantidad de leche, el 46% dijo no tener la misma, el 53% refirió que esta era mas abundante, el 11.8% no se percató de este hecho y el 35.2% vio disminuida su produccion de leche o bien refirieron que se debía a que no se pegó a su bebe

De las mujeres que presentaron cólicos durante el puerperio, solo el 10% de ellas no tomaron nada, mientras que del 62.5% que si ingirió algo, el 52% tomo un analgésico, a las cuales se les quito el cólico, esta misma razón fue mencionada por el 12% que ingirió te mas analgesico, y el 36% refirió que el te le disminuyo el colico

El 100% de la población estudiada mencionó que la frecuencia de eliminación intestinal es de una a dos veces al día y con características de acuerdo a los alimentos que comieron. Se encontró que el 60% de éstas mujeres dijeron no haber tenido problemas de estreñimiento, el otro 40% si presentó este problema (Ver cuadro No. 22)

De las mujeres que recibieron un cuidado especial en el puerperio, es decir el 55%, el 22.8% no sintió mejoría, el 18% estuvo cómoda y el 59.1% indicó mejoría

De 21 mujeres que fueron cuidadas por otro familiar, el 43 refirió mejoría y el 57 no la sintió. Las 7 mujeres que recibieron cuidado por su madre, el 57 no tuvo bienestar, mientras que el resto dijo lo contrario. A 12 puerperas las cuidó su suegra, de ellas, el 42 mencionó sentirse mejor y el 58 no percibió lo mismo (Ver cuadro No. 23)

De un total de 26 mujeres que ingirieron los alimentos calientes, sólo en el 19 aumento la leche, el 50 mantuvo la misma cantidad y el 30 refirió disminución o ausencia. Quienes los tomaron tibios, esto es 14, observaron aumento el 29, el 07 le disminuyó o no tuvo y el 64 tuvo la misma cantidad

Mantuvo o disminuyó la cantidad de leche el 33 de aquellas que recibieron cuidados para evitar enfriamientos, el otro 83 manifestó el mismo efecto pero sin haber recibido algún cuidado, de un total de 32 encuestadas. No tuvo leche o esta le disminuyó al 17 que no recibió cuidados, al 67 le ocurrió lo mismo aun recibiendo los cuidados para prevenir los enfriamientos, esto de 8 mujeres (Ver cuadro No. 24)

No se les realizó masaje con vendaje abdominal a 21 puerperas, de ellas el 76 tuvo cólico y la proporción restante no sintió esta molestia. De las que si siguieron esta costumbre, el 68 presentó cólico y el 32 no lo refirió

De los alimentos que favorecen mayor producción de leche, 35 encuestadas mencionaron al atole, avena, maicena, de estas 57 continuó con la misma cantidad de leche, 14 le aumento, 17 observó disminución, y en una misma proporción (06) para las que no tuvieron, que para las que ignoraron este hecho. De las que ingirieron caldos, papaya, naranja, 67 favoreció mayor producción de leche, 33 le

disminuyó. Fueron 2 personas que comieron de todo, de ellas la mitad vio favorecido este beneficio y la otra parte obtuvo la misma cantidad.

Las mujeres que no ingirieron plátano, naranja, papaya, ni sandía durante el puerperio observaron lo siguiente: 83 aumentó o continuó con la misma cantidad de leche, 17 dijo no tener o bien le disminuyó. De 25 que restringieron la ingesta de frijol, arroz, chile, huevo, sólo 68 observó la misma cantidad o ésta aumentó, el 20 refirió que la cantidad de leche era menor o se había terminado. Tres mujeres no se restringieron de ningún alimento, de ellas el 67 aumentó o tuvo la misma cantidad de leche y el 33 dijo que le disminuyó o se acabó.

De las mujeres que realizaron el baño cada tercer día, esto es 20 puerperas, el 80 no presentó problemas en genitales, el 20 refirió infección vaginal. Quienes se bañaron una vez a la semana, es decir 14 mujeres, el 72 no indicó infección, 07 se le infectó la episiorrafia y 21 padeció alguna de las alteraciones antes mencionadas. De aquellas que se bañaron diario, el 83 no percibió ningún problema en genitales, mientras que el 17 sólo tuvo infección en vagina. (Ver cuadro No 25)

De 31 mujeres que se abrigaron el 68 aumentó o mantuvo la cantidad de leche, 26 les disminuyó o se acabó, el 06 no se percató de este evento. Las mujeres que se abrigaron demasiado, el 80 mencionó haber mantenido la misma cantidad o le aumentó, 20 se le acabó o disminuyó. Cuatro encuestadas se vistieron semabrigadas y todas ellas observaron igual o mayor cantidad de leche. (Ver cuadro No 26)

Mujeres que iniciaron actividad sexual antes de los 30 días, esto es de cinco puerperas, 60 presentaron infección vaginal, 40 no presentó ninguna alteración en genitales, 14 encuestadas que iniciaron antes de los 40 días, 79 no tuvo problemas, 07 se le infectó la episiorrafia e infección vaginal en el 14. Posterior a los 40 días 21 mujeres reiniciaron su actividad sexual, de las cuales 86 no presentó ningún problema y 14 padeció infección vaginal. (Ver cuadro No 27)

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Las comunidades en las que habita la población estudiada son rurales, es decir se caracterizan por contar con menos de 2500 habitantes, el acceso es a través de caminos de terracería o brechas, carecen de algunos servicios públicos y se dedican a las actividades propias del campo, entre otras

La mayoría de las mujeres se encuentra en la etapa óptima para la maternidad y la otras aunque son minoría, están en los extremos de la vida reproductiva, la cual representa un factor de riesgo en la misma

La gran parte de las encuestadas no concluyó con los estudios básicos y esto podría deberse a factores como ingreso económico deficiente, la educación radica prioritariamente en las tareas del hogar o no desean continuar estudiando. Las que dejaron trunca su secundaria pudo deberse a los factores anteriores o a que se casaron y probablemente en las que terminaron preparatoria la situación fue a la inversa.

La patrilocalidad es una costumbre que existe en gran parte de las comunidades. Las que no cambiaron de residencia fueron las madres solteras. Aquellas que cohabitan con su suegra pueden estar mayormente influenciadas en la adquisición de costumbres y la educación de los niños. Generalmente, el familiar que viva más cerca de la casa de la puerpera, es quien le brinda los cuidados necesarios, pero también hubo casos en que por costumbre fue la suegra quien proporcione estos cuidados y aquellas que son madres solteras las atiendo su mamá. El bienestar referido por las encuestadas puede obedecer a las relaciones interpersonales, al tipo de cuidados recibidos y/o a la persona que los proporciona.

Las tradiciones en la comunidad rural son arraigadas, encontrándose así un mínimo porcentaje que no amamanta a su bebé a causa de ausencia de pezón o debido a que trabaja. Dos mujeres refirieron no percatarse de las variaciones en la cantidad de leche, lo que podría denotar ignorancia o desinterés ante esta situación.

Durante y después del puerperio, para las que amamantan es importante asegurar la leche materna a través de

a) La ingesta de ciertos alimentos beneficio a más de la mitad de las encuestadas. Como es sabido la cantidad de leche también esta dada por otros factores como la ingesta de líquidos, el estímulo de succión, la presencia de pezón y la disponibilidad de la madre para amamantar

b) Aparentemente la restricción de algunos alimentos en el puerperio favoreció la producción de leche, desde el punto de vista fisiológico no se encontró información que apoye o desapruebe el efecto de estos alimentos

c) Al ingerir alimentos calientes se observó que la puérpera se encontraba en un ambiente cálido, lo cual le producía diaforesis, en consecuencia perdida de líquidos, se podría pensar que si en la dieta no se reponen estos líquidos, lejos de aumentar la cantidad de leche se lograra el efecto contrario. Sin embargo, de alguna manera mantuvieron o aumentaron la cantidad de leche sin que esta proporción sea significativa, ya que se observaron resultados similares en quienes consumieron los alimentos tibios. Por otro lado no se encontraron fundamentos científicos que indiquen que la dualidad frío-caliente influya en la producción de leche

Contradictorio es que después del puerperio, no se restringieron de ningún alimento, ni los ingerieran calientes, dado que ambas medidas aumentan la cantidad de leche y amamantar no es exclusivo del periodo puerperal

Una dieta equilibrada, ingestión suficiente de líquidos, ejercicio y control emocional son factores que determinan la cantidad y el tipo de eliminación intestinal, la alteración en alguno de estos factores, probablemente explique los casos de estreñimiento

d) En su mayoría las señoras obtuvieron el efecto deseado, a partir del tipo de vestimenta que usaron, sin embargo no se ha demostrado que este mecanismo intervenga directamente en la producción de leche

e) El evitar enfriamientos como actividad especial reflejo un efecto negativo en la mayoría que lo llevo a cabo, por lo tanto, este dato no lo consideramos relevante

El cólico se presentó independientemente de que se haya proporcionado o no el masaje abdominal, lo que denota que aquellas que refirieron sentir mejoría con este cuidado lo enfocaron al bienestar psicológico más que al físico

Es aceptable que las mujeres utilicen tes para disminuir o quitar los cólicos, pues estos tienen efecto antiespasmódicos; pero es evidente que desconocen sus propiedades ya que algunas de ellas los ingirieron con analgésicos

Se presento un número considerable de infecciones vaginales y de episiorrafia durante o despues del puerperio esto pudo estar favorecido por lo siguiente

a) La ausencia de agua potable, drenaje y un espacio adecuado para realizar el baño, características propias de las comunidades rurales probablemente influyeron en los hábitos higiénicos, ya que fue mayor la frecuencia de baño una vez por semana y cada tercer día. Sin olvidar que comunmente lo hicieron de manera total y con jicara

b) Pudieron ser causadas tambien por el arrastre de microorganismos del ano a los genitales, cuando se realizo la limpieza de atras hacia adelante. Esta manera de realizar la limpieza, en algunas encuestadas obedeció a la presencia de episiorrafia o a que así lo acostumbran

c) La mayor parte de las que presentaron infección reanudo actividades sexuales antes de los 40 días. Recordemos que las condiciones en que se encuentra el canal de parto (laceraciones y/o desgarrtos), además de un baño poco frecuente implicó un practica de riesgo. Importante es mencionar que el sudor, la secreción de glándulas sebáceas y el polvo atmosferico constituyen un medio favorable para los microorganismos. Un poco mas de la mitad reinicio su actividad sexual despues de los 40 días, considerándose esta situacion adecuada, pues este tiempo permitio la recuperacion de los organos internos, externos del aparato reproductor femenino

Le agregaron azufre o alcohol al agua con el objetivo de prevenir daños, esto nos hace pensar que su uso es debido a las propiedades que le atribuyen, es importante recordar que estos ni les perjudican ni les benefician

La frecuencia del lavado de manos fue la adecuada, lo que no implicó un riesgo de salud, tanto para la madre como para el hijo, ya que es ella quien lo atiende

El cambio de ropa frecuente proporciona comodidad e higiene sin embargo más de la mitad lo hizo cada tercer día y una minoría un a vez por semana. De manera general el cambio de ropa fue total. Importante es señalar que el agua es un recurso básico para los hábitos higiénicos si no se cuenta de manera permanente en los hogares repercute en la práctica de los hábitos, situación que probablemente intervino en el resto de las mujeres que realizaron el cambio de ropa parcial

Usaron la mayoría de ellas toallas sanitarias para el sangrado transvaginal, sin embargo hubiera sido importante preguntar la frecuencia con que se realizaba el cambio, pues este dato hubiera dado elementos para saber que tanto interviene

Se procuró en el puerpero el reposo, se podría pensar que al mantenerse acostada puede retardar la involución de órganos. Cuando este reposo es prolongado aumentan las posibilidades de que se presenten algunas complicaciones

Llama la atención que la mayoría de las señoras que tuvieron molestias en el organismo, no llevaron ningún tratamiento, debido a que dichas molestias remitieron de manera espontánea y rápidamente

Una minoría no recibió ningún tipo de tratamiento para la infección vaginal, lo cual denota que la educación para la salud en las localidades no es totalmente aceptada debido a sus costumbres y/o tradiciones

CONCLUSIONES

- Los cuidados que se proporcionaron a la población estudiada partieron en gran medida de la concepción “frio-caliente”, fueron encaminados tanto a la lactancia materna como al bienestar. Esto se vio reflejado en la dieta, el baño y el tipo de vestimenta, además de que la mayoría tuvo algún cuidado especial, pero no siempre estuvieron comodos con dicho cuidado

Aquellas que recibieron un cuidado especial y/o utilizaron un ingrediente en el agua no se vieron afectadas ni beneficiadas

Restringirse de algunos alimentos y la manera de ingerirlos son costumbres aplicadas exclusivamente durante el puerperio

- Psicologicamente, la familia representa un papel importante en la administración de los cuidados, ya que más que la costumbre fue la cercanía a la casa de la puérpera la que determinó al familiar que la cuidó

- Los hábitos higiénicos inadecuados junto con la actividad sexual temprana representaron un riesgo para la salud. Repercutiendo en molestias del organismo, infección vaginal o de episiorrafia.

La creencia que se tiene sobre el efecto de ciertos alimentos pudo haber contribuido a la aparición del estreñimiento en algunos casos.

- De los mitos, creencias y costumbres de las comunidades en relación a la salud-enfermedad con el puerperio derivan cuidados que no siempre son perjudiciales, por lo que hay que cambiar la idea de que debemos desarraigarlas, posiblemente algunas habría que modificarlas siempre y cuando representen un riesgo para la salud

- La gran diversidad de normas higiénicas dentro de nuestra sociedad reflejan las normas culturales de los grupos que la constituyen

SUGERENCIAS

La participación del pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia en las comunidades rurales es importante dado el perfil académico que se tiene al egresar de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México

Se ha mencionado la importancia que tiene la "Auxiliar de Salud" en la comunidad, ya que es a través de ella como la comunidad acepta a los profesionistas de la Salud, por lo tanto es importante que el pasante refuerce este vínculo para poder brindar educación para la salud en los siguientes aspectos:

1. Orientar a la población sobre la eficacia de cuidados en el puerperio, tales como alimentación, reposo, y tipo de vestimenta, por medio de pláticas y/o visitas domiciliarias durante el embarazo
2. Orientar y reforzar aspectos de lactancia materna
3. Informar a la comunidad de las propiedades que tienen las hierbas para los tes
4. Mantener o fomentar los hábitos de limpieza a través de las supervisoras de auxiliares de salud
5. Recomendar la actividad sexual posterior a los 40 días al parto en aquellas que reiniciaron antes de este periodo

BIBLIOGRAFÍA

ANTHONY P. Catherine, Anatomía y Fisiología, 10a edición, Ed Interamericana, México 1988, 724 pp.

DE LA ROSA Francisco, Hierbas y plantas Medicinales de México, 4ta reimpresión, Ed Mexicanos Unidos, México 1992, 127 pp

GOMEZJARA Francisco, Sociología, 12va edición, Ed Patria, México 1984, 472 pp

HERNÁNDEZ Macaña R, GALLY J M Plantas Medicinales, 9na reimpresión, Ed Arbol, Mexico 1994, 254 pp

HERSKOVITS J Melville, El hombre y sus Obras, 8va reimpresión, Ed Fondo de Cultura Económica, Mexico 1984, 782 pp

Hospital de Ginecología y Obstetricia, Ginecología y Obstetricia, No. 3 del IMSS, 3ra edición, Mexico 1991, 1028 pp

Organización Panamericana de la Salud, Manual para la Atención de la Madre y del Niño, No. 3, EUA 1983, 191 pp

MARTINEZ Y MARTINEZ R, La Salud del Niño y del Adolescente, 2da edición, Ed Salvat, Mexico 1983, 1445 pp

MERLO Gonzalez J Obstetricia, 4ta edición, Ediciones Científicas y Tecnológicas, España 1991, 801 pp

MONDRAGON C Hector, Ginecoobstetricia para Enfermeras, Ed Trillas, Mexico 1991, 510 pp

NANDA Serena, Antropología Cultural, Ed Inter-americana, Mexico 1980, 363 pp

NEEDSON D Jean, Consultor de Enfermería Obstetrica, Vol II, Ed Oceano, España 1989, 648 pp

Secretaría de Salud, Norma Oficial Mexicana para la Atención de la mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido, México 1995, 52 pp

RALPH C Benson, Manual de Ginecología y Obstetricia, 7a edición, Ed Manual Moderno, México 1985, 310 pp.

SCHWARAZ R, et al, Atención Prenatal y del Parto de bajo riesgo, Centro Latinoamericano de Perinatología y desarrollo Humano, OPS, OMS, 1994, 161 pp

SCHFFLER Lihan, Grupos Indígenas de México, Ed Panorama, México 1986, 250 pp

TORTORA J G, Anagnostakos N P Principios de Anatomía y Fisiología, 6ta edición, Ed. Harla, México 1991, 1205 pp

ANEXOS

CUESTIONARIO A MUJERES PUÉRPERAS DE LAS COMUNIDADES DE LOS MÓDULOS MORELIA II Y III DE MORELIA, MICHOACÁN

Objetivo. Este cuestionario pretende dar a conocer los cuidados que se le brindan a las mujeres durante el puerperio.

Instrucciones. escriba con lápiz y letra de molde

I. Datos Generales

Municipio _____ Localidad _____
Edad _____ Edo. Civil _____ Vive con _____

II. Hábitos higiénicos

1. ¿Cada cuánto realiza el baño?
2. ¿De qué manera es el baño?
a) Parcial b) Total
3. El tipo de baño que realiza durante los días posteriores al parto es en:
a) Tira b) Jicara c) Regadera
4. Le agrega algún ingrediente al agua con que se baña
a) Si Especificque ¿cuál y por que? _____
b) No
5. El cambio de ropa es
a) Parcial ¿Por que? _____
b) Total
6. ¿Cada cuando es el cambio de ropa?
a) 1 vez por semana b) Cada 3er día c) Diario
7. ¿Qué es lo que utiliza para la absorcion del sangrado trasvaginal?
a) Lenzos b) Toallas sanitarias

8. ¿De qué manera se realiza la limpieza genital después de hacer del baño?

- a) De adelante hacia atrás b) De atrás hacia adelante

9. ¿Cuántas veces se lava usted las manos al día?

- a) De 1 a 4 veces b) De 4 a 8 veces c) Más de 8 veces

10. ¿En cuanto tiempo reinicia su actividad sexual después del parto?

- a) Antes de los 30 días b) Antes de 40 días c) Después de 40 días

III. Hábitos Alimenticios

11. ¿Qué alimentos consume para favorecer la producción de leche?

- a) Atole, avena, maicena b) Caldos, papaya, naranja c) Come de todo

12. Alimentos que deja de ingerir durante el puerperio

- a) Naranja, plátano, papaya b) frijol, chile, arroz c) Ninguno

13. ¿De qué manera consume los alimentos?

- a) Calientes b) Tibios

¿Por qué? _____

14. ¿Utiliza algún té para calmar o disminuir los cólicos (entueros)?

- a) Si b) No

¿Cuál y por qué? _____

IV. Hábitos de reposo y sueño

16. ¿Cuántos días guarda reposo?

- a) De 1 a 15 días b) De 16 a 30 días c) Más de 30 días

¿Por qué? _____

17. ¿En qué tiempo comienza a realizar sus actividades normales?

- a) De 1 a 15 días b) De 16 a 30 días c) Más de 30 días

18. El motivo es

- a) No tiene quién le ayude b) Hijos c) Así se acostumbra d) Trabajo

19. ¿Cuántas horas duerme usted al día?

- a) 6 a 8 horas b) Más de 8 horas

20. ¿Qué tipo de vestimenta utiliza durante su cuarentena?

a) Abrigada

b) Muy abrigada

c) Semiabrigada

Motivo: _____

21. ¿Se cubre usted la cabeza?

a) Si

b) No

¿Por qué? _____

V. Otros

22. ¿Quien o quienes la cuidan durante el puerperio?

a) Suegra

b) Mamá

c) Familia-otros

¿Por qué? _____

23. ¿Le proporcionan algún cuidado en especial?

a) Si

¿Cual y por que? _____

b) No

Observaciones _____

10. ¿Presentó cólicos durante el puerperio?

a) Si

b) No

11. ¿Tomo usted algo para calmarlos o disminuirlos?

a) Si

¿Que? _____

b) No

12. ¿Cree que le ayudo a disminuirlos?

a) Si

b) No

¿Por que? _____

13. Frecuencia de eliminacion intestinal _____

Caracteristicas _____

14. ¿Tuvo o tiene problemas de estreñimiento?

a) Si

b) No

15. ¿El cuidado especial que le proporcionaron intervino para la mejoría de su organismo?

a) Si

b) No

¿Por que? _____

Observaciones: _____

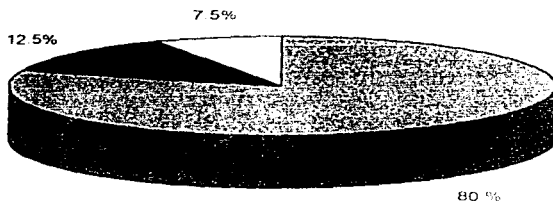
CUADRO Y GRÁFICA No 1

MUNICIPIOS A LOS QUE PERTENECEN LAS PUÉRPERAS DE LOS MÓDULOS DE MORELIA II Y III, DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA No 1

MORELIA, MICH. ENERO-MARZO 1997

MUNICIPIO	Fo	%
MORELIA	32	80
CHARO	5	12.5
INDAPARAPEO	3	7.5
TOTAL	40	100

FUENTE Cuestionario realizado a la mujeres durante el puerperio de las comunidades



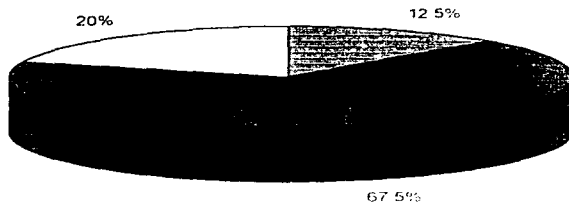
CUADRO Y GRÁFICA No 2

GRUPOS DE EDAD DE LAS PUÉRPERAS PERTENECIENTES A LOS MÓDULOS DE MORELIA II Y III, DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1

MORELIA, MICH. ENERO-MARZO 1997

EDAD	Fo	%
15-20	5	12.5
21-30	27	67.5
31-40	8	20
TOTAL	40	100

FUENTE: La misma del cuadro No 1



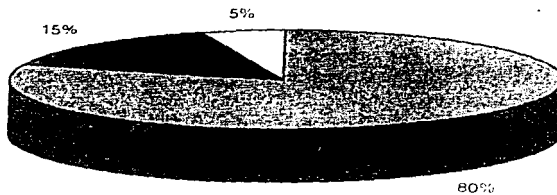
CUADRO Y GRÁFICA No. 3

NIVEL DE ESTUDIOS DE LAS PUÉRPERAS PERTENECIENTES A LOS MÓDULOS DE MORELIA II Y III, DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1.

MORELIA, MICH, ENERO-MARZO 1997

ESCOLARIDAD	Fo	%
PRIMARIA INCOM	32	80
SECUNDARIA INCOM	6	15
PREPARATORIA INCOM	2	5
TOTAL	40	100

FUENTE: La misma del cuadro No 1



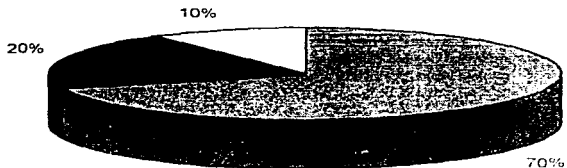
CUADRO Y GRÁFICA No 4

LUGAR DE RESIDENCIA DE LAS PUÉRPERAS QUE PERTENECEN A
LOS MÓDULOS DE MORELIA II Y III, DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA
No 1

MORELIA, MICH., ENERO-MARZO 1997.

VIVE CON	Fo	%
ESPOSO	28	70
SUEGRA	8	20
MADRE	4	10
TOTAL	40	100

FUENTE. La misma del cuadro No 1



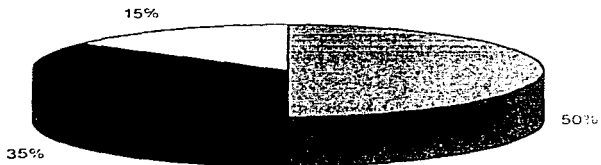
CUADRO Y GRÁFICA No 5

PERIODICIDAD CON QUE REALIZAN EL BAÑO LAS PUÉRPERAS QUE
CORRESPONDEN A LOS MÓDULOS DE MORELIA II Y III, DE LA
JURISDICCIÓN SANITARIA No 1

MORELIA, MICH., ENERO-MARZO 1997

BAÑO	Fo	%
C/TERCER DÍA	20	50
1 VEZ/SEMANA	14	35
DIARIO	6	15
TOTAL	40	100

FUENTE. La misma del cuadro No 1



**ESTA TESIS NO DEBE
CALIR DE LA BIBLIOTECA**

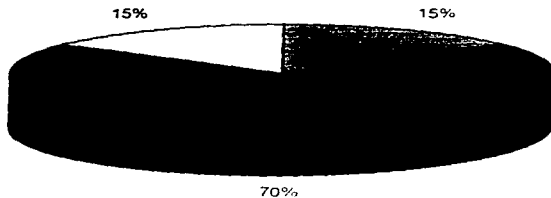
CUADRO Y GRÁFICA No 6

TIPO DE BAÑO QUE REALIZAN DURANTE EL PUERPERIO LAS MUJERES PERTENECIENTES A LOS MÓDULOS DE MORELIA II Y III, DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA No 1.

MORELIA, MICH., ENERO MARZO 1997

TIPO DE BAÑO	Fo	%
TINA	6	15
JICARA	28	70
REGADERA	6	15
TOTAL	40	100

FUENTE: La misma del cuadro No 1



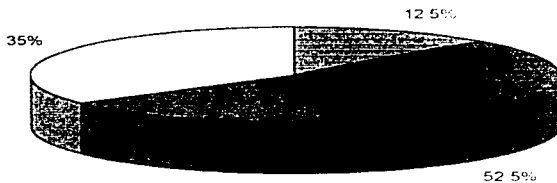
CUADRO Y GRÁFICA No. 7

FRECUENCIA CON QUE LLEVAN EL CAMBIO DE ROPA LAS
PUÉRPERAS DE LOS MÓDULOS DE MORELIA II Y III, DE LA
JURISDICCIÓN SANITARIA No 1

MORELIA, MICH., ENERO-MARZO 1997.

CAMBIO DE ROPA	Fo	%
1 VEZ/SEMANA	5	12.5
C/TERCER DIA	21	52.5
DIARIO	14	35
TOTAL	40	100

FUENTE La misma del cuadro No. 1



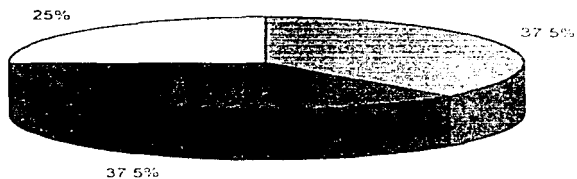
CUADRO Y GRÁFICA No. 8

NÚMERO DE VECES AL DÍA QUE REALIZAN EL LAVADO DE MANOS,
LAS PUÉRPERAS PERTENECIENTES A LOS MÓDULOS DE MORELIA
II Y III, DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA No 1

MORELIA, MICH., ENERO-MARZO 1997

LAVADO DE MANOS	No	%
DE 1-4 VECES	15	37.5
DE 5-8 VECES	15	37.5
MÁS DE 8 VECES	10	25
TOTAL	40	100

FUENTE: La misma del cuadro No. 1



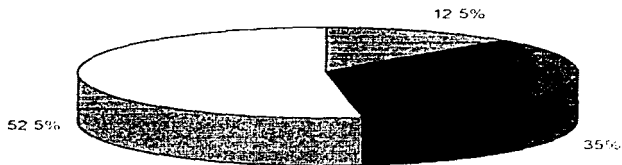
CUADRO Y GRÁFICA No 9

TIEMPO EN QUE REINICIO LA ACTIVIDAD SEXUAL POSTERIOR AL PARTO, EN LAS MUJERES PERTENECIENTES A LOS MÓDULOS DE MORELIA II Y III DE LA JURISDCCIÓN SANITARIA No 1

MORELIA, MICH., ENERO-MARZO 1997

ACTIVIDAD SEXUAL	Fo	%
ANTES DE 30 DÍAS	5	12.5
ANTES DE 40 DÍAS	14	35
DESPUÉS DE 40 DÍAS	21	52.5
TOTAL	40	100

FUENTE: La misma del cuadro No 1



CUADRO Y GRÁFICA No 10

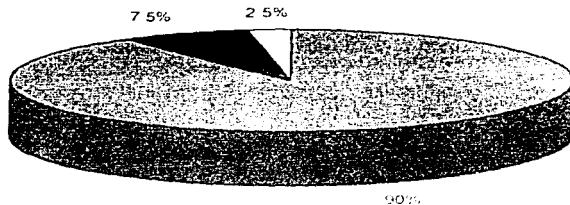
ALIMENTOS QUE INGIEREN PARA FAVORECER LA PRODUCCIÓN DE LECHE DURANTE EL PUERPERIO, LAS MUJERES PERTENECIENTES A LOS MÓDULOS DE MORELIA II Y III DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA No.

1

MORELIA, MICH., ENERO-MARZO 1997

ALIMENTOS	Fo	%
ATOLE,CALDOS	36	90
PAPAYA,NARANJA	3	7.5
COME DE TODO	1	2.5
TOTAL	40	100

FUENTE: La misma del cuadro No. 1



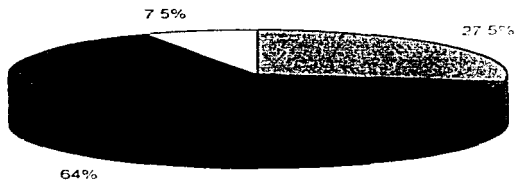
CUADRO Y GRÁFICA No 11

ALIMENTOS QUE NO CONSUMEN DURANTE EL PUERPERIO, LAS MUJERES QUE CORRESPONDEN A LOS MÓDULOS DE MORELIA II Y III, DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1.

MORELIA, MICH., ENERO-MARZO 1997

ALIMENTOS	Fo	%
NARANJA, PLÁTANO	11	27.5
FRIJOL, CHILE, ARROZ	26	65
NINGUNO	3	7.5
TOTAL	40	100

FUENTE: La misma del cuadro No 1



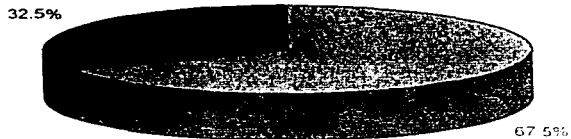
CUADRO Y GRÁFICA No. 12

MANERA EN QUE LAS MUJERES INCIEREN LOS ALIMENTOS
DURANTE EL PUERPERIO, DE LOS MÓDULOS DE MORELIA II Y III,
DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1

MORELIA, MICH., ENERO-MARZO 1997

ALIMENTOS	Fo	%
CALIENTES	27	67.5
TIBIOS	13	32.5
TOTAL	40	100

FUENTE: La misma del cuadro No. 1



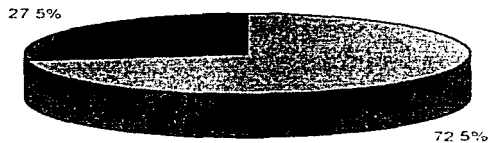
CUADRO Y GRÁFICA No 13

MUJERES QUE PRESENTARON CÓLICO DURANTE EL PUERPERIO,
DE LOS MÓDULOS DE MORELIA II Y III, DE LA JURISDICCIÓN
SANITARIA No. 1

MORELIA, MICH., ENERO-MARZO 1997

CÓLICO	Fo	%
SI	29	72.5
NO	11	27.5
TOTAL	40	100

FUENTE: La misma del cuadro No. 1



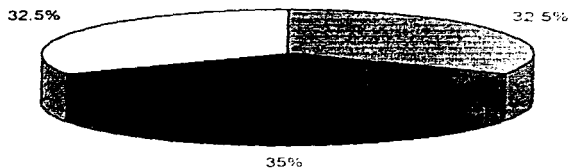
CUADRO Y GRÁFICA No. 14

INICIO DE ACTIVIDADES NORMALES DE LAS PUÉRPERAS DE LOS
MÓDULOS DE MORELIA II Y III, DE LA JURISDICCIÓN
SANITARIA No. 1

MORELIA, MICH., ENERO-MARZO 1997

ACTIV. NORMALES	Fo	%
1 A 15 DÍAS	13	32.5
16 A 30 DÍAS	14	35
MÁS DE 30 DÍAS	13	32.5
TOTAL	40	100

FUENTE: La misma del cuadro No. 1



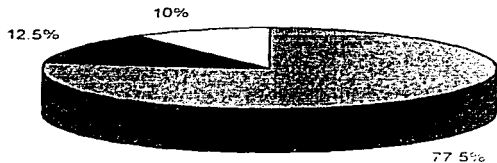
CUADRO Y GRÁFICA No 15

TIPO DE VESTIMENTA QUE UTILIZAN LAS MUJERES DURANTE EL
PUERPERIO, DE LOS MÓDULOS DE MORELIA II Y III, DE LA JURISDICCIÓN
SANITARIA NO 1.

MORELIA, MICH , ENERO-MARZO 1997

VESTIMENTA	Fo	%
ABRIGADA	31	77.5
MUY ABRIGADA	5	12.5
SEMIABRIGADA	4	10
TOTAL	40	100

FUENTE: La misma del cuadro No 1



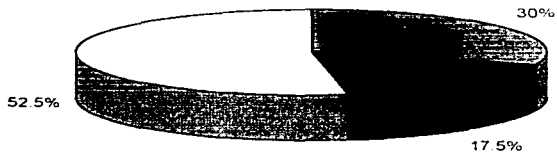
CUADRO Y GRÁFICA No. 16

PERSONA QUE CUIDA A LA MUJER DURANTE EL PUERPERIO, DE LOS MÓDULOS DE MORELIA II Y III DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1.

MORELIA, MICH. ENERO-MARZO 1997.

CUIDA	Fo	%
SUEGRA	12	30
MAMA	7	17.5
OTROS	21	52.5
TOTAL	40	100

FUENTE: La misma del cuadro No. 1



CUADRO Y GRÁFICA No. 17

MOLESTIAS QUE PRESENTARON LAS PUÉRPERAS
CORRESPONDIENTES A LOS MÓDULOS DE MORELIA II Y III DE LA
JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1

MORELIA, MICH., ENERO-MARZO 1997

MOLESTIAS	Fo	%
SI	5	12.5
NO	35	87.5
TOTAL	40	100

FUENTE: La misma del cuadro No 1



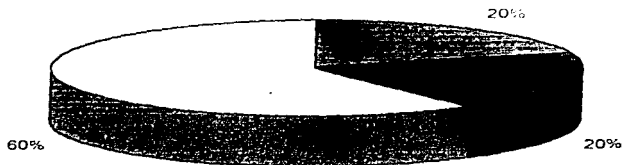
CUADRO Y GRÁFICA No. 18

TRATAMIENTO QUE SIGUIERON PARA LAS MOLESTIAS DEL ORGANISMO, DURANTE O POSTERIOR AL PUERPERIO, LAS MUJERES PERTENECIENTES A LOS MÓDULOS DE MORELIA II Y III DE LA JURISDICCION SANITARIA No 1

MORELIA, MICH. , ENERO-MARZO 1997

TRATAMIENTO	Fo	%
MÉDICO	1	20
HIERBAS	1	20
NINGUNO	3	60
TOTAL	5	100

FUENTE: La misma del cuadro No 1



CUADRO Y GRÁFICA No. 19

MUJERES QUE SE LES REALIZÓ EPISIORRAFIA EN EL PARTO, DE
LOS MÓDULOS DE MORELIA II Y III PERTENECIENTES A LA
JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1

MORELIA, MICH., ENERO-MARZO 1997

EPISIORRAFIA	Fo	%
SI	18	45
NO	22	55
TOTAL	40	100

FUENTE: La misma del cuadro No. 1



CUADRO Y GRÁFICA No. 20

MUJERES QUE PRESENTARON INFECCIÓN EN GENITALES DURANTE
O POSTERIOR AL PUERPERIO, EN LOS MÓDULOS DE MORELIA II Y
III DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1

MORELIA, MICH., ENERO-MARZO 1997

MOLESTIAS	Fo	%
SI	9	22.5
NO	31	77.5
TOTAL	40	100

FUENTE: La misma del cuadro No. 1



CUADRO Y GRÁFICA No. 21

TRATAMIENTO QUE REALIZARON LAS MUJERES PARA LA
INFECCIÓN EN GENITALES, DE LOS MODULOS DE MORELIA II Y III
PERTENECIENTES A LA JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1

MORELIA, MICH., ENERO-MARZO 1997.

TRATAMIENTO	Fo	%
MÉDICO	5	55.6
HIERBAS	2	22.2
NINGUNO	2	22.2
TOTAL	9	100

FUENTE: La misma del cuadro No. 1



CUADRO Y GRÁFICA No 22

MUJERES QUE PRESENTARON PROBLEMAS DE ESTREÑIMIENTO,
DE LOS MÓDULOS DE MORELIA II Y III CORRESPONDIENTES A LA
JURISDICCIÓN SANITARIA No 1.

MORELIA, MICH. ENERO-MARZO 1997

ESTREÑIMIENTO	Fo	%
SI	16	40
NO	24	60
TOTAL	40	100

FUENTE: La misma del cuadro No 1



CUADRO No. 23

RELACIÓN ENTRE LA PERSONA QUE CUIDÓ A LA MUJER DURANTE EL PUERPERIO Y EL BIENESTAR QUE SENTIÓ, EN LOS MÓDULOS DE MORELIA II Y III, PERTENECIENTES A LA JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1.

MORELIA, MICH., ENERO-MARZO 1997

CUIDÓ	BIENESTAR			
	SI	PROPORCIÓN	NO	PROPORCIÓN
SUEGRA	5	0.42	7	0.58
MADRE	3	0.43	4	0.57
OTROS	9	0.43	12	0.57
TOTAL	17		23	

FUENTE. Cuestionarios aplicados en 1ra y 2da. fase de la investigación

CUADRO No 24

ASOCIACIÓN ENTRE LA FRECUENCIA DE BAÑO Y EL TIPO DE INFECCIÓN PRESENTADA, EN LAS MUJERES PERTENECIENTES A LOS MÓDULOS DE MORELIA II Y III DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA No 1

MORELIA, MICH., ENERO-MARZO 1997.

BAÑO	INFECCIÓN					
	VAGINAL	PROP	EPISIORRRAFIA	PROP	NINGUNA	PROP
1 VEZ/SEMANA	3	0.21	1	0.07	10	0.72
C/TERCER DÍA	4	0.2	0	0	16	0.8
DIARIO	1	0.17	0	0	5	0.83
TOTAL	8		1		31	

FUENTE: La misma del cuadro No 23

CUADRO No. 25

ASOCIACIÓN ENTRE EL TIPO DE VESTIMENTA QUE UTILIZA LA PUÉRPERA Y LA PRODUCCIÓN DE LECHE QUE ELLAS TIENEN, DE LOS MÓDULOS DE MORELIA II Y III CORRESPONDIENTES A LA JURISDICCIÓN SANITARIA No 1

MORELIA, MICH ENERO-MARZO 1997

PRODUCCIÓN DE LECHE						
VESTIMENTA	IGUAL/AUMEN	PROP	DISMINUYO	PROP	NO SABE	PROP
ABRIGADA	21	0 68	8	0 25	2	0 06
MUY ABRIGADA	4	0 8	1	0 2	0	
SEMIABRIGADA	4	1	0	0	0	
TOTAL	29		9		2	

FUENTE: La misma del cuadro No 23

CUADRO No. 26

RELACIÓN ENTRE EL REINICIO DE LA ACTIVIDAD SEXUAL Y LAS
INFECCIONES PRESENTADAS EN LAS MUJERES, DE LOS MÓDULOS DE
MORELIA II Y III DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA No 1

MORELIA, MICH., ENERO-MARZO 1997

INFECCIÓN						
ACT. SEXUAL	VAGINAL	PROP	EPISIORRAFIA	PROP	NINGUNA	PROP
ANTES 30 DÍAS	3	0.6	0	0	2	0.4
ANTES 40 DÍAS	2	0.14	1	0.07	11	0.79
DESPUÉS 40 DÍAS	3	0.14	0	0	18	0.86
TOTAL	8		1		31	

FUENTE: La misma del cuadro No. 23

*La felicidad no depende de lo que
pasa a nuestro alrededor, sino de lo
de lo que pasa dentro de nosotros. la
felicidad se mide por el espíritu con
el cual nos enfrentamos a los
problemas de la vida*

*La felicidad es un asunto de valentía,
es tan fácil sentirse deprimido y
desesperado*

*La felicidad es un estado de la
mente. No somos felices en tanto no
decidamos serlo*

*La felicidad no consiste en hacer
siempre lo que queremos, pero sí en
querer todo lo que hagamos*

*La felicidad nace de poner nuestros
corazones en nuestro trabajo y de
hacerlo con alegría y entusiasmo*

*La felicidad no tiene recetas: cada
quien la cocina con el sazón de su
propia meditación*

*La felicidad no es una posada en el
camino, sino una forma de caminar
por la vida*

Roger Patrón Luján