



ESCUELA DE ENFERMERÍA
CICLO DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
SEDE: FCM



UNCUYO
UNIVERSIDAD
NACIONAL DE CUYO

TESINA

Tema: “PRIMERA MOVILIZACIÓN DE LAS
PUÉRPERAS: RELACIÓN ENTRE DIFERENTES
CRITERIOS PROFESIONALES”

Autores:

Abarca, Silvia Yolanda

González, Sandra Lourdes

Martín Campos, Romina Noel

Mendoza, Diciembre 2016

“El presente estudio de investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, y no puede ser publicado, copiado ni citado, en todo o en parte, sin el previo consentimiento de la citada Escuela o del autor o los autores.”

ACTA DE APROBACIÓN

TRIBUNAL EXAMINADOR:

Presidente:

Vocal 1:

Vocal 2:

INTEGRANTES DEL EQUIPO TUTORIAL:

Profesor:

Profesor:

Profesor:

TRABAJO APROBADO EL:/...../.....

AGRADECIMIENTOS

Abarca, Silvia Yolanda.

*A mis hijas, Victoria por el asesoramiento informático, los mates y los retos, a
Camila, Martina y Facundo por su comprensión y apoyo.*

A Víctor por su aliento y apoyo.

A mis padres y hermanos por estar orgullosos de mí y alentarme a seguir.

A mis compañeras de estudio, por haberse cruzado en mi camino.

*A todos los docentes por todo lo enseñado, orientado y asesorado en estos dos
años.*

A mis guías espirituales, por no dejarme perder la confianza y fe en mí.

González, Sandra Lourdes.

A Dios, porque sin El no soy nada.

A mi familia por su apoyo, comprensión y contención en todo momento.

*A mis compañeras de trabajo y de tesina, por su ayuda, tolerancia y
motivación.*

Martín Campos, Romina Noel.

*A Dios y a mis guías, por ser la fuente de perseverancia e inspiración en todo
momento.*

*A mi familia y amigos, por su amor, paciencia, apoyo y ayuda incondicional a lo
largo de mi vida.*

*A mis compañeras de estudio y de camino, por su constante ejemplo de
fortaleza y perseverancia.*

*A la Escuela de Enfermería de la UNCuyo y sus docentes, por guiarnos
brindarnos las herramientas para nuestro crecimiento.*

RESUMEN

Tema: Primera movilización de las puérperas: Relación entre diferentes criterios profesionales.

Autores: Abarca, Silvia Yolanda; González, Sandra Lourdes; Martín Campos, Romina Noel.

Lugar y fecha: Servicio de Maternidad de una Institución Privada, de alta complejidad, de la Ciudad de Mendoza; durante el segundo semestre de 2016.

Introducción: Los cuidados de enfermería se enfocan especialmente en la valoración y modificación de factores que afecten a la recuperación de la madre, durante el periodo del puerperio. Durante este periodo, la enfermera del Servicio de Maternidad, realiza más de una tarea independiente, entre ellas la de acompañar a incorporarse de la cama por primera vez. En la presente investigación, se abordan los diferentes criterios profesionales sobre la primera movilización de las puérperas y se intenta encontrar el fundamento científico del tiempo que se espera para la primera movilización, para luego determinar en qué medida los diferentes criterios profesionales sobre la movilización, dificultan la organización del trabajo de enfermería, en el Servicio de Maternidad de una Institución Privada, de alta complejidad, de la Ciudad de Mendoza, en el segundo semestre de 2016.

Objetivo: Determinar en qué medida los diferentes criterios profesionales, sobre la movilización de las puérperas, dificultan la labor de enfermería.

Método: Es un estudio de tipo descriptivo-exploratorio y correlacional; con método cuantitativo y cualitativo; su diseño es transversal exploratorio, y al mismo tiempo correlacional-causal. El trabajo tiene como universo 185 puérperas, 65 médicos obstetras, 10 médicos anestesistas y 17 enfermeras; tomando como muestras a las pacientes de la segunda quincena del mes de agosto y primera quincena del mes de setiembre.

Resultados: Con toda la información recolectada y analizada, se logra establecer una relación entre las edades de las pacientes y el estado posterior a la primera movilización, ya que dentro del grupo etario de 31 a 35 años es donde más se observan los casos de malestar. De igual manera, se presenta una relación similar entre el número de gestas y número de paridad con el estado posterior a la primera movilización, ya que las pacientes con mayor malestar son las primigestas, secundigestas, nulíparas y primíparas. Otra relación que se puede determinar es la del procedimiento realizado, el efecto de la anestesia sobre las pacientes y el estado posterior a la primera movilización de las puérperas. En ellas se observa que, tanto en las cesáreas como en las pacientes que presentan bloqueo de miembros inferiores, se observa malestar a la hora de la primera movilización.

Conclusiones: Con respecto a los distintos criterios sobre movilización de puérperas, ya sea criterio médico o enfermero, se observa que éstos no influyen en el estado de la paciente posterior a la primera movilización. De todas maneras, se resume que los criterios médicos no deberían influir en la labor de enfermería; ya que, si las enfermeras respetan el horario de movilización propuesto por la bibliografía y este estudio, no deberían surgir complicaciones, a menos que estas surjan por problemas inherentes a la paciente y no al proceso de movilización per sé. El criterio médico sobre la labor de enfermería podría llegar a influir sobre esta, si los médicos determinaran un horario fijo de movilización, ya que esta tarea dejaría de ser independiente de enfermería.

Recomendaciones: La recomendación de las autoras es que se normatice el horario de la primera movilización de las puérperas, ya sean partos o cesáreas, entre 5 a 8 horas, según criterio enfermero. Además, que las enfermeras de la maternidad cuenten con más información sobre la paciente, como hematocrito previo, medicación y soluciones administradas en sala de partos, además de las complicaciones que puedan surgir durante el procedimiento. Para finalizar las autoras remarcan la importancia de los registros de enfermería.

Palabras Claves: Puérperas, Movilización precoz, Criterios profesionales

PRÓLOGO

Lograr el bienestar de la paciente puérpera es una tarea que los profesionales de enfermería llevan a cabo diariamente, y es un objetivo inherente a la labor experta en el cuidado.

Ayudar, cuidar, asistir, contener y educar pasan a ser tareas que llenan de satisfacción personal a la enfermera y, aún más el posterior agradecimiento de las madres y familiares.

Que la paciente se sienta bien, ayudará en su pronta recuperación, en una relación más estrecha y relajada con su hijo recién nacido, y a vivir esa experiencia como inolvidable y gratificante.

Por esta razón, el presente trabajo está orientado a identificar las posibles complicaciones a la hora de movilizarse por primera vez, posterior al parto o cesárea; y la influencia de los distintos criterios profesionales en cuanto a la movilización, sus fundamentos y razones. Para así, en conjunto con las demás disciplinas, lograr unificar los criterios y prestar un servicio eficiente, e independiente, con la libertad y tranquilidad que requiere esta tarea y lo que mejor se adapte al bienestar de las pacientes.

ÍNDICE GENERAL

Advertencia	II
Acta de Aprobación	III
Agradecimientos y/o dedicatoria	IV
Resumen	V
Prólogo	VII
Índice General	VIII
Índice de Tablas y Gráficos	X
Capítulo I	1
Introducción	2
Descripción del problema	4
Formulación del problema	6
Objetivo General	7
Objetivos Específicos	7
Justificación	8
Marco Teórico	9
Apartado I:	9
Apartado II:	11
Apartado III:	27
Apartado IV:	31
Apartado V:	45
Capítulo II	53
Diseño Metodológico	54
Operacionalización de las variables	56
Análisis, procesamiento y presentación de datos	58

Capítulo III.....	92
Resultados	93
Discusión	97
Conclusiones	99
Propuestas	101
Bibliografía	102
Anexos	104
N°1: Grilla de recolección de datos	105
N° 2: Referencia de las variables	106
N° 3: Matriz de datos.....	110

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tablas y gráficos simples	58
Tabla y gráfico N° 1	58
Tabla y gráfico N° 2.....	59
Tabla y gráfico N° 3.....	60
Tabla y gráfico N° 4.....	61
Tabla y gráfico N° 5.....	62
Tabla y gráfico N° 6.....	64
Tabla y gráfico N° 7.....	64
Tabla y gráfico N° 8.....	65
Tabla y gráfico N° 9.....	67
Tabla y gráfico N° 10.....	68
Tabla y gráfico N° 11.....	68
Tabla y gráfico N° 12.....	69
Tabla y gráfico N° 13.....	70
Tabla y gráfico N° 14.....	71
Tabla y gráfico N° 15.....	72
Tabla y gráfico N° 16.....	73
Tabla y gráfico N° 17.....	74
Tabla y gráfico N° 18.....	75
Tabla y gráfico N° 19.....	76
Tabla y gráfico N° 20.....	77
Tabla y gráfico N° 21.....	78
Tabla y gráfico N° 22.....	79

Tabla y gráfico N° 23.....	80
Tablas y gráficos bivariados	81
Tabla y gráfico N° 24.....	81
Tabla y gráfico N° 25.....	82
Tabla y gráfico N° 26.....	83
Tabla y gráfico N° 27.....	84
Tabla y gráfico N° 28.....	85
Tabla y gráfico N° 29.....	86
Tabla y gráfico N° 30.....	87
Tabla y gráfico N° 31.....	88
Tabla y gráfico N° 32.....	89
Tabla y gráfico N° 33.....	90
Tabla y gráfico N° 34.....	91

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

“El término puerperio (*puer*, niño y *parere*, producir) se refiere al periodo de 6 semanas que transcurre desde que termina el trabajo de parto, mientras los órganos de la reproducción regresan a su estado normal.”¹

El objetivo de los cuidados de enfermería en periodo posparto o post-cesárea, es ayudar a la nueva madre y su familia a adaptarse con éxito a los cambios sufridos físicos, psíquicos y familiares.

Los cuidados de enfermería se enfocan especialmente en la valoración y modificación de factores que afecten a la recuperación de la madre. Se debe conseguir que la paciente adquiera conocimientos para su autocuidado y atención del recién nacido. Además de unificar criterios de actuación de todo el personal del servicio de maternidad y principalmente prevenir o detectar precozmente las complicaciones.

Durante este periodo, la enfermera del Servicio de Maternidad, realiza más de una tarea independiente, entre ellas la de acompañar a incorporarse de la cama por primera vez. Esta tarea requiere de la destreza de enfermería para evaluar de forma rápida a pacientes con diversas patologías, intervenciones, percepciones y estados de dolor, miedo o ansiedad ante la inminente situación de levantarse.

La movilización precoz aporta beneficios, que serán investigados y evaluados en este estudio, como la prevención de complicaciones y la mejoría necesaria para un alta oportuna.

En la presente investigación, se abordan los diferentes criterios profesionales sobre la primera movilización de las puérperas y se intenta encontrar el fundamento científico del tiempo que se espera para la primera movilización, para luego determinar en qué medida los diferentes criterios profesionales sobre la movilización de puérperas, dificultan la organización del trabajo de

¹ Reeder S., Martin L., Koniak D. “Enfermería Maternoinfantil”. 17ª Edición. McGraw-Hill. Interamericana. México DF. 1995.

enfermería, en el Servicio de Maternidad de una Institución Privada, de alta complejidad, de la Ciudad de Mendoza, en el segundo semestre de 2016.

Para ello se realiza un estudio descriptivo en el que se toma una muestra de 50 pacientes; se recolecta información de las historias clínicas y se analizan los resultados desde el punto de vista estadístico.

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El Servicio de Maternidad de una Institución Privada, de alta complejidad, de la Ciudad de Mendoza, es el segundo efector más extenso que posee la ciudad y brinda atención especializada materno-neonatal; siguiendo al Hospital Lagomaggiore, el referente en la región. Por esta maternidad anualmente circulan alrededor de 2.300 mujeres prontas a dar a luz junto a sus familiares.

Para la atención de esas familias, el hospital cuenta con un variado grupo de profesionales, conformado por médicos, licenciados en obstetricia y enfermeros, todos con criterios profesionales diferentes, pero con una meta en común: la mejor atención hacia la mamá, el bebé y su familia.

Ante esta compleja realidad de diversidad de criterios profesionales, se observan diferentes posturas a la hora de atender a las pacientes, lo que deriva en situaciones problema. Uno de ellos se presenta al momento de la primera movilización de la paciente puérpera de parto o cesárea: algunos profesionales médicos recomiendan la movilización temprana, otros el reposo prolongado, sobre todo posterior a la cesárea; algunas pacientes reciben escasa medicación analgésica, otras permanecen con analgesia vía intratecal durante las primeras 24 horas; por mencionar algunas diferencias.

Esta situación obliga al equipo de enfermería a estar dependiendo de forma permanente de las indicaciones médicas, durante el proceso de movilización, y/o a tener que justificar su actuar en el caso que no se concuerde con las mismas. Estos inconvenientes recaen fundamentalmente sobre las pacientes, en las cuales se observan algunas dificultades al momento de movilizarlas como, por ejemplo: ansiedad, miedo, desconfianza, dolor e hipotensión.

Las profesionales de Enfermería, con conocimientos adquiridos durante la carrera y la experiencia práctica diaria, sobre el proceso de parto, cesárea y puerperio, saben que el proceso de movilización es una tarea inherente a la profesión. Es por ello, que se considera necesario determinar las características, beneficios y dificultades de la primera movilización de la paciente, ya sea temprana o tardía; basándose en los distintos criterios

profesionales de los que participan en este proceso, como los médicos obstetras, anestesistas y equipo de enfermería, en las condiciones físicas y psicológicas de las pacientes previas al proceso de dar a luz, durante el mismo y posterior a él, en las circunstancias del parto o cesárea de dichas pacientes, y en los protocolos del Servicio de Maternidad de dicha Institución Privada; para poder “hablar todos un mismo idioma” y así, disminuir las complicaciones que puedan surgir durante la primera movilización.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿En qué medida los diferentes criterios profesionales sobre la movilización de puérperas, dificultan la organización del trabajo de Enfermería, en el Servicio de Maternidad de una Institución Privada, de alta complejidad, de la Ciudad de Mendoza, en el segundo semestre de 2016?

OBJETIVO GENERAL

Determinar en qué medida los diferentes criterios profesionales, sobre la movilización de las puérperas, dificultan la labor de enfermería.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer los criterios de los profesionales de la salud sobre la movilización de puérperas.
- Conocer los criterios de las enfermeras sobre la movilización de las puérperas.
- Establecer las ventajas y desventajas de la movilización temprana o tardía en las puérperas.
- Enunciar la opinión de las puérperas acerca de la primera movilización posterior al alumbramiento.
- Establecer si la diferencia de criterios en la movilización precoz de las puérperas, influye en la organización del trabajo de enfermería.

JUSTIFICACIÓN

La movilización de las puérperas es una intervención independiente de enfermería, que se realiza de manera diaria. En esta práctica, las enfermeras se encuentran frente a una diversidad de pacientes, de las cuales se debe saber su estado físico, su historia clínica, la epicrisis de Sala de Partos, si tuvo complicaciones intraparto, y el criterio del médico de cabecera, de éste depende si se moviliza precozmente a la paciente o no. Además, cada enfermera tiene su propio criterio de movilización, independientemente de que el servicio cuenta con una norma establecida pero transmitida verbalmente, por ejemplo: una paciente puérpera de parto puede incorporarse a las cuatro horas y una paciente puérpera de cesárea a las seis u ocho horas.

Dentro de este contexto, sería relevante unificar criterios con fundamentos científicos sobre los tiempos adecuados de deambulación durante el puerperio.

Con este trabajo se cree que se beneficiarían principalmente las pacientes, ya que disminuirían las complicaciones relacionadas a la movilización temprana y tardía de ellas mismas. Y además se beneficiaría el Servicio de Maternidad porque se trabajaría con criterios unificados y con protocolos propios de enfermería.

Además, la imagen de la enfermera impartiría más confianza y respeto, ya que su actuar estaría basado en fundamentos científicos y la comunicación tanto con los demás profesionales como con las pacientes sería más fluida, clara y sólida.

Por último, se considera que esta forma de adquirir más conocimientos sobre este y otros temas relacionados en el actuar diario de enfermería, sería el puntapié inicial para motivar a realizar investigación constante en el servicio, y así avanzar en este mundo de la salud tan cambiante en estos días.

MARCO TEÓRICO

APARTADO I

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO DE MATERNIDAD INCLUIDO EN EL ESTUDIO. CRITERIOS PROFESIONALES

La maternidad de la Institución elegida para el estudio, es el segundo efector con mayor demanda de parturientas de la provincia. Cuenta con 34 camas, un número aproximado de 70 profesionales médicos, entre obstetras y anestesistas, un plantel de 16 enfermeras, y se realiza un promedio de 7 partos y/o cesáreas por día, cuya relación es de un 30% de partos y 70% de cesáreas, aproximadamente, según las estadísticas de la maternidad. El servicio está distribuido en dos plantas, en la planta baja se encuentran un sector vip y en la planta alta otro sector vip y uno de habitaciones compartidas. A su vez, la clase social predominante de las pacientes es media-alta y la gran mayoría de ellas se encuentran dentro los 30 y 40 años, en el rango de edad.

En el planteo del problema se señaló que cada profesional tiene su propio criterio con respecto a la movilización posterior al parto y/o cesárea de las pacientes, tanto entre los profesionales médicos como enfermeras.

En las prescripciones médicas algunos profesionales indican la “movilización precoz” y el resto, solo medicación analgésica, control de signos vitales y de apósitos. Atentas a esta situación, las enfermeras del servicio deben estar al corriente del criterio de cada profesional y asistir a la paciente de acuerdo a los detalles otorgados por los médicos en forma verbal o simplemente por suposición, después de años de trabajar en conjunto.

Consultados los obstetras sobre el tema en particular, ellos refieren horarios diversos, que van desde las 4 hs a las 24 hs de espera antes de movilizar a la paciente, dependiendo si la misma tuvo parto o cesárea, pero no aportan fundamentos científicos sobre un horario específico. Ellos mencionan la necesidad de prevención de trombosis venosas, embolia pulmonar, y otros beneficios como aumento de la micción y el movimiento intestinal, además, de

una mejor recuperación. A sí mismo, es importante considerar la medicación analgésica que indican los obstetras posparto, ya que las pacientes no deberían sentir dolor agudo previo a la movilización, pero a su vez, se debe tener en cuenta que la analgesia puede producir, en algunos casos, somnolencia e hipotensión.

Según los anestesiistas, es conveniente esperar un tiempo prudencial (no específico) a que la paciente movilice los miembros inferiores, habiendo pasado el efecto de los anestésicos usados. Ellos también mencionan que cada uno utiliza su propio criterio con respecto a la medicación anestésica y dosis administrada, y que también depende de la situación de cada paciente y del tipo de intervención realizada. Cabe aclarar que, en este servicio, aproximadamente el 98% de los partos reciben también medicación anestésica epidural, a diferencia de otros nosocomios, por la cobertura de las empresas de medicina prepaga. Además de la anestesia y analgesia habitualmente utilizadas, se ha incrementado el uso de la “bomba del dolor”, que consiste en medicación instilada a través de un catéter epidural durante un lapso de 20 hs, que es también un impedimento para que la paciente se movilice en forma precoz, ya que las drogas usadas pueden producir hipotensión.

Igualmente, a las diferencias de criterios existentes entre los profesionales médicos, los de las enfermeras del servicio también difieren, pero en menor medida, ya que dependen de las indicaciones médicas recibidas, por más que la movilización de las puérperas sea una tarea independiente. Se observan las diferencias en cuanto a la formación, ya sea profesional o universitaria, y la capacitación recibida al momento de ingresar al servicio.

Más allá de las discrepancias sobre este tema en particular, el servicio de maternidad cuenta con un manual de normas y procedimientos, elaborado por una ex jefa del servicio, que hace referencia a un horario aproximado de movilización de puérperas, pero sujeto a las indicaciones médicas. El manual se basa en investigaciones propias de la licenciada. De todas formas, el equipo de enfermeras realiza su labor dependiendo de las indicaciones médicas, más allá de lo estipulado en dicho manual.

APARTADO II

PUERPERIO NORMAL Y PATOLÓGICO

1. Puerperio normal

“El período del posparto o puerperio comienza después de la salida de la placenta e incluye clásicamente las siguientes seis semanas. Durante esa fase se producen transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional. Regresan paulatinamente todas las modificaciones gravídicas por un proceso de involución hasta casi restituir las a su estado previo al embarazo transcurrido. Solo la glándula mamaria hace excepción a lo expresado, puesto que alcanza gran desarrollo para responder a la lactancia.”²

El período de puerperio se divide en:

- Puerperio inmediato: las primeras 24 horas.
- Puerperio mediato: desde las 24 horas a los primeros 10 días.
- Puerperio alejado: desde el día 11 hasta el día 42.
- Puerperio tardío: desde los 42 días del parto y hasta los 364 días cumplidos.

1.1 Cambios anatomofisiológicos en órganos y estructuras de reproducción

1.1.1 Involución Uterina

Inmediatamente después del parto, el útero se palpa como una estructura dura a nivel del ombligo. La dureza del útero se debe a la contracción del miometrio, como principal mecanismo de coagulación y cicatrización del mismo.

El fondo del útero se localiza cerca del ombligo las primeras 24 horas. En la primera semana del posparto, el útero está entre la sínfisis del pubis y el ombligo. Éste no es palpable dos semanas después del parto, y vuelve a su tamaño normal 6-8 semanas después del parto.

² Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. “Obstetricia”. 6ta edición. Editorial El Ateneo. Buenos Aires. 2005

El peso del útero pasa de 1000 g, inmediatamente después del parto, a 60 g de 6 a 8 semanas después. Este fenómeno está afectado por la paridad y el tipo de parto (el útero es más grande en multíparas y en las cesáreas y es más pequeño en mujeres que dan el pecho).

Las contracciones uterinas que dan lugar a la involución del útero se perciben a veces como dolorosas, sobre todo en las multíparas, y se denominan “entuetos”. A su vez, con la lactancia se produce una liberación de oxitocina por la neurohipófisis, que produce una contracción uterina y la eyección de leche.

La separación de la placenta y las membranas de la pared uterina se produce en la porción externa de la capa esponjosa de la decidua. Los restos de esta capa permanecen en el útero y se expulsan como una secreción sanguinolenta vaginal. A estos restos se los denomina “loquios” y se clasifican en loquios rubros, serosos y albos.

- Loquios rubros: son de color rojo oscuro (similar a la menstruación) y se segregan durante los 2-3 primeros días. La cantidad varía de abundante a moderada.
- Loquios serosos: son de color rosado y aspecto serosanguinolento y aparecen entre los 3-10 días. La cantidad varía de moderada a escasa.
- Loquios albos: son de color blanco amarillento y su aparición es a partir de los diez días. La cantidad es escasa.

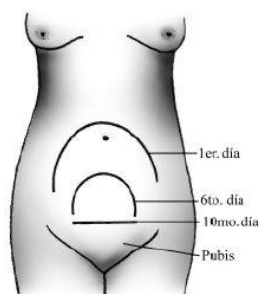


Gráfico N° 1: Altura del útero en los primeros 10 días del puerperio.³

³ O. Rigol, Ginecología y obstetricia, Tomo I, 1ra. ed., 1984.

1.1.2 Cuello

Después de la expulsión del feto y la placenta, el cuello se observa edematoso, casi sin tono y presenta laceraciones pequeñas y múltiples. En ocasiones puede quedar desgarrado y en casos extremos puede llegar a requerir sutura. No regresa a su estado previo al embarazo hasta los 4 meses después del parto.

1.1.3 Vagina, vulva y periné

Por encontrarse edematosos pierden rugosidad, el tono y la elasticidad habitual, fácilmente se traumatizan y sangran. Su restitución demora aproximadamente seis semanas y no se obtiene una total recuperación, especialmente si hay laceraciones o si se efectuó episiotomía.

1.1.4 Pared abdominal

Después del parto, el proceso de involución de las estructuras abdominales requiere por lo menos 6 semanas. La piel queda laxa, pero de a poco recupera su elasticidad; sin embargo, las estrías persisten debido a la rotura de la fibra colágena, no se recuperan, pero se atenúan.

Las paredes abdominales también recuperan de a poco su tono muscular y regresan a su estado original, dependiendo del ejercicio y tejido adiposo. Cuando estos músculos se distienden demasiado y pierden el tono, se produce la separación de los músculos rectos y éstos no dan apoyo necesario a los órganos del abdomen.

En el caso de la cesárea, el cierre de la incisión tarda en recuperarse lo mismo que cualquier otra cicatriz de localización abdominal.

1.1.5 Mamas

Durante el embarazo, los alvéolos mamarios proliferan y se dilatan bajo la influencia de elevados niveles de hormonas femeninas (estrógeno, progesterona, lactógeno placentario, gonadotropinas coriónicas), provocando

un aumento de volumen y peso de las mamas que comienzan a prepararse para la producción de leche.

Con la expulsión de la placenta, se pierde la fuente más importante de estrógenos y al no actuar el factor inhibidor de la prolactina, esta se vierte a la circulación para comenzar la lactancia.

La producción de leche se inicia con la aparición del calostro, proporcionando al recién nacido todos los nutrientes necesarios y la inmunoglobulina, la que actúa como laxante natural, ya que favorece la excreta del meconio.

1.1.6 Cambios hormonales

“Durante la lactancia se produce amenorrea secundaria a la inhibición de la hormona folículo estimulante (FSH) y la hormona luteinizante (LH) por la prolactina, seguida del estímulo de la succión del pezón con la ayuda de la hormona pituitaria adrenocorticotrópica (ACTH) y la tiroestimulante (TSH).”⁴

Los índices de estrógeno y progesterona en circulación se reducen con rapidez después del parto, ya que la placenta deja de estar presente para producir estas hormonas. Se reactiva el ciclo normal hipotálamo-pituitario-ovárico de la mujer. Los promedios de hormona folículoestimulante (FSH) son bajos de 10 a 12 días después del parto y después aumentan hasta alcanzar las concentraciones de la fase folicular en la tercera semana. El estrógeno alcanza los índices de la fase folicular en unas tres semanas en mujeres que no alimentan al seno, pero toma más tiempo en las que sí lo hacen.

1.2 Cambios generales

1.2.1 Temperatura

Después del parto la temperatura normal es de 36,5 y 37 °C. Desde el primero hasta el cuarto día puede haber escalofríos y un incremento fisiológico de 1 °C en la temperatura corporal. Durante esta elevación de temperatura, no se modifican el pulso ni el estado general de la puérpera.

⁴ Socarrás Ibáñez N. Enfermería ginecoostétrica. Edición. La Habana: Ecimed; 2009.

Sobrepasando los 38°C se considera estado febril e indicio de un proceso inflamatorio. Este aumento de temperatura se acompaña por el aumento de la frecuencia cardíaca.

1.2.2 Pulso

Con la expulsión del feto, se observa una bradicardia fisiológica (60 a 70 lat./min). Por tanto, ante una taquicardia hay que pensar en anemia, infección o enfermedad cardíaca (con mayor importancia si no hay fiebre).

1.2.3 Peso

Durante el puerperio hay una disminución del peso materno de aproximadamente 8 kg, por la ausencia del feto, placenta, líquido amniótico y membranas ovulares, la reabsorción de líquidos, así como la involución del útero, hígado y corazón.

Todo aumento de peso superior a 9-10 kg durante la gestación se asocia con el aumento de peso en el posparto. Con la evacuación total del útero se pierden 5-6 kg. Con el aumento de la diuresis en el posparto se pierden 2-3 kg. La mayoría de las mujeres recuperan el peso previo al embarazo a los seis meses del parto (si aumentaron hasta un total de 10 kg).

Hay factores que aceleran este proceso: las primíparas, el retorno al tabaco y la vuelta precoz a la actividad laboral.

A su vez, la lactancia en periodo prolongado, estimula la pérdida de peso en la madre con respecto a la lactancia artificial.

1.2.4 Aparato circulatorio

Durante el embarazo, el volumen sanguíneo aumenta un 40%, o sea unos 1000 ml; durante el parto vaginal el promedio de pérdida de sangre es 400 a 500 ml y en el parto por cesárea la pérdida es de aproximadamente 1000 ml. Los cambios fisiológicos del posparto median la respuesta a la pérdida de sangre y ejercen un efecto protector.

En cuanto a los componentes de la sangre, después del parto se produce una leucocitosis que puede llegar hasta 30.000/L. La hemoglobina y el hematocrito fluctúan durante la semana después del parto por la pérdida de sangre (300-500 ml) y el fibrinógeno que aumenta durante el embarazo, disminuye en el puerperio por el consumo de factores de coagulación, lo que aumenta la incidencia del tromboembolismo venenoso en el posparto en cinco veces mayor que en el embarazo.

1.2.5 Aparato respiratorio

El embarazo produce alteraciones fisiológicas y anatómicas que afectan el rendimiento respiratorio. Temprano en el embarazo ocurre un engrosamiento de la mucosa nasal, faríngea, laríngea, tráquea y bronquios. Esto produce una modificación de la voz y a veces produce dificultad para respirar por la nariz. A su vez, el nivel del diafragma se eleva cerca de 4 cm en el embarazo temprano, aún antes de sufrir la presión del útero en crecimiento. Esto podría servir para disminuir el volumen residual ya que los pulmones estarían relativamente comprimidos en la espiración.

Los cambios de la presión abdominal y de capacidad en la caja torácica después del parto producen rápidas alteraciones del funcionamiento pulmonar. Aumenta el volumen residual, la ventilación en reposo y el consumo de oxígeno; y disminuye la capacidad de inspiración, la capacidad vital y la capacidad respiratoria máxima.

La saturación de oxígeno y el PO_2 son más altos en las embarazadas que en las mujeres que no lo están. Durante el trabajo de parto, las mujeres pueden experimentar reducción de la saturación de oxígeno, en especial en posición supina. Sin embargo, la saturación de oxígeno se eleva con rapidez después del parto hasta el 95% durante el primer día de posparto.

1.2.6 Sistema urinario

En el posparto se produce edema de las paredes de la vejiga en mayor o menor grado, dependiendo de factores como la duración del parto y el tamaño

del feto. Este edema puede dar lugar a una retención vesical, que produce dolor, vaciamiento por rebosamiento y el útero no se contrae correctamente, por lo que la causa de algunas hemorragias puerperales, en las primeras 24 horas, es la retención urinaria. Se aconseja la micción espontánea en las primeras horas posparto y, si no es posible, el sondaje vesical. Con un correcto vaciamiento de la vejiga, el tono se recupera en cinco a siete días.

La retención urinaria es más frecuente después de un parto instrumental, cesárea y de anestesia epidural, por lo que la enfermera debe estar atenta al balance hidroelectrolítico, especialmente las primeras 24 horas.

1.2.7 Aparato Gastrointestinal

La motilidad y tono del sistema digestivo regresan a la normalidad dos semanas después del parto. La mayor parte de las mujeres tienen mucha sed los dos o tres primeros días y sienten hambre poco después del parto y disfrutan al ingerir los alimentos ligeros y líquidos. Tras la recuperación por la fatiga del trabajo de parto y los efectos de la analgesia y la anestesia, las madres sienten aumento del apetito y suelen comer raciones grandes.

Defecación: el estreñimiento es común durante el puerperio. Esto se debe a la relajación intestinal en el embarazo y a la distensión de los músculos abdominales. La restricción de alimentos y líquidos durante el trabajo de parto y los medicamentos que se usan durante el trabajo de parto también tienen influencia sobre este proceso.

La evacuación intestinal puede retrasarse de dos a tres días posterior al parto y/o cesárea. El dolor por hemorroides, episiotomía, laceraciones del perineo y la sutura abdominal producto de la cesárea también contribuye a que no se produzca la defecación. Por lo general a las mujeres se les administran laxantes para ayudarles a la eliminación. La madre debe restablecer sus hábitos intestinales normales cuando recupere el tono intestinal.

1.2.8 Metabolismo

Después del parto aumenta el metabolismo y se puede encontrar hiperglucemia. La diuresis aumenta hasta 200 ml en 24 h, a causa de la eliminación de los líquidos intersticiales.

1.2.9 Sistema neuromuscular

Después del parto, la incomodidad resultante de la compresión nerviosa desaparece a medida que se alivia la presión que producía el útero de gran tamaño y la retención de líquidos. También disminuye la sensación de adormecimiento en miembros inferiores por la compresión de los nervios contra la pared pélvica durante el embarazo.

La relajación relativa y el aumento de movilidad de las articulaciones pélvicas desaparece y regresa la estabilidad que existía antes del embarazo unas seis a ocho semanas después del parto. Esto alivia el dolor de espalda característico del embarazo y mejora la lordosis lumbar. Sin embargo, levantar al recién nacido, el aumento de los senos y debilitamiento de los músculos abdominales pueden llevar a una mala postura posparto.

1.3 Aspectos psicológicos del período posparto

“Reva Rubin fue pionera en la descripción del comportamiento materno, se concentró en la madre e identificó diversas fases del comportamiento materno.”⁵

Identificó en primer lugar un “período de conducta dependiente”, en el que la mujer, aliviada por el proceso de dar a luz, se centra en sí misma y en su necesidad de comer y dormir. En segundo lugar, una “transición de dependencia a independencia”, en la que se observa el autocuidado y el cuidado al recién nacido, recibiendo las instrucciones sobre el cuidado de sí misma y del bebé, lo que puede llevar algunas veces a que la madre se desanime fácilmente ante la necesidad de hacerse cargo de la asistencia

⁵ Reeder S., Martin L., Koniak D. “Enfermería Materno-infantil”. 17ª Edición. McGraw-Hill. Interamericana. México DF. 1995.

sumada a su falta de confianza. Y en tercer y último lugar, la “adopción de nuevas responsabilidades”, en la que se incrementa la independencia y ocurren cambios en la integración del nuevo miembro, muchas veces acompañada de la aflicción de la madre por las nuevas responsabilidades y las expectativas que se tienen de ella.

2. Puerperio Patológico

El puerperio patológico está dado por complicaciones que se pueden presentar en este período, las cuales consisten en: hemorragias, infección puerperal, complicaciones tromboembólicas, mastitis, infecciones del tracto urinario, depresión puerperal y complicaciones psiquiátricas, además de las propias de la cesárea como, por ejemplo, complicaciones anestésicas y quirúrgicas.

2.1 Hemorragia del puerperio inmediato

“La hemorragia durante este período de posparto es la causa más frecuente de pérdida de sangre relacionada con el embarazo y ocasiona una cuarta parte de todas las muertes maternas resultantes de complicaciones hemorrágicas. Se define como una pérdida sanguínea superior a 500 mL, y que se puede presentar dentro de las 24 h después del parto, considerándose como una hemorragia del puerperio inmediato.”⁶

Los factores predisponentes pueden ser: paridad múltiple, trastorno de la coagulación, fibroma uterino, anemia durante el embarazo, hidramnios (exceso de líquido amniótico), embarazo múltiple, macrofeto, disfunción uterina con administración de oxitocina, trabajo de parto prolongado o precipitado, utilización de anestésicos con relajación muscular, y mayor pérdida hemática por parto por cesárea.

Las principales causas son: atonía uterina, laceraciones del canal del parto, retención de restos placentarios y hematomas.

⁶ Dra. Manrique M., Dra. Pérez Herrezuelo. Complicaciones de la cesárea. Granada: Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves;2009.

2.1.1 Atonía uterina

La atonía uterina se produce cuando no se experimenta una correcta contracción del útero y, por ende, no se pueden cerrar los vasos sanguíneos del endometrio.

En la clínica, se observa el útero distendido y aumentado de tamaño, abundante pérdida hemática, taquicardia y agitación, hipotensión, y en casos extremos signos de shock hipovolémico.

2.1.2 Laceraciones del canal del parto

Las laceraciones del perineo, vagina, y cuello uterino son más frecuentes después de un parto con maniobras o la utilización de fórceps y pueden dar lugar a una pérdida de sangre abundante en el período de posparto inmediato. Los desgarros del cuello uterino tienen mayor posibilidad de ocasionar hemorragia grave. Los del perineo y de la vagina también contribuyen a la pérdida de sangre. Los desgarros del perineo pueden causar daños importantes al destruir la integridad del mismo y debilitar los soportes del útero, la vejiga y el recto.

Si no se reparan estas laceraciones en forma adecuada, la debilidad resultante puede ocasionar prolapso del útero, cistocele o rectocele con el transcurso del tiempo. Estos trastornos pueden ocasionar muchas molestias y, a menudo, requieren tratamiento quirúrgico.

2.1.3 Retención de restos placentarios

Los pequeños fragmentos parcialmente separados de la placenta pueden ocasionar hemorragia posparto al interferir con las contracciones uterinas adecuadas. Los restos de placenta o membranas quedan adheridos al útero e impiden que este se contraiga pudiendo desencadenar una hemorragia precoz o tardía.

Durante el parto se debe llevar a cabo una exploración de la placenta para verificar si falta una parte de esta. De ser así, se recomienda examinar el útero para eliminar el resto placentario.

La retención placentaria requiere de un tratamiento con oxitocina y, si no son expulsados los restos, es necesaria una extracción manual bajo anestesia.

2.1.4 Hematomas

Los hematomas también pueden dar lugar a una pérdida de sangre sin que la hemorragia sea visible. Estos pueden ser localizados en el periné, en la zona de la episiotomía o en los desgarros, en la vagina o cualquier zona del canal blando, además de la zona de incisión de la cesárea.

Las causas pueden ser los traumatismos de un parto espontáneo, el uso de fórceps, sutura insuficiente de la episiotomía o incisión de la cesárea y/o masajes uterinos violentos.

La presencia del hematoma se caracteriza por un intenso dolor de la zona donde se encuentra (periné, nalgas o cavidad abdominal) produciéndose, en cualquier caso, un gran malestar.

2.2 Hemorragia del puerperio tardío

La hemorragia del puerperio tardío ocurre cuando la pérdida de sangre supera los 500 ml después de las primeras 24 h posteriores al parto y dentro de los primeros días después del nacimiento. Se puede presentar entre la quinta y la sexta semana tras el parto y por lo general se presentan de manera súbita, pudiendo llegar al shock hipovolémico. Las principales causas de esta hemorragia son: la retención de restos placentarios que no se pueden identificar en el puerperio inmediato y/o la presencia de algún coágulo de gran dimensión.

2.3 Infección puerperal

“Se entiende por infección puerperal la invasión directa de microorganismos patógenos a los órganos genitales, durante o después del parto, favorecida por los cambios locales y generales del organismo en estas etapas.”⁷ Se incluyen las posibles infecciones relacionadas con el parto por cesárea.

Una vez transcurridas las primeras 24 h después del parto, toda puérpera que tenga una temperatura superior a los 38° C, mantenida en 2 determinaciones separadas por un intervalo de 6 h, se considera que padece una infección puerperal.

Los signos y síntomas que se pueden observar son: escalofríos, fiebre, taquicardia, hipotensión arterial, subinvolución uterina, loquios fétidos e infección local del cuello uterino, vagina, vulva, perineo o de la incisión quirúrgica (rubor, calor, secreción y dolor en la zona infectada).

Las infecciones puerperales en formas localizadas más frecuentes son:

- Vulvitis, como consecuencia de los desgarros o la episiotomía. Se presenta dolor local, rubor, tumefacción, malestar general, la puérpera no se puede sentar y se siente incapaz de deambular.
- Vaginitis, como consecuencia de los traumatismos del canal blando del parto y, con frecuencia, por el olvido de una gasa en la vagina. La puérpera refiere un dolor muy intenso, aparece fiebre muy alta con disuria y retención de orina.
- Endometritis, en la que aparece un dolor localizado en el hipogastrio, el útero está blando y la puérpera refiere dolor a la presión y a la movilización, hay fiebre, los loquios tienen un olor fétido y son de color amarronado.
- Infección de la herida quirúrgica de la cesárea, se detecta dolor localizado en la herida, rubor, tumefacción y malestar general.

Infección puerperal en formas propagadas:

⁷ Socarrás Ibáñez N. Enfermería ginecoostétrica. Edición. La Habana: Ecimed; 2009.

- Salpingooforitis: aparece con fiebre muy alta, escalofríos, astenia y postración, dolor hipogástrico, que se puede irradiar hacia la ingle y muslo.
- Metritis y parametritis: asociadas a la endometritis; la infección se propaga por vía linfática. Aparece con la misma clínica que la endometritis, pero con mayor virulencia y gravedad.
- Pelviperitonitis: suele aparecer a las 2 semanas después del parto; presenta fiebre alta, escalofríos y distensión abdominal.
- Septicemia: se propaga por vía hemática y se provoca por cualquiera de las formas de infección ya mencionadas, el cuadro general de la paciente es grave, presenta fiebre alta, escalofríos y signos de shock séptico.

2.4 Tromboembolismos

“Solo alrededor de 1 % de las puérperas desarrollan problemas tromboembólicos.”⁸ La enfermedad tromboembólica venosa (ETE) incluye la trombosis venosa profunda (TVP) y el tromboembolismo pulmonar (TEP).

2.4.1 Trombosis venosa profunda (TVP)

Es la complicación tromboembólica más frecuente. Suele afectar las venas de las piernas, entre estas: las venas femorales, poplíteas y safenas.

En la forma clínica típica las pacientes presentan en la extremidad dolor, sensibilidad, edema, cordón venoso palpable, cambios en la coloración y en el diámetro, signo de Homans (dolor en la pantorrilla con la dorsiflexión plantar pasiva del pie) y febrícula.

Aunque la tromboflebitis femoral se suele manifestar 10 días después del parto, puede ocurrir hasta el vigésimo día.

El factor responsable de esta enfermedad es la estasis venosa, que en el puerperio está determinada por la desaparición de los cambios hemodinámicos desarrollados durante el embarazo, y las modificaciones hematológicas que se producen después del alumbramiento para asegurar una buena hemostasia.

⁸ Socarrás Ibáñez N. Enfermería ginecoostétrica. Edición. La Habana: Ecimed; 2009

2.4.2 Tromboembolismo pulmonar (TEP)

La embolia pulmonar se debe a un fragmento de trombo (émbolo) transportado por la circulación venosa al ventrículo derecho. Este trombo se suele originar en una vena uterina o pélvica. Cuando el émbolo ocluye, la arteria pulmonar obstruye el paso de la sangre hacia los pulmones en forma completa o parcial, y la paciente puede morir de asfixia en pocos minutos. Si el coágulo es pequeño, el episodio inicial tal vez no sea fatal.

Las embolias pueden ser consecuencias de infecciones, tromboflebitis, hemorragia aguda o shock.

El signo más común es la taquicardia y los síntomas son la disnea y la ansiedad. Otra sintomatología incluye: taquipnea, dolor pleurítico, fiebre, roce pleural, sudoración, cianosis, hemoptisis.

2.5 Mastitis

La mastitis durante el puerperio es una infección aguda y purulenta del tejido glandular de la mama que ocurre en las mujeres que amamantan a sus hijos. Se puede presentar en cualquier momento durante la lactancia. La infección suele aparecer por fisuras o erosiones en el pezón o la areola.

Los signos y síntomas que se pueden observar son: dolor y calor de la zona afectada de la mama, malestar general, escalofríos, fiebre, inflamación, induración, sensibilidad, eritema, senos rojizos a lo largo de los conductos linfáticos, se puede desarrollar abscesos, crecimiento de los nódulos axilares.

2.6 Infecciones del tracto urinario

La retención urinaria y el vaciamiento inadecuado de la vejiga son comunes después del parto por aumento en la capacidad de la vejiga, disminución del tono muscular y menor percepción de la necesidad de orinar a causa del traumatismo perineal y/o la anestesia epidural. Cuando la paciente no puede vaciar su vejiga de forma completa, la estasis urinaria y el residuo de orina proporciona un medio de cultivo a las bacterias.

Los factores predisponentes son: cesáreas, empleo de fórceps, anestesia epidural, sondeo durante el trabajo de parto.

En la clínica se puede observar: polaquiuria, hematuria, disuria, nicturia, fiebre, dolor suprapúbico, escalofríos y/o náuseas y vómitos.

2.7 Depresión puerperal y complicaciones psiquiátricas

La transición a la paternidad y a la maternidad puede ser un tiempo difícil para los padres, en especial para la madre, por los cambios y tensiones que acompañan al proceso del nacimiento. La madre no solo afronta el cambio de papel, sino que al regresar su cuerpo al estado que tenía antes del embarazo, presenta cambios fisiológicos y hormonales. Así en el puerperio la madre suele experimentar una sensación de decepción que tal vez no tenga causa aparente y que se acompaña de irritabilidad, llanto y sensación de ser inadecuada. En ocasiones, su apetito y su patrón de sueño se perturban. Estos síntomas constituyen una manifestación de la “depresión del puerperio” y en general son temporales. Se considera que se relacionan en parte con los cambios fisiológicos y hormonales, con el ajuste personal y social que se lleva a cabo en esta transición. La incomodidad, la fatiga y el agotamiento contribuyen en gran parte a esta afección. El llanto, el reposo y el apoyo alivian la tensión.

Sin embargo, en ocasiones la mujer experimenta una depresión más fuerte, que se inicia en las primeras semanas después del parto y persiste varios meses. La madre se siente sumamente fatigada (aunque repose); se percibe a sí misma como inadecuada, incapaz de adaptarse y poco a poco se ensimisma y este estado puede progresar hasta la psicosis. Es importante detectarla y darle tratamiento oportuno.

2.8 Complicaciones anestésicas

En la actualidad, la principal técnica para el alivio del dolor en el trabajo de parto, la más eficaz e inocua, tanto para la mamá como para el feto, es la anestesia epidural.

No obstante, pueden aparecer complicaciones tales como: hipotensión, cefalea postpunción dural, bloqueo incompleto, inyección intravascular, hematoma y absceso epidural, meningitis química, anestesia espinal total, complicaciones neurológicas y pirexia materna; siendo las más frecuentes las dos primeras mencionadas. Por el contrario, las menos frecuentes son cuadros graves como la parada cardiorrespiratoria o el síndrome de aspiración pulmonar del contenido gástrico (Síndrome de Mendelson). Estas complicaciones dependen de los procedimientos anestésicos.

2.9 Complicaciones quirúrgicas

Si bien en la mayoría de las complicaciones quirúrgicas aparecen casos incontrolables como la placenta previa, coagulopatías o desprendimiento prematuro de membrana, algunas complicaciones se pueden ocasionar por el mismo procedimiento quirúrgico, como por ejemplo desgarros de la histerotomía, lesiones vasculares, lesiones del tracto urinario, intestinales o nerviosas. Este tipo de complicaciones se podría evitar en algunos casos con una buena técnica quirúrgica.

APARTADO III

BENEFICIOS Y COMPLICACIONES DE LA MOVILIZACIÓN TEMPRANA Y TARDÍA

Dentro del criterio del personal de enfermería del servicio de maternidad, se entiende por movilización temprana a la primera movilización de la puérpera pasadas 4 hs posterior al parto y 6 hs post cesárea. Y movilización tardía pasadas las 8 hs del momento del parto y 24 hs posterior a la cesárea.

1. Beneficios de la movilización temprana

La deambulación temprana favorece la circulación y reduce el riesgo de tromboflebitis. El funcionamiento de la vejiga y el intestino mejora mediante la deambulación y así se evita el uso de sondas y se reduce la distensión abdominal y la constipación.

Las mujeres sometidas a anestésicos local, epidural o caudal durante el parto pueden deambular tan pronto se sientan capaces.

A su vez, la movilización temprana le brinda a la madre una mayor independencia, favoreciendo el autocuidado y otorgando mayor comodidad a la hora de amamantar.

2. Complicaciones de la movilización temprana

Una de las complicaciones más frecuentes de la movilización es la hipotensión, ya sea por la falta de aportes de líquidos o por los efectos de la anestesia y analgesia. A su vez, si la paciente se levanta antes de que el útero esté totalmente contraído, corre el riesgo de hemorragia, lo que llevaría a complicaciones mayores como anemia y en última instancia shock hipovolémico.

En caso de que la madre haya recibido anestesia raquídea subaracnoidea intratecal debe permanecer en reposo en decúbito dorsal en la cama por lo menos 8 horas antes de comenzar a deambular. Esto evita las fugas de líquido

cefalorraquídeo a través del sitio en que se efectuó la punción en la membrana dural, y reduce la incidencia de cefalea tras el procedimiento.

Otra de las complicaciones es el dolor, por ello es recomendable que la paciente reciba la analgesia prescrita y que logre orinar antes de la deambulaci3n.

Por 3ltimo, se puede llegar a observar en las pacientes un grado de inseguridad, ansiedad y miedo ante la primera movilizaci3n, sobre todo en pacientes que ha tenido ces3rea. El principal temor es la apertura de la herida quir3rgica.

3. Beneficios de la movilizaci3n tardía

Contrario a los beneficios de la movilizaci3n temprana, la movilizaci3n tardía permite una mejor involuci3n uterina, sin la tracci3n que ejerce la fuerza de gravedad cuando la paciente est3 de pie, lo que disminuye el riesgo de hemorragias.

En el caso de la zona de punción de la anestesia, la estadía prolongada permite que el orificio cicatrice correctamente y así se evitan fugas de líquido cefalorraquídeo, previniendo cefaleas.

La paciente, luego del reposo prolongado, siente que el dolor es menor que si se hubiera movilizadot tempranamente, ya que no se realiza esfuerzo alguno. A su vez, la paciente se siente más segura y estable, especialmente si el parto fue por ces3rea.

4. Complicaciones de la movilizaci3n tardías

La movilizaci3n tardía favorece la estasis venosa y aumenta el riesgo de tromboflebitis.

A su vez, se puede producir hipotensi3n por la prolongada estadía en posici3n dorsal.

Otra de las complicaciones es que desfavorece la eliminación de líquidos y la motilidad intestinal, aumentando la distensión abdominal y la constipación, aumentando el dolor abdominal.

La movilización tardía, además, le genera a la madre una mayor dependencia, desfavoreciendo el autocuidado y mayor incomodidad a la hora de amamantar.

A modo de resumen, y para sintetizar, se presentan los datos en la siguiente tabla:

	BENEFICIOS	COMPLICACIONES
MOVILIZACIÓN TEMPRANA	<ul style="list-style-type: none"> • Favorece la circulación y reduce el riesgo de tromboflebitis. • Mejora la eliminación de líquidos y la motilidad intestinal, reduciendo la distensión abdominal y la constipación. • Le otorga a la madre una mayor independencia, favoreciendo el autocuidado. • Mayor comodidad a la hora de amamantar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de hipotensión. • Riesgo de hemorragia. • Fugas de líquido cefalorraquídeo, a través del sitio en que se efectuó la punción, lo que produce dolor de cabeza. • Dolor en zona perineal o en zona de incisión abdominal. • Inseguridad, ansiedad y miedo ante la primera movilización.

Tabla N° 1: Beneficios y complicaciones de la movilización temprana.

	BENEFICIOS	COMPLICACIONES
MOVILIZACIÓN TARDÍA	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución del riesgo de hemorragia. • No se producen fugas de líquido cefalorraquídeo, a través del sitio en que se efectuó la punción, lo que evita dolor de cabeza. • Disminución de dolor en zona perineal o en zona de incisión abdominal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Favorece la estasis venosa y aumenta el riesgo de tromboflebitis. • Hipotensión por prolongada estadía en posición dorsal. • Desfavorece la eliminación de líquidos y la motilidad intestinal, aumentando la distensión abdominal y la constipación. • Le genera a la madre una mayor dependencia, desfavoreciendo el autocuidado. • Menor comodidad a la hora de amamantar.

Tabla N° 2: Beneficios y complicaciones de la movilización tardía.

APARTADO IV

INDICACIONES TERAPÉUTICAS: ANESTESIA Y ANALGESIA

Un aspecto importante a tener en cuenta, al momento de movilizar por primera vez a la paciente púérpera de parto o cesárea, es el tipo y dosis de anestésico utilizado durante la intervención, y el tipo y dosis de analgésicos utilizados posterior a dicha intervención, ya que la respuesta de la paciente a tales efectos es un determinante a la hora de movilizarla.

1. Anestesia

1.1 Definición

“Son sustancias que interfieren en la percepción de las sensaciones”.⁹

1.2 Tipos de anestésicos

- Anestésicos generales: (bloquean todo tipo de sensaciones) La mayoría de estos fármacos son gases, producen estados de inconsciencia con bloqueo de información sensorial. Estos anestésicos no se usan con frecuencia en intervenciones de parto y /o parto por cesárea por sus efectos adversos en el bebé.
- Anestésicos locales: (actúan solo en el sitio de administración). Bloquean la conducción nerviosa. La gran ventaja de estos es que su efecto es reversible.

1.3 Anestesia para el parto y la expulsión vaginal

1.3.1 Parto natural

Muchas mujeres optan por no recibir medicación alguna durante el embarazo y la expulsión. Si tienen problemas médicos, sería prudente conocerlos de antemano por si surge la necesidad de utilizar un anestésico urgente.

⁹ Hurford W, M.D. y otros. Anestesia. Massachusets. Gral Hospital. Marban Libros SRL. Ed original: Massachusets; 2004

1.3.2 Medicación suplementaria.

Se utilizan medicaciones sistémicas para aliviar el dolor y la ansiedad durante el parto y la expulsión. No hay una medicación ideal, ya que todas atraviesan la placenta y pueden deprimir el feto. Entre los medicamentos más utilizados están los narcóticos, como la Meperidina y la Oximorfina, y agentes agonistas-antagonistas, como el Butorfanol y la Nalbufina. Pueden utilizarse ansiolíticos, como el Dicepam, la Hidroxizina o la Prometazina, en dosis bajas si fuera necesario. Dosis elevadas se han asociado con hipotonía del recién nacido y un deterioro de la regulación térmica.

El bloqueo epidural puede proporcionar analgesia durante el parto y la expulsión, así como anestesia para la cesárea. La analgesia epidural normalmente se inicia cuando se ha logrado el parto activo (cuello dilatado de 5 a 6 cm en una primípara y de 3 a 4 cm en una múltipara). El establecimiento de la analgesia epidural puede retardar el progreso del parto, de tal modo que sea necesario utilizar oxitócicos.

1.3.3 Ventajas

- a. Disminuye la necesidad de medicaciones analgésicas sistémicas que pueden producir una depresión neonatal.
- b. La reducción del dolor disminuye la secreción de catecolaminas endógenas y, de este modo, aumenta la perfusión uteroplacentaria.
- c. La reducción del dolor puede disminuir la hiperventilación durante las contracciones y minimizar el descenso de la perfusión uteroplacentaria que se da por la alcalosis.
- d. La madre esta despierta y preparada para participar en el parto y en la expulsión.
- e. Se puede utilizar la epidural para la cesárea.

f. Comparada con la anestesia general, el riesgo de aspiración pulmonar es menor.

1.3.4 Inconvenientes

- a. La hipotensión es común y puede producir insuficiencia uteroplacentaria.
- b. La progresión del parto puede retrasarse.
- c. Son posibles las reacciones tóxicas a agentes anestésicos locales.
- d. Es posible una cefalea postpunción dural.

1.3.5 Contraindicaciones

- a. Rechazo por parte de la paciente.
- b. Trastorno de la coagulación (por ejemplo, desprendimiento prematuro de placenta o preeclampsia).
- c. Infección del sitio donde se ha puesto el catéter.
- d. Hipovolemia.

1.4 Anestesia para la cesárea

Las indicaciones más frecuentes para una cesárea son fallo al progresar el parto, el sufrimiento fetal, desproporción materno-fetal y las cirugías uterinas o cesáreas previas. La elección del anestésico depende de la urgencia del procedimiento y de la condición tanto de la madre como del feto.

1.4.1 Anestesia regional

La anestesia raquídea es una técnica simple, rápida y fiable para proporcionar insensibilidad en una cesárea si no existen contraindicaciones. El anestésico local normalmente utilizado es la Bupivacaína al 0,75% en glucosa al 8,25. La morfina subaracnoidea, de 0,1 a 0,25 mg, puede mezclarse con el anestésico local para la analgesia postoperatoria. Si se utiliza, debe establecerse un

protocolo para monitorizar una depresión respiratoria retrasada y para el tratamiento de efectos secundarios agravantes, como el prurito.

La anestesia epidural es una alternativa para pacientes que se someten a cesáreas electivas. La dosis de anestésico puede valorarse y repetirse tanto como sea necesario. Para las cesáreas electivas puede utilizarse lidocaína al 2% o Bupivacaína al 0,5%. La adición de Fentanilo, de 50 a 100 ug, es útil para reducir el malestar de la manipulación uterina, una epidural puede utilizarse efectivamente para una cesárea de emergencia en una paciente que ya haya tenido un catéter para la analgesia en el parto, se puede usar una dosis de 2-Cloroprocaina al 3% o de Lidocaína al 2%.

1.4.2 La anestesia general

Es la técnica de elección para cesáreas de emergencia, cuando la anestesia regional se rechaza o está contraindicada, cuando se prevea hemorragia importante o cuando se requiere una relajación uterina.

1.4.3 Ventajas

- a. La inducción rápida permite que la cirugía se inicie de inmediato.
- b. Se asegura el control óptimo de las vías aéreas.
- c. Se observa la disminución de la incidencia de hipotensión en la paciente hipovolémica.

1.4.4 Inconvenientes

- a. La incapacidad para intubar la tráquea sigue siendo una causa principal de morbilidad y mortalidad materna. La incidencia de una intubación fallida en pacientes obstétricas puede ser hasta ocho veces mayor que en las no embarazadas.
- b. El riesgo de aspiración aumenta.
- c. Los anestésicos generales pueden causar depresión fetal.

d. Es posible que exista consciencia bajo la anestesia durante la cesárea, ya que se utiliza anestesia ligera y la incisión se realiza inmediatamente después de la inducción.

1.5 Anestésicos¹⁰

1.5.1 Bupivacaína, clorhidrato:

Descripción: La bupivacaína es un anestésico local de larga duración de la clase de las amidas, utilizado para la anestesia local, regional o espinal. El comienzo de la acción de la bupivacaína es rápido (1 a 0 minutos) y su duración significativamente más prolongada que la de otros anestésicos locales (entre 3 y 9 horas).

Indicaciones: anestesia de infiltración; bloqueo de nervios periféricos y simpáticos; anestesia espinal; alivio del dolor postoperatorio.

Contraindicaciones y precauciones (obstétricas): La solución de bupivacaína al 0.75% está contraindicada en la anestesia obstétrica ya que una inyección intravascular inadvertida podría ocasionar una parada cardíaca y la muerte de la madre. Se reservará su uso para manipulaciones quirúrgicas en las que sea necesario un grado elevado de relajación muscular y un efecto prolongado (por ejemplo, bloqueo retrobulbar y epidural lumbar no obstétrica). Está igualmente contraindicado en obstetricia el bloqueo del nervio paracervical: su utilización ha producido bradicardia fetal e incluso la muerte del feto. El posicionamiento adecuado de la paciente durante el parto reduce la hipotensión que puede resultar de una anestesia regional. La inyección del anestésico se debe llevar cabo con la paciente en posición lateral decúbito supino con objeto de desplazar el centro de gravedad del útero y minimizar la compresión del sistema aorta-cava. La anestesia epidural, espinal o el bloqueo del nervio pudiendo puede alterar la fuerza ejercida durante el parto, pudiendo ser a veces necesario el empleo de forcéps. Se recomienda la monitorización electrocardiográfica del feto durante el parto, con objeto de determinar

¹⁰ La información sobre la medicación anestésica fue consultada en Vademecum IQB. Disponible en: <http://www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/indicea.htm>

cualquier tipo de sufrimiento fetal. La bupivacaína se debe utilizar con precaución en las mujeres durante la lactancia ya que se desconoce si el fármaco se excreta en la leche.

Reacciones adversas: A las dosis clínicas recomendadas y con las técnicas anestésicas adecuadas no han sido observados efectos secundarios importantes. Los efectos secundarios postanestesia epidural o caudal por sobredosificación o dificultades en la técnica anestésica pueden inducir alto o total bloqueo espinal, retención urinaria, incontinencia fecal, analgesia persistente, parestesia y parálisis de las extremidades inferiores, dolor de cabeza, lumbalgia, hipotensión.

1.5.2 Lidocaína, clorhidrato:

Descripción: La lidocaína es un anestésico local muy utilizado también como antiarrítmico. La lidocaína es un anestésico local tipo amida y se utiliza en forma de pomada, gel, parche, o en aerosol para uso tópico, como una solución oral, y como una inyección para la anestesia local.

Indicaciones: anestesia superficial de membranas mucosas; anestesia de infiltración; bloqueo de nervios periféricos y simpáticos; anestesia dental; anestesia espinal; anestesia regional intravenosa; arritmias.

Contraindicaciones y precauciones (obstétricas): La lidocaína se clasifica dentro de la categoría B de riesgo en el embarazo. Los anestésicos locales pueden atravesar la placenta rápidamente y, cuando se administran por vía epidural, paracervical, o para el bloqueo del nervio pudendo, o bloqueo caudal, pueden causar toxicidad en el feto. El grado de toxicidad depende del procedimiento realizado. La hipotensión materna puede ser consecuencia de la anestesia regional. La lidocaína se excreta en la leche materna, siendo la relación de la concentración leche/plasma de 0,4. La lidocaína debe utilizarse con precaución durante la lactancia. Los parches de lidocaína no han sido estudiados en mujeres durante la lactancia. Además, puede producir: infección cutánea adyacente, inflamación cutánea; tratamiento anticoagulante

concomitante; anemia o cardiopatía grave; anestesia espinal o epidural en pacientes deshidratados o hipovolémicos.

1.5.3 Fentanilo (Sufentanilo):

Descripción: El fentanilo es un potente agonista opiáceo sintético. El fentanilo es un derivado de la fenilpiperidina y es estructuralmente similar a la meperidina, alfentanilo, y sufentanilo. Se utiliza para ayudar a la inducción y mantenimiento de anestesia general y para complementar la analgesia regional y la médular. El fentanilo se prefiere a la morfina en la anestesia debido a su capacidad para atenuar las respuestas hemodinámicas y mantener la estabilidad cardíaca. Puede administrarse solo o en combinación con droperidol (Innovar ®), anestésicos inhalados, anestésicos locales tales como bupivacaína, o benzodiazepinas.

Indicaciones: Dolor agudo postoperatorio. Analgésico de corta duración en períodos anestésicos (premedicación) y en el postoperatorio inmediato. Junto a un neuroleptico, como premedicación para inducción de la anestesia y como coadyuvante en el mantenimiento de anestesia general y regional. Se excreta en leche materna. No se han descrito problemas, pero algunos expertos recomiendan interrumpir la lactancia 4-6 h tras la administración de Fentanilo.

Contraindicaciones y precauciones (obstétricas): En estudios con animales, el fentanilo ha demostrado perjudicar la fertilidad y tener efectos embriotóxicos. El fentanilo puede atravesar la placenta; sin embargo, no se han realizado estudios bien controlados en mujeres embarazadas. Las inyecciones de fentanilo están clasificadas dentro de la categoría B de riesgo en el embarazo, mientras que los parches transdérmicos se clasifican dentro de la categoría C. El fentanilo sólo debe administrarse a mujeres embarazadas si el beneficio potencial justifica el riesgo. El fentanilo no está indicado para su uso durante o el parto. Los bebés y los recién nacidos son especialmente sensibles a la depresión respiratoria, por lo que se deben tomar las precauciones adecuadas si el fentanilo se usa durante el parto. El fentanilo se excreta en la leche materna y no se recomienda su uso en mujeres que estén dando el pecho. Los

bebés de las mujeres que están tomando fentanilo durante la lactancia pueden experimentar sedación y/o depresión respiratoria.

1.5.4 Prilocaina:

Descripción: La prilocaína pertenece a la clase de las amidas de los anestésicos locales, igual que la lidocaína o la bupivacaína. Este fármaco se administra por vía parenteral para la anestesia local, sobre todo en odontología, si bien en los últimos años el eutéctico formado por la prilocaína y la lidocaína se utiliza tópicamente sobre la piel o las mucosas.

Indicaciones y posología: solución inyectable al 0,5%, 1% y 2% anestesia por infiltración, anestesia regional IV, bloqueo nervioso periférico, bloqueo nervioso central (epidural y caudal).

Contraindicaciones y precauciones (generales): La prilocaína está contraindicada en pacientes con hipersensibilidad a la prilocaína y a otros anestésicos del tipo amida. También está contraindicada en pacientes con metahemoglobinemia idiopática o congénita. Los signos vitales deben ser vigilados luego de cada administración de anestésicos locales, ya que la confusión, las convulsiones, la depresión o el paro respiratorio pueden desarrollarse por administración en la zona de la cabeza y el cuello; estas situaciones requieren atención inmediata. Utilizar con precaución en pacientes con enfermedad hepática y renal. El amamantamiento deberá suspenderse.

Reacciones adversas: Se han descrito inflamación y parestesia persistente de los labios y tejidos blandos. En algunas ocasiones la parestesia puede durar hasta un año. Suelen presentarse en forma ocasional trastornos nerviosos (excitación, vértigo, cefalea) y cardiovasculares (taquicardia, colapso vascular, arritmias).

1.5.5 Ropivacaína:

Descripción: La ropivacaína es un anestésico local de acción prolongada, tipo amida. Su estructura y farmacocinética son similares a los de la bupivacaína,

pero la ropivacaína parece ser menos arritmogénica que la bupivacaína. Ropivacaína produce el alivio del dolor similar a la de la bupivacaína.

Indicaciones: Para la anestesia o anestesia obstétrica para una cesárea, se utiliza la administración epidural lumbar. Además, se utiliza como tratamiento de postoperatorio del dolor intenso, como infusión continua mediante una “bomba de dolor”, con ligero bloqueo motor, durante un lapso de 24 hs.

Contraindicaciones y precauciones (obstétricas): La ropivacaína se clasifica dentro de la categoría B de riesgo en el embarazo. Sin embargo, no se han realizado estudios bien controlados en mujeres embarazadas, aunque en los estudios con animales, no se ha detectado ninguna toxicidad. La ropivacaína al 0,5% en dosis totales de hasta 150 mg puede ser utilizada para las cesáreas. Las inyecciones intravasculares accidentales de la solución concentrada de bupivacaína han producido paradas cardíacas y la muerte materna. La frecuencia cardíaca fetal debe ser monitorizada continuamente durante el parto para comprobar un sufrimiento fetal producido durante la anestesia regional con ropivacaína. Durante el parto, el posicionamiento adecuado de la paciente puede disminuir la hipotensión materna que resulta de la anestesia regional. La inyección del anestésico local debe realizarse con el paciente en decúbito lateral izquierdo para desplazar el útero grávido, lo que minimiza la compresión aorto-cava. No se recomienda el bloqueo del nervio paracervical con ropivacaína en la anestesia obstétrica. La ropivacaína no ha sido estudiado en mujeres en periodo de lactancia, por lo que su uso debe hacerse con precaución. Sin embargo, se han realizado estudios en animales, habiéndose estimado que la dosis para el lactante es de alrededor el 4% de la dosis administrada a la madre. Esto puede ser interpretado en los seres humanos en el sentido de la dosis total de ropivacaína al que se expone al bebé durante la lactancia materna es mucho menor que la exposición en el útero en las mujeres embarazadas a término.

2. Analgesia

2.1 Definición

“Eliminación de la sensación de dolor mediante el bloqueo artificial de las vías de transmisión del mismo y/o de los mediadores dolorosos, o por desconexión de los centros del dolor.”¹¹

2.2 Analgésicos¹²

2.2.1 Diclofenac

Acción terapéutica: Analgésico y antiinflamatorio.

Indicaciones: En tratamientos breves de las siguientes afecciones agudas: procesos inflamatorios postraumáticos, reumatismo extraarticular, infecciones dolorosas e inflamatorias de garganta, nariz, oído (ej.: faringoamigdalitis). Procesos dolorosos o inflamatorios en ginecología, anexitis, dismenorrea primaria. Estados dolorosos posoperatorios.

Reacciones adversas: Gastrointestinales: dolor epigástrico, náuseas, vómitos, diarrea. Rara vez hemorragias, úlcera péptica. En casos aislados: trastornos hipogástricos (colitis hemorrágica inespecífica y exacerbación de colitis ulcerativa). Sistema nervioso central: cefaleas, mareos, vértigo. En raras ocasiones somnolencia y en casos aislados trastornos de la visión. Dermatológicos: rash o erupción cutánea. Hemáticos: en casos aislados: trombocitopenias, leucopenia, agranulocitosis, anemia hemolítica, anemia aplásica. Renales: raras veces insuficiencia renal aguda, alteraciones urinarias, síndrome nefrótico. Reacciones de hipersensibilidad (broncospasmos, reacciones sistémicas anafilácticas, incluso hipotensión). Raras veces hepatitis con ictericia o sin ella.

2.2.2 Ketorolac trometamina

¹¹ Clínica Universidad de Navarra. Diccionario médico. España. 2015. Disponible en: <http://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/analgesia>

¹² La información sobre la medicación analgésica fue consultada en P.R. Vademecum. Disponible en: <http://ar.prvademecum.com>

Acción terapéutica: Analgésico, antiinflamatorio y antipirético.

Indicaciones: Oral: tratamiento a corto plazo del dolor moderado a grave.

Parenteral: tratamiento del dolor posoperatorio agudo moderado a grave.

Reacciones adversas: La frecuencia de reacciones adversas luego de un uso a corto plazo de los AINE es, en general, de la mitad a una décima parte de la frecuencia de efectos adversos luego del uso crónico. Los efectos colaterales más frecuentes (> 1%) incluyen náuseas, dispepsia, epigastralgia, diarrea, somnolencia, mareos, cefalea, sudoración y dolor en el sitio de la inyección luego de la administración de varias dosis. Los efectos menos frecuentes (< 1%) incluyen astenia, mialgia, palidez, vasodilatación, constipación, flatulencia, anormalidades en el funcionamiento hepático, melena, úlcera péptica, hemorragia renal, estomatitis, púrpura, sequedad de boca, nerviosismo, parestesias, depresión, euforia, sed excesiva, insomnio, vértigo, disnea, asma, alteraciones del gusto y la visión, polaquiuria, oliguria. El ketorolac no es un narcótico y por lo tanto no ha demostrado acción adictiva ni dependencia física.

Contraindicaciones (obstétricas): No se recomienda su uso en analgesia obstétrica, embarazo, parto y lactancia, ya que por su efecto inhibidor de la síntesis de prostaglandinas puede disminuir las contracciones uterinas y modificar la circulación fetal.

2.2.3 Klosidol (Dextropropoxifeno 50 mg, Dipirona 1500 mg.)

Acción terapéutica: Analgésico

Indicaciones: Analgesia en dolor post operatorio: a corto plazo para estados dolorosos agudos severos, si no hay respuesta a otros fármacos. Tratamiento parenteral: Reservado para dolor de intensidad severa.

Reacciones adversas: En ensayos clínicos, las más informadas fueron mareos, sedación, náuseas y vómitos. Otras: constipación, dolor abdominal, erupciones cutáneas, dolor de cabeza, debilidad, euforia, disforia, alucinaciones, alteraciones visuales menores. En post-comercialización: suicidio consumado,

sobredosis accidental o intencional, dependencia, paro cardíaco, coma, náuseas, paro respiratorio, paro cardio-respiratorio, muerte, vómitos, mareos, convulsiones, estado confusional y diarrea.

Contraindicaciones (generales): Alergia a alguno de los componentes de la formulación. Pacientes alcohólicos, con ideas suicidas o propensos a adicciones. Depresión respiratoria, asma bronquial o hipercapnia aguda o severa. Ileo paralítico. Arritmias, bloqueos de conducción, prolongación del intervalo Qtc. Embarazo y Lactancia. Menores de 18 años. Deficiencia congénita de glucosa-6-fosfato dehidrogenasa.

2.2.4 Ibuprofeno

Acción terapéutica: Antiinflamatorio, analgésico, antipirético.

Indicaciones: Procesos inflamatorios y dolorosos, agudos y crónicos, de tejidos blandos. Osteoartritis. Artritis reumatoidea. Dismenorrea.

Reacciones adversas: Epigastralgia, pirosis, diarrea, distensión abdominal, náuseas, vómitos, cólicos abdominales, constipación. Mareos, rash, prurito, tinnitus, disminución del apetito, edema, neutropenia, agranulocitosis, anemia aplásica, trombocitopenia, sangre oculta en materia fecal.

Interacciones: El uso simultáneo con paracetamol puede aumentar el riesgo de efectos renales adversos.

Contraindicaciones: Hipersensibilidad a la droga, síndrome de pólipos nasales, angioedema o broncospasmo frente a la aspirina u otros AINE.

2.2.5 Paracetamol

Acción terapéutica: Antipirético. Analgésico.

Indicaciones: Cefalea, odontalgia y fiebre.

Reacciones adversas: El paracetamol en general es bien tolerado.

Interacciones: La asociación con otros antiinflamatorios no esteroides puede potenciar los efectos terapéuticos, pero también los tóxicos.

Contraindicaciones generales: Hipersensibilidad reconocida a la droga.

2.2.6 Ponstil Forte (ácido mefenámico)

Acción terapéutica: Analgésico-antiinflamatorio no esteroide. Antipirético.

Indicaciones: Está indicado para el alivio del dolor moderado cuando el tratamiento no excede de una semana y para el tratamiento de la dismenorrea primaria.

2.2.7 Tramadol

Acción terapéutica: Analgésico de acción central.

Indicaciones: Dolor agudo y crónico, severo a moderado, medidas diagnósticas dolorosas, y dolor quirúrgico.

Efectos secundarios: Al igual que con todos los analgésicos de acción central, con la terapéutica de tramadol pueden ocurrir los siguientes efectos colaterales: diaforesis (en particular cuando la administración intravenosa es demasiado rápida), mareos, náuseas, vómitos, sequedad de boca, fatiga o confusión. Si en contra de las instrucciones se administra por vía intravenosa en forma demasiado rápida, pueden ocurrir bochornos, diaforesis y taquicardia pasajera; aparte de eso, generalmente no tiene efecto sobre el sistema cardiovascular.

Contraindicaciones y precauciones (obstétricas): El tramadol se clasifica dentro de la categoría C de riesgo en el embarazo. No se han llegado a realizar estudios controlados en el hombre durante el embarazo. Los estudios en animales han mostrado que en dosis elevadas este fármaco es embriotóxico y fetotóxico, aunque no se han detectado efectos teratogénicos. Todos estos efectos tienen lugar con dosis más altas que las que ocasionan en la madre una toxicidad más grave. El tramadol atraviesa la barrera placentaria, desconociéndose en el ser humano como puede afectar el desarrollo fetal. No

se recomienda administrar el tramadol antes o durante el parto, aunque se ha utilizado ocasionalmente para aliviar los dolores del parto, sin haberse observado ninguna depresión respiratoria del neonato diferente de la observada con la morfina o la meperidina. Se han detectado cantidades pequeñas de tramadol en la leche materna, aunque se desconoce la extensión de esta excreción ni de qué manera puede afectar al lactante. Se aconsejan otras alternativas analgésicas durante la lactancia.

APARTADO V

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El objetivo de los cuidados de enfermería en periodo posparto o post-cesárea, es ayudar a la nueva madre y su familia a adaptarse con éxito a los cambios sufridos físicos, psíquicos y familiares.

Los cuidados de enfermería se enfocan especialmente en la valoración y modificación de factores que afecten a la recuperación de la madre. Se debe conseguir que la paciente adquiera conocimientos para su autocuidado y atención del recién nacido. Además de unificar criterios de actuación de todo el personal del servicio de maternidad y principalmente prevenir o detectar precozmente las complicaciones.

Al regresar la paciente al servicio de maternidad, procedente de sala de partos se realizan las siguientes actividades, siempre proporcionando la información necesaria y las explicaciones sobre las intervenciones que se realizan.

1. Control de signos vitales:

Se realiza el primer control inmediatamente después de la llegada de la paciente a la habitación, luego a los 30 minutos, a la hora y media y cada cuatro horas, dentro de las primeras 24 horas. En los días siguientes los controles se harán cada ocho horas. Estos son tensión arterial, frecuencia cardíaca, saturometría y temperatura.

Riesgo o complicación:

Si se observa que la paciente tiene alteración en los signos vitales, avisar de forma inmediata al obstetra de cabecera y al médico de guardia, especialmente en caso de hipertensión, fiebre y taquicardia.

Además, en caso de hipotensión, se la expande con solución Ringer Lactato o Solución Fisiológica y se coloca en posición de Trendelenburg. Se vigilan todos los signos vitales con más frecuencia, además de otros signos de alerta como

hemorragia, sudoración, palidez, náuseas, vómitos, convulsiones, etc. Y se le da aviso al médico de guardia y de cabecera.

2. Valoración de la metrorragia, altura uterina y contracción uterina:

La valoración se realiza al momento de llegada de la paciente a la habitación, luego a los 15 minutos, 30 minutos, hora y luego cada 4 horas dentro de las 24 hs, en los siguientes días cada 8 horas.

En primer lugar, se considera la cantidad de pérdida hemática (abundante pero que disminuye mientras pasan las horas), el color (debe ser rojo brillante) y el olor (debe ser fuerte en ningún caso debe ser ofensivo o fétido).

Y, en segundo lugar, se valoran la altura y contracción uterina. Para determinar si es correcto el desarrollo involutivo del útero, se palpa el útero a través de la pared abdominal y se observa la distancia que dista del ombligo; la medición se realiza con una mano y la altura del útero debe encontrarse a nivel umbilical o infraumbilical. El útero debe estar contraído.



Gráfico N° 2: Representación del masaje del fondo del útero, para estimular la contracción de los músculos del útero.¹³

¹³ Reeder S., Martin L., Koniak D. "Enfermería Materno-infantil". 17ª Edición. McGraw-Hill. Interamericana. México DF. 1995

Riesgo o complicación:

Una de las complicaciones puede ser metrorragia abundante en puerperio inmediato, es este caso se debe comprobar atonía uterina y cantidad de pérdida hemática, además avisar a la partera de guardia y simultáneamente al médico de guardia y al obstetra de cabecera.

El útero se encontrará a nivel supraumbilical, blando y aumentado en tamaño. Ante esta situación, se realiza masaje uterino y se le enseña a la paciente a realizárselo ella misma, además, se le realiza higiene para evaluar cantidad de loquios, se le estimula la micción y se le coloca hielo en zona abdominal.

En el caso de que el bebé haya sido ingresado a neonatología y la paciente no pueda amamantar, se le recomienda realizarse el masaje uterino para prevenir metrorragia abundante, ya que no se cuenta con la oxitocina liberada por la succión del bebé y, por ende, hay menor número de contracciones que favorecen la involución uterina.

3. Valoración del estado de la episiotomía o herida quirúrgica de cesárea.

La primera valoración se realiza cuando la paciente llega a la habitación, luego a la hora, y posteriormente cada 4 hs dentro de las primeras 24 hs.

Se observa estado de la episiotomía o herida quirúrgica, pérdida hemática de la zona perineal o pérdida hemática en el apósito colocado sobre la herida quirúrgica y estado de los puntos.

Después de la observación, se aplica hielo local (abdomen o episiorrafia), y se administra medicación tópica y analgésica, con indicación médica.

Riesgo o complicación:

En la zona de la episiotomía o la herida quirúrgica, se buscan signos de edema, equimosis, supuración y aproximación de los bordes de la herida.

Si presenta inflamación y/o dolor continuo y en aumento, o pérdida hemática abundante en la zona, se avisará al médico de cabecera.

4. Higiene:

En los primeros controles, se le realiza higiene genital y perianal, con antisépticos, y un cambio frecuente de apósitos para favorecer (en el caso de parto vaginal) la cicatrización y la prevención de infección.

A su vez, mientras se realiza la higiene, se observa el estado de la episiotomía, en caso de parto, y se observa la pérdida hemática.

En caso de pérdida hemática abundante se evalúa con más frecuencia, y si no disminuye la cantidad, se le da aviso al médico de cabecera.

Riesgo o complicación:

El principal riesgo es que la paciente no se realice una higiene apropiada, especialmente si se le ha realizado episiotomía. Para ello, es fundamental una buena educación sobre cómo realizarlo cuando esté en condiciones de deambular.

5. Valoración del inicio del vínculo materno filial y fomento de la lactancia:

Luego de los primeros controles que se le realiza a la paciente al regreso de la sala de partos, de forma inmediata se inicia la lactancia.

En primer lugar, se valora la disposición de la paciente y se identifican las dificultades que pudiera tener. Luego se valora el estado de las mamas.

A su vez, se le informa a la madre los beneficios de la lactancia materna y se le explica la técnica para la lactancia y el autocuidado de las mamas, explicando a los papás lo siguiente: adoptar postura cómoda, limpiar pezones, introducir totalmente el pezón dentro de la boca del bebé, dar de mamar a libre demanda, no colocar sobre el pecho los dedos en forma de tijera, ya que obstruye la salida de leche y evita que el niño lo incorpore totalmente dentro de la boca, alternar el vaciamiento de los senos para que sea completo y respetar el sueño del recién nacido. Estas acciones favorecen el vínculo madre-hijo.

Asimismo, es el momento donde se le comunica a la madre y al padre cuando se comenzará con la analgesia y el tiempo que la paciente se mantendrá en posición horizontal hasta un nuevo control.

Además, se aconseja a la paciente que se le realizó cesárea, que no hable la paciente para evitar la distensión abdominal y por ende el dolor, y se le aconseja a ambos que los aspectos positivos de restringir la visita en las primeras horas y aprovechar ese momento para establecer esta nueva relación.

Riesgo o complicación:

La principal complicación es que no se pueda llevar a cabo el proceso de lactancia, por factores como mamas con heridas o mastitis, dificultades del bebé para succionar o falta de predisposición para la lactancia.

Para ello es primordial educar a los padres sobre los beneficios de la lactancia, identificar los posibles problemas y dar aviso al departamento de lactancia para que le brinden la ayuda necesaria.

6. Alivio del dolor:

A menudo las mujeres presentan molestias en el postparto, como dolor en periné, hemorroides, entuertos o herida quirúrgica. Estas molestias se pueden aliviar con la colocación de hielo en la zona de episiotomía o herida quirúrgica de cesárea, además de la administración de la analgesia indicada, ya sea por vía oral, epidural, intramuscular, endovenosa o local, según indicación cada caso.

Al momento de llegada a la sala, se entrega receta al familiar, para que le brinden los medicamentos en la farmacia del hospital, y una vez obtenida la medicación se realiza la primera administración de la misma y un nuevo control de la situación de la madre y su bebé.

Pasadas algunas horas, si la paciente continúa con dolor a pesar de realizar las intervenciones, se le ayuda con la eliminación urinaria, ya que el vaciamiento

de vejiga disminuirá la presión ejercida sobre la herida quirúrgica, en caso de cesárea.

Riesgo o complicación:

El riesgo es que la paciente continúe con dolor, a pesar de las intervenciones realizadas. En ese caso, se le avisa al médico de guardia y al de cabecera.

7. Valoración de la eliminación

Es muy conveniente que la mujer vacíe su vejiga en las seis u ocho primeras horas después del parto o cesárea para evitar que se distienda. Aunque la mujer tenga la vejiga llena, durante el puerperio con frecuencia no experimenta la necesidad de orinar, esta falta de percepción es producida por la anestesia regional. Es por ello, que la enfermera debe valorar el estado de la vejiga mediante la palpación abdominal y la observación. También valora el contorno del abdomen, la altura y la consistencia del fondo y características suprapúbicas. Examina loquios para detectar si su cantidad aumenta, lo cual en ocasiones se debe a la distensión abdominal.

En cuanto a la defecación, el tono y la motilidad intestinal siguen siendo menores durante el periodo de posparto debido al relajamiento de los músculos abdominales y el efecto de la anestesia.

Riesgo y complicación:

El riesgo principal es la ausencia de micción espontánea. Si en las 6-8 horas después del parto, no se produce dicha micción, se la estimula a la paciente con agua fría en la zona perineal, con el sonido del agua abriendo una canilla o ayudándola a levantarse al baño, si la paciente se encuentra en condiciones de hacerlo.

En caso de que esto resulte negativo, se le da aviso al médico de guardia y al médico de cabecera para evacuar la vejiga mediante sondaje.

8. Prevención de la hipotensión ortostática y primera movilización

En las primeras horas, la mujer se encuentra cansada por el esfuerzo físico o la ansiedad por la cirugía, pero debemos animarlas a levantarse de la cama, sin brusquedades y con ayuda para la deambulación. Para ello, se realiza la primera movilización de la siguiente manera:

Esta se comienza valorando su estado general, con control de signos vitales normales, retracción uterina y pérdida hemática normal. Se la incorpora primeramente a la orilla de la cama con los pies bien apoyados. Si la paciente tuvo cesárea, se le coloca la faja antes de sentarla. Se valora tensión arterial y se cerciora que haya ingerido líquidos. Luego de pasados unos veinte minutos aproximadamente, se la invita a pararse y se la acompaña al baño. Donde se la educa en higiene, postura, forma de incorporarse, ingesta de líquidos, además de las precauciones que debe tener en cuenta a la hora de levantarse nuevamente. En caso de cesárea se le coloca faja y se sigue el mismo procedimiento.

A la vez, es ventajoso educarla en los beneficios de la movilización precoz para aliviar el dolor como, por ejemplo: favorece la micción, si aún no han orinado, y favorece la eliminación de gases, que es lo más usual y molesto posterior una cirugía, a raíz de la ausencia de movimientos peristálticos.

Generalmente las pacientes de parto vaginal que han recibido analgesia peridural serán levantadas a las cuatro horas posteriores y a las 6 horas posteriores a las pacientes de cesárea.

Riesgo o complicación:

El riesgo que se puede producir es que la paciente pueda manifestar hipotensión ortostática, a pesar de los cuidados previos a la primera deambulación. En ese caso, se le asiste a la paciente a que se siente o recueste nuevamente, idealmente en posición de Trendelenburg, y se le habilita la vía periférica para hidratarla. Inmediatamente se le avisa al médico

de guardia y al de cabecera, mientras se le realiza controles de signos vitales constantes.

Es importante dar tranquilidad y apoyo a la madre durante el proceso, y no dejarla en ningún momento. Se da aviso al médico o se pide asistencia a otras colegas por vía telefónica o a través de otra persona.

- Puntos importantes que la enfermera debe tener en cuenta:

Durante todo el proceso, la enfermera tiene que ser comprensiva y estar atenta a las necesidades del núcleo familiar. Además de las intervenciones propias del periodo, la enfermera tiene como tarea fundamental contener a los miembros de la familia, en especial a la madre, disipar todas sus dudas y educar en las nuevas tareas que ellos deben asumir a partir de ese momento en adelante.

Asimismo, la enfermera debe dejar asentado y registrado todas las actividades que desarrolló con la puérpera, el bebé y la familia, además de la respuesta de ellos a las mismas.

CAPÍTULO II

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE INVESTIGACIÓN

1. Alcance de la investigación:

El trabajo de investigación fue descriptivo- exploratorio, ya que ha sido un tema poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas y no se ha abordado antes.

Además, fue correlacional, porque la finalidad del tema en estudio era conocer la relación que existe entre los criterios médicos y la primera movilización de las púerperas, en el contexto ya mencionado.

2. Enfoque o método:

El método fue cuantitativo porque partía de una realidad a conocer. El planteamiento del problema era delimitado, acotado y poco flexible. El diseño de la investigación fue estructurado, predeterminado y precedió a la recolección de los datos. Se generalizaron los datos de una muestra a una población. Algunos datos eran numéricos y duros. La recolección de datos se realizó a través de un método estandarizado y validado. El análisis de datos fue estadístico.

Además, el enfoque fue cualitativo, ya que se describió e interpretó fenómenos a través de las percepciones producidas por las experiencias de las pacientes y los profesionales incluidos en el estudio. Se generó teoría a partir de los datos empíricos obtenidos y analizados. Al mismo tiempo, la revisión bibliográfica cumplió un papel auxiliar.

3. Diseño:

El diseño fue transversal-exploratorio porque el propósito del estudio era conocer un conjunto de variables, en un contexto determinado y en un momento específico; ya que, se recolectaron datos en el transcurso de un mes.

Al mismo tiempo, fue correlacional-causal porque en la investigación las causas y los efectos ya ocurrieron, y la finalidad fue observarlos y reportarlos. Además, se describieron relaciones entre variables, en el momento ya determinado.

ÁREA DE ESTUDIO

El área donde se realizó la investigación fue en el Servicio de Maternidad de una Institución Privada de alta complejidad, ubicada en la ciudad de Mendoza.

UNIVERSO

El trabajo tuvo como universo 185 puérperas, 50 médicos obstetras, 10 médicos anestesistas y 16 enfermeras.

MUESTRA

El estudio tuvo como muestra 50 puérperas, 12 médicos obstetras, 5 médicos anestesistas y 10 enfermeras. Y fueron escogidas al azar.

TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se utilizó una grilla, de uso particular de las encuestadoras, en la que se plasmaron tanto la información recogida de las historias clínicas de las pacientes y las respuestas a las preguntas verbales realizada a los profesionales médicos y de enfermería.

La principal fuente que se utilizó fue la historia clínica de cada paciente, con las indicaciones médicas, hoja de enfermería y hoja de anestesia.

La segunda forma de recolección de datos fue la entrevista realizada a los profesionales médicos, anestesistas y enfermeros, de manera verbal, consultando sobre su edad y criterio en cuanto a la movilización de las puérperas.

Para la recolección de datos se utilizó una grilla, de uso particular de las encuestadoras.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

1. PACIENTES	Edad	a= -20 años
		b=21-25 años
		c= 26-30 años
		d= 31-35 años
		e= 36-40 años
		f= 41-45 años
	Procedimiento	Parto
		Cesárea
	N° gesta	I= 1 gesta
		II= 2 gestas
		III= 3 gestas
		IV= 4 gestas
		V= 5 gestas
		+V= más de 5 gestas
	N° paridad	0= 0 paridad
		I= 1 paridad
		II= 2 paridades
		III= 3 paridades
		IV= 4 paridades
		[+] IV= más de 4 paridades
	Patologías previas	Ninguna
		Diabetes
		Hipotiroidismo
		Hipertiroidismo
		Hipotensión Arterial
		Hipertensión Arterial
		Trombofilia
		Otras
	Estado previo al procedimiento	Bienestar
		Malestar (detallar)
	Efecto de la anestesia	Con bloqueo MMII
		Sin bloqueo MMII
		Sin anestesia
	Droga anestésica	Bupivacaína
		Sufentanilo
		Rupivacaína
Sin Anestesia		
Analgesia. Vía de administración	Vía Oral	
	Vía Endovenosa	
	Vía Intratecal	
	Vía Intramuscular	
Droga analgésica	Diclofenac	

(continua en la siguiente página)

		Ketorolac
		Paracetamol
		Tramadol
		Otras (detallar)
	Estado previo a la movilización	Bienestar
		Malestar (detallar)
	Hora primera movilización	a= -3 hs
		b= 3-4 hs
		c= 5-6 hs
		d= 7-8 hs
		e= 9-10 hs
		f= +10 hs
Estado posterior a la movilización	Bienestar	
	Malestar (detallar)	
Estado al alta	Bienestar	
	Malestar (detallar)	
2. MÉDICO OBSTETRA	Edad	a= 30-40 años
		b= 41-50 años
		c= 51-60 años
		d= 62-70 años
		e= +71 años
	Criterio médico	Movilización precoz
Movilización tardía		
Indicación médica	Con indicación	
	Sin indicación	
3. MÉDICO ANESTESISTA	Edad	a= 30-40 años
		b= 41-50 años
		c= 51-60 años
		d= 61-70 años
		e= +71 años
		f= Sin anestesista
Criterio médico	Movilización precoz	
	Movilización tardía	
	Sin anestesista	
4. ENFERMERA	Asistencia a la movilización	Con asistencia
		Sin asistencia
	Edad	a= 20-30 años
		b= 31-40 años
		c= 41-50 años
		d= 51-60 años
		e= +61 años
	Criterio enfermero	Movilización precoz
		Movilización tardía
	Nivel de formación	Auxiliar de enfermería
Enfermera profesional		
Licenciada en enfermería		

ANÁLISIS, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS

TABLAS Y GRÁFICOS SIMPLES

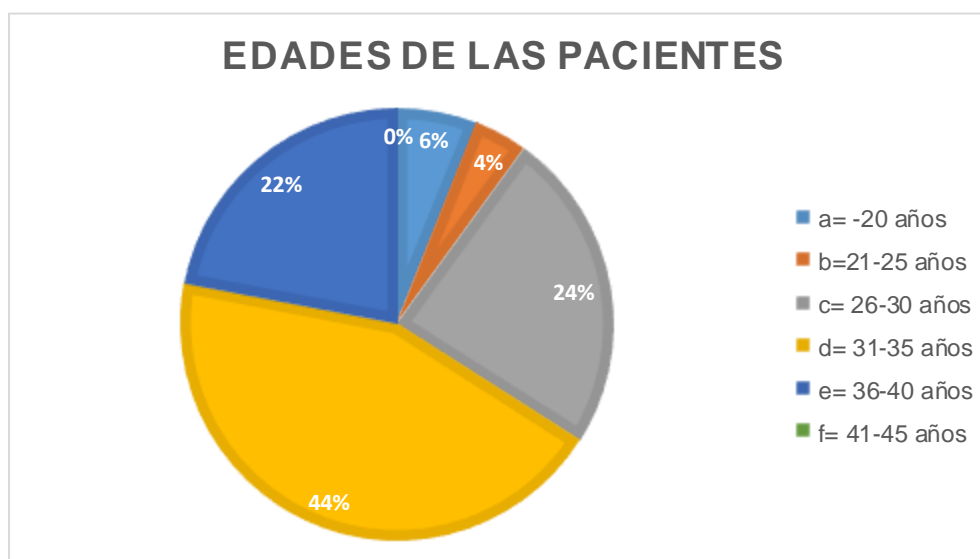
Tabla N° 1:

Edades de las madres incluidas en el estudio.

Edades de las pacientes	f.a.	f.r
a= -20 años	3	6%
b=21-25 años	2	4%
c= 26-30 años	12	24%
d= 31-35 años	22	44%
e= 36-40 años	11	22%
f= 41-45 años	0	0%
TOTAL	50	100%

Fuente: Datos obtenidos por las autoras, Mendoza, agosto-setiembre 2016

Gráfico N° 1:



Análisis e interpretación:

Este gráfico muestra que el 44% de las pacientes tenían entre 31 y 35 años, otro 24% entre 26 y 30 años, un 22% entre 36 y 40 años, un 6% era menor de 20 años y un 4% entre 21 y 25 años. El rango de edad entre 41 y 45 años fue de 0%.

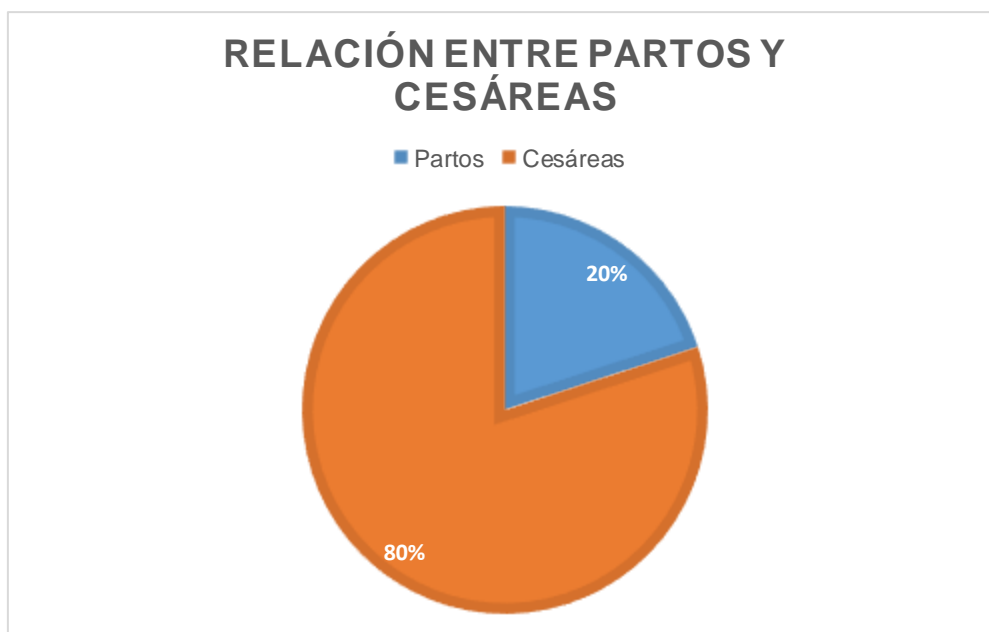
Tabla N° 2:

Procedimiento de alumbramiento realizado a las madres incluidas en la investigación. Relación de frecuencia entre partos y cesáreas.

Procedimiento de alumbramiento	f.a	f.r
Partos	10	20%
Cesáreas	40	80%
TOTAL	50	100%

Fuente: Datos obtenidos por las autoras, Mendoza, agosto-setiembre 2016

Gráfico N° 2:



Análisis e interpretación:

Este gráfico muestra que el 80 % de las intervenciones fueron partos por cesárea, y el 20% restante fueron partos vaginales.

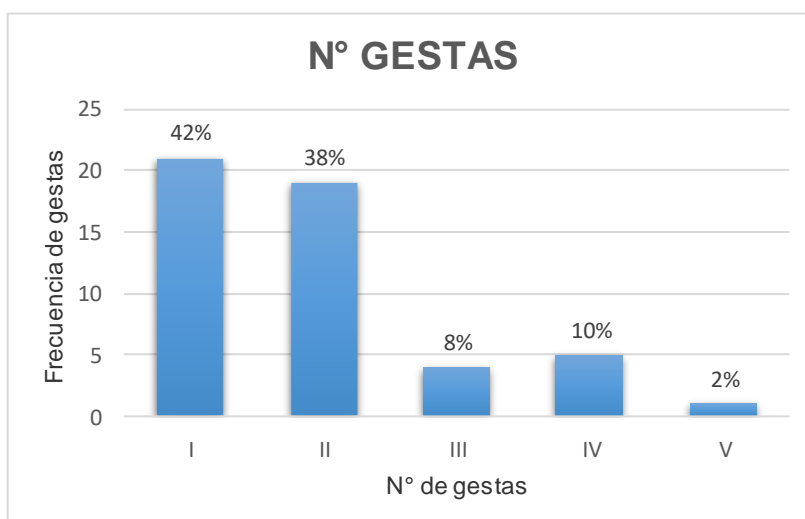
Tabla N° 3:

Número de gestas en las pacientes incluidas en el estudio.

N° de gestas	f.a.	f.r.
I	21	42%
II	19	38%
III	4	8%
IV	5	10%
V	1	2%
TOTAL	50	100%

Fuente: Datos obtenidos por las autoras, Mendoza, agosto-setiembre 2016

Gráfico N° 3:



Análisis e interpretación:

En este gráfico se observa que el 42% de las pacientes era primigesta, el 38% secundigesta, el 10% cuartigesta, el 8% tercigesta, y por último con un 2% quintigesta.

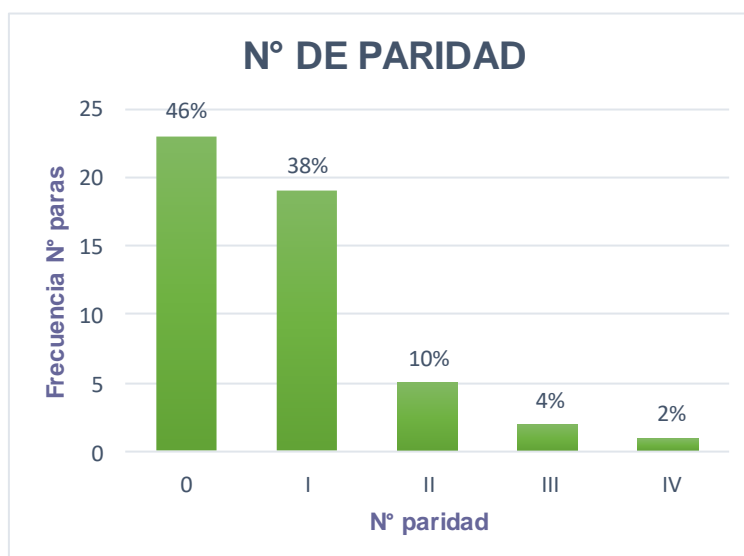
Tabla N° 4:

Número de paridad en las pacientes incluidas en el trabajo de investigación.

N° de paridad	f.a	f.r
0	23	46%
I	19	38%
II	5	10%
III	2	4%
IV	1	2%
TOTAL	50	100%

Fuente: Datos obtenidos por las autoras, Mendoza, agosto-setiembre 2016

Gráfico N° 4:



Análisis e interpretación:

En este gráfico se observa que un 46% de las pacientes era nulípara, el 38% primípara, el 10% secundípara, el 4% tercípara y el 2% cuartípara.

Tabla N° 5:

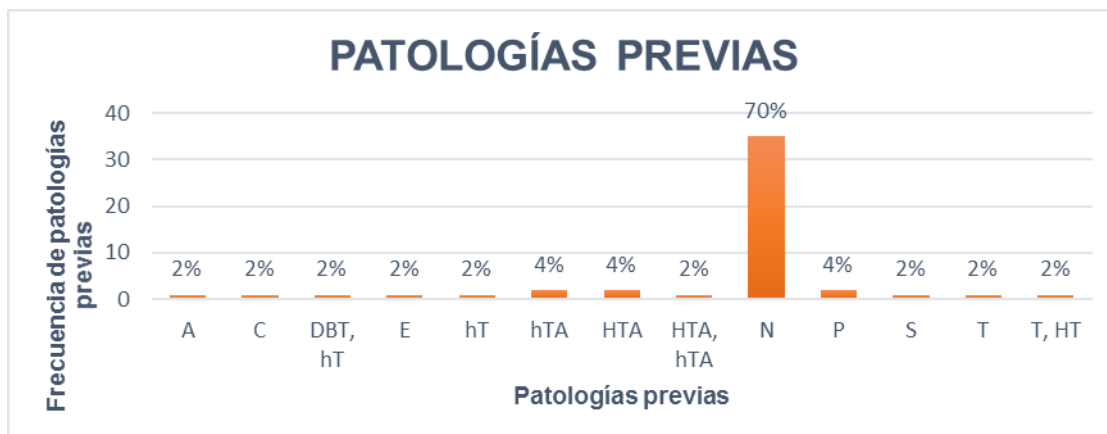
Patologías previas a la intervención de las pacientes incluidas en el estudio.

Patologías previas	f.a	f.r
A	1	2%
C	1	2%
DBT, hT	1	2%
E	1	2%
hT	1	2%
hTA	2	4%
HTA	2	4%
HTA, hTA	1	2%
N	35	70%
P	2	4%
S	1	2%
T	1	2%
T, HT	1	2%
TOTAL	50	100%

Referencias
A= Asma
C= Colestasis
DBT= Diabetes
E= Escoliosis
hT= Hipotiroidismo
HT= Hipertiroidismo
hTA= Hipotensión Arterial
HTA= Hipertensión Arterial
N= Ninguna
P= Púrpura Trombocitopénica
S= Sobrepeso
T= Trombofilia

Fuente: Datos obtenidos por las autoras, Mendoza, agosto-setiembre 2016

Gráfico N° 5:



Análisis e interpretación:

Este gráfico demuestra que el 70% de las pacientes no manifestó ninguna patología previa a la intervención; mientras que, en igual número de pacientes, (4%) presentó Hipotensión Arterial, Hipertensión Arterial y Púrpura Trombocitopénica; por último, con el 2% y en igual número, las pacientes manifestaron Asma, Diabetes Mellitus, Escoliosis, Hipotiroidismo, Hipertiroidismo, Sobrepeso y Trombofilia.

Tabla N° 6:

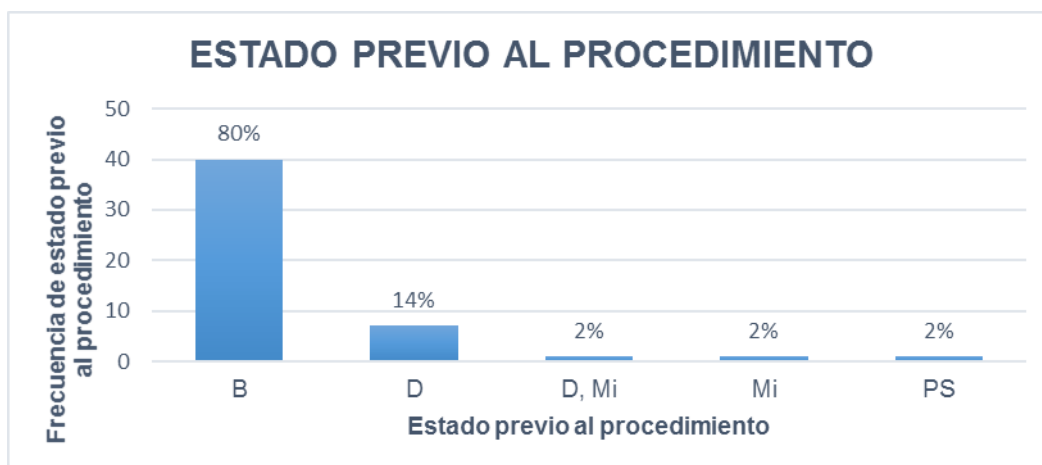
Estado de las pacientes incluidas en el estudio, previo al procedimiento realizado, ya sea parto o cesárea.

Estado previo al procedimiento	f.a.	f.r
B	40	80%
D	7	14%
D, Mi	1	2%
Mi	1	2%
PS	1	2%
TOTAL	50	100%

Referencias
B= Bienestar
D= Dolor
Mi= Miedo
Ps= Psicofármacos

Fuente: Datos obtenidos por las autoras, Mendoza, agosto-setiembre 2016

Gráfico N° 6:



Análisis e interpretación:

En este gráfico se observa que el 80% de las pacientes tuvo bienestar previo al procedimiento, el 14% tuvo dolor y solo el 2%, en igual número, tuvo dolor y miedo; miedo solamente; y, el porcentaje restante se encontraba bajo los efectos de los psicofármacos.

Tabla N° 7:

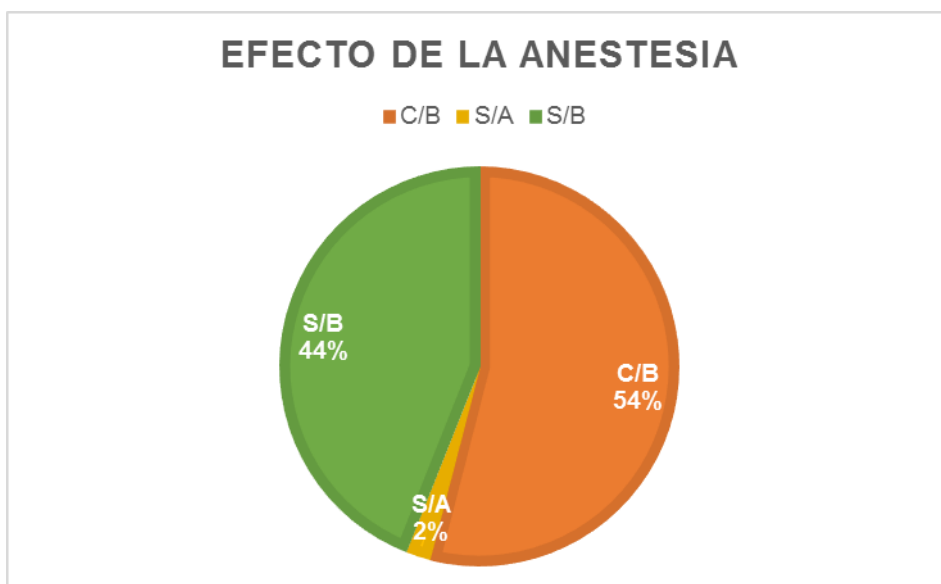
Efecto de la anestesia sobre miembros inferiores, en las pacientes incluidas en la investigación, observado al momento de la recepción post intervención.

Efecto de la anestesia	f.a.	f.r.
C/B	27	54%
S/A	1	2%
S/B	22	44%
TOTAL	50	100%

Referencias
C/B= Con Bloqueo MMII
S/B= Sin Bloqueo MMII
S/A= Sin Anestesia

Fuente: Datos obtenidos por las autoras, Mendoza, agosto-setiembre 2016

Gráfico N° 7:



Análisis e interpretación:

En este gráfico se observa que el 54% de las pacientes regresaron a la habitación con los miembros inferiores bloqueados, el 44% sin bloqueo, y el 2% no recibió anestesia.

Tabla N° 8:

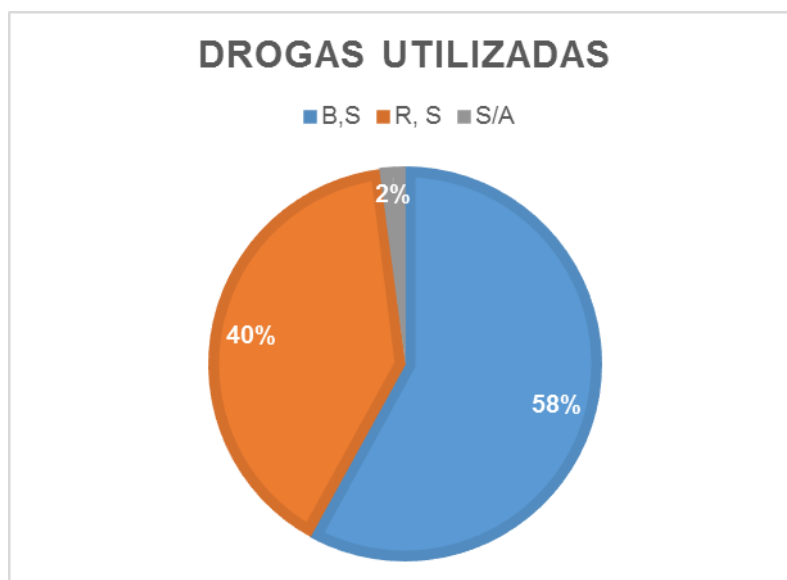
Drogas anestésicas utilizadas en las pacientes incluidas en el estudio, durante el procedimiento.

Droga anestésica	f.a.	f.r.
B, S	29	58%
R, S	20	40%
S/A	1	2%
TOTAL	50	100%

Referencias
B= Bupivacaína
S= Sufentanilo
R= Rupivacaína
S/A= Sin Anestesia

Fuente: Datos obtenidos por las autoras, Mendoza, agosto-setiembre 2016

Gráfico N° 8:



Análisis e interpretación:

Este gráfico nos muestra que el 58% de las pacientes recibió Bupivacaína y Sufentanilo, el 40% Rupivacaína y Sufentanilo y el 2% no recibió anestésicos.

Tabla N° 9:

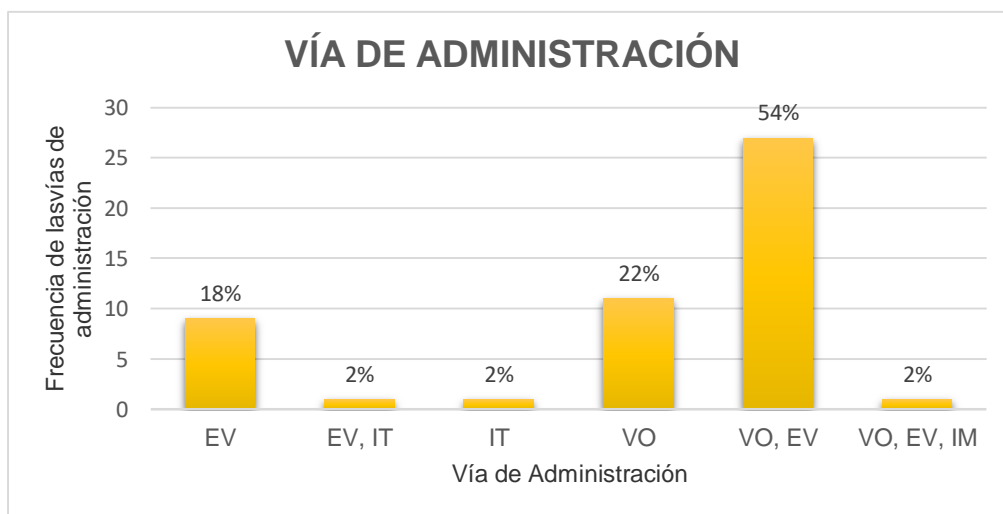
Vía de administración de la analgesia utilizada en las pacientes incluidas en la investigación.

Vía de administración	f.a	f.r
EV	9	18%
EV, IT	1	2%
IT	1	2%
VO	11	22%
VO, EV	27	54%
VO, EV, IM	1	2%
TOTAL	50	100%

Referencias
VO= Vía Oral
EV= Vía Endovenosa
IT= Vía Intratecal
IM= Vía Intramuscular

Fuente: Datos obtenidos por las autoras, Mendoza, agosto-setiembre 2016

Gráfico N° 9:



Análisis e interpretación:

Este gráfico demuestra que el 54% de la vía de administración de los analgésicos suministrados, fueron vía oral y endovenosa; el 22% fue vía oral; el 18% fue endovenosa; y, en igual número, el 2% recibió medicación endovenosa e intratecal; intratecal solamente; y, vía oral, endovenosa e intramuscular.

Tabla N° 10:

Tipo de droga analgésica utilizada en las pacientes incluidas en la investigación.

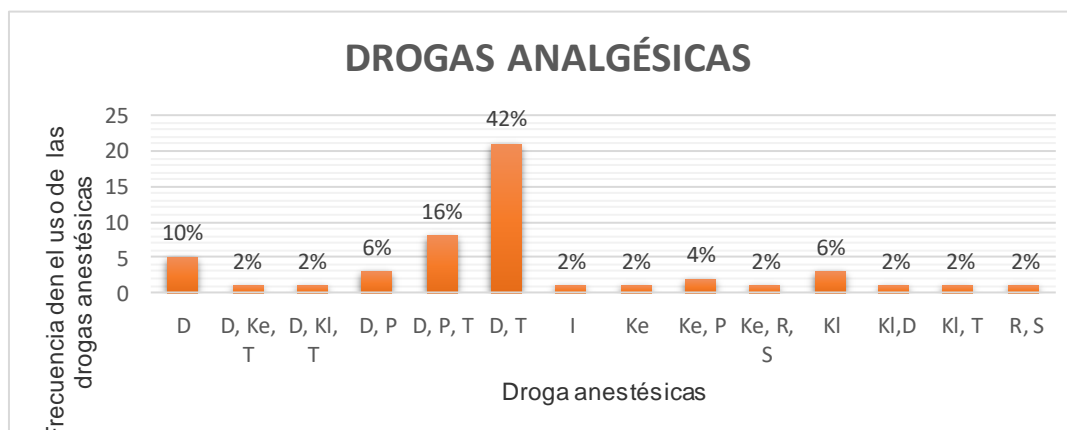
Droga analgésica	f.a.	f.r
D	5	10%
D, Ke, T	1	2%
D, KI, T	1	2%
D, P	3	6%
D, P, T	8	16%
D, T	21	42%
I	1	2%
Ke	1	2%
Ke, P	2	4%
Ke, R, S	1	2%
KI	3	6%
KI,D	1	2%
KI, T	1	2%
R, S	1	2%
TOTAL	50	100%

Referencias

D= Diclofenac
 I= Ibuprofeno
 Ke= Ketorolac
 KI= Klosidol
 P= Paracetamol
 R= Rupivacaína
 S= Sufentanilo
 T= Tramadol

Fuente: Datos obtenidos por las autoras, Mendoza, agosto-setiembre 2016

Gráfico N° 10:



Análisis e interpretación:

Este gráfico muestra el tipo de medicación analgésica recibida por las pacientes: el 42% recibió Diclofenac y Tramadol; el 16% Diclofenac, Paracetamol y Tramadol; el 10% solo Diclofenac; en igual cantidad de 6%, Klosidol, Diclofenac y Paracetamol; el 4% Ketorolac y Paracetamol; y, en igual medida del 2% recibieron Rupivacaina y Sufentanilo; Klosidol, Tramadol y Diclofenac; Ketorolac, Diclofenac y Tramadol; Ibuprofeno; Ketorolac; Klosidol y Diclofenac.

Tabla N° 11:

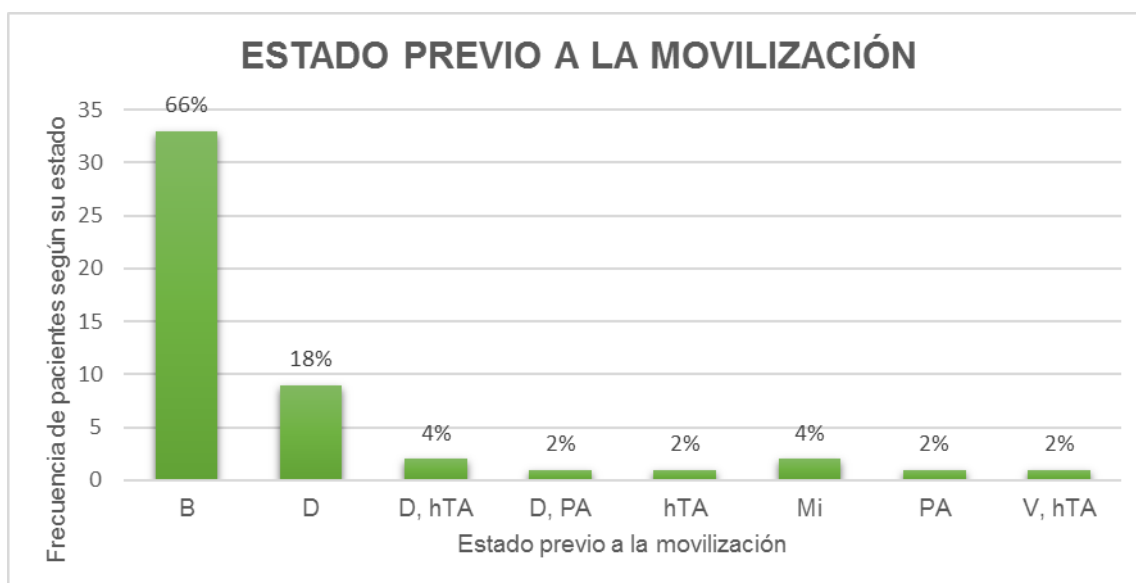
Estado de las pacientes incluidas en el estudio previo a la primera movilización.

Estado previo a la movilización	f.a.	f.r.
B	33	66%
D	9	18%
D, hTA	2	4%
D, PA	1	2%
hTA	1	2%
Mi	2	4%
PA	1	2%
V, hTA	1	2%
TOTAL	50	100%

Referencias
B= Bienestar
V= Vómitos
D= Dolor
Mi= Miedo
hTA= Hipotensión
PA= Pérdida Abundante

Fuente: Datos obtenidos por las autoras, Mendoza, agosto-setiembre 2016

Gráfico N° 11:



Análisis e interpretación:

Este gráfico describe que el 66% de las pacientes tuvieron bienestar antes de la movilización; el 18% dolor; el 4% dolor e hipotensión y el otro 4% miedo. En igual medida, del 2% dolor y perdida abundante de loquios; hipotensión; perdida abundante; y, vómitos e hipotensión.

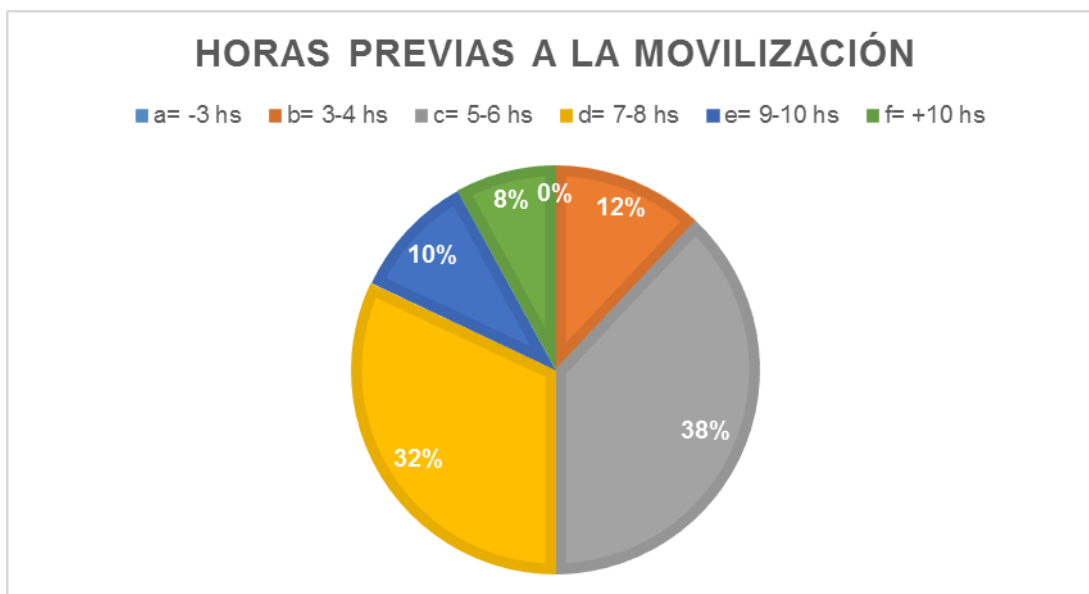
Tabla N° 12:

Horas previas a la primera movilización de las puérperas incluidas en el estudio.

Horas previas a la movilización	f.a.	f.r.
a= -3 hs	0	0%
b= 3-4 hs	6	12%
c= 5-6 hs	19	38%
d= 7-8 hs	16	32%
e= 9-10 hs	5	10%
f= +10 hs	4	8%
TOTAL	50	100%

Fuente: Datos obtenidos por las autoras, Mendoza, agosto-setiembre 2016

Gráfico N° 12:



Análisis e interpretación:

En este gráfico se observa que el 38% de las pacientes se movilizaron entre las 5 y 6 hs; el 32% entre las 7 y 8 hs.; el 12% entre 3 y 4 horas; el 10% entre 9 y 10 hs; el 8% más de 10 hs; y, por último, ninguna paciente en menos de 3 horas.

Tabla N° 13:

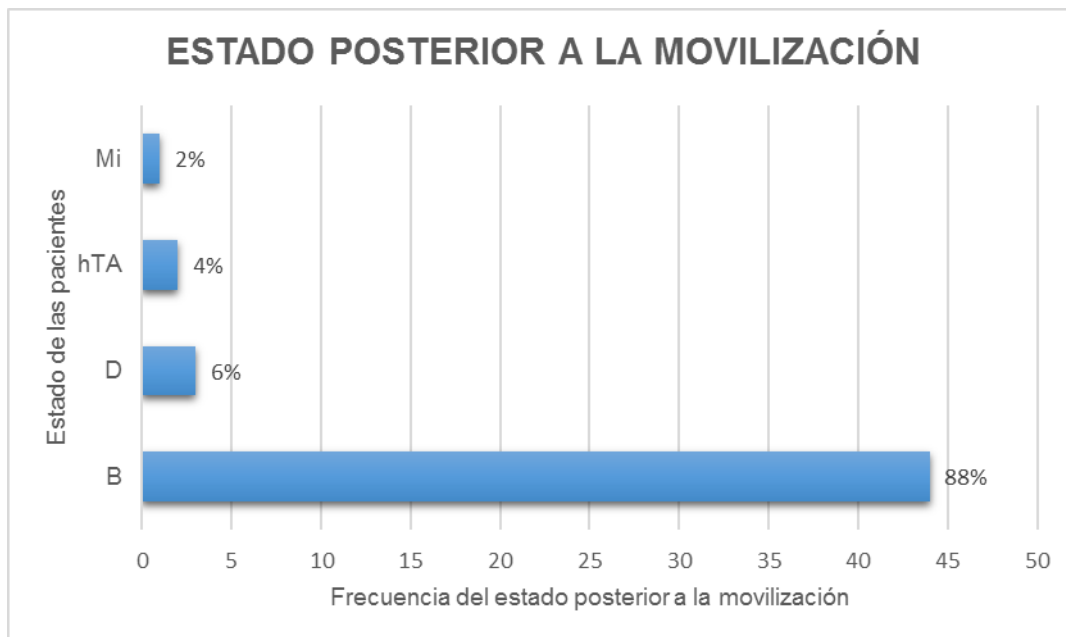
Estado de las pacientes incluidas en el estudio, posterior a la primera movilización.

Estado posterior a la movilización	f.a.	f.r.
B	44	88%
D	3	6%
hTA	2	4%
Mi	1	2%
TOTAL	50	100%

Referencias
B= Bienestar
D= Dolor
M= Miedo
hTA= Hipotensión

Fuente: Datos obtenidos por las autoras, Mendoza, agosto-setiembre 2016

Gráfico N° 13:



Análisis e interpretación:

Este gráfico muestra que el 88% de las pacientes puérperas, sintieron bienestar posterior a la movilización; el 6% dolor; el 4% hipotensión y el 2% miedo.

Tabla N° 14:

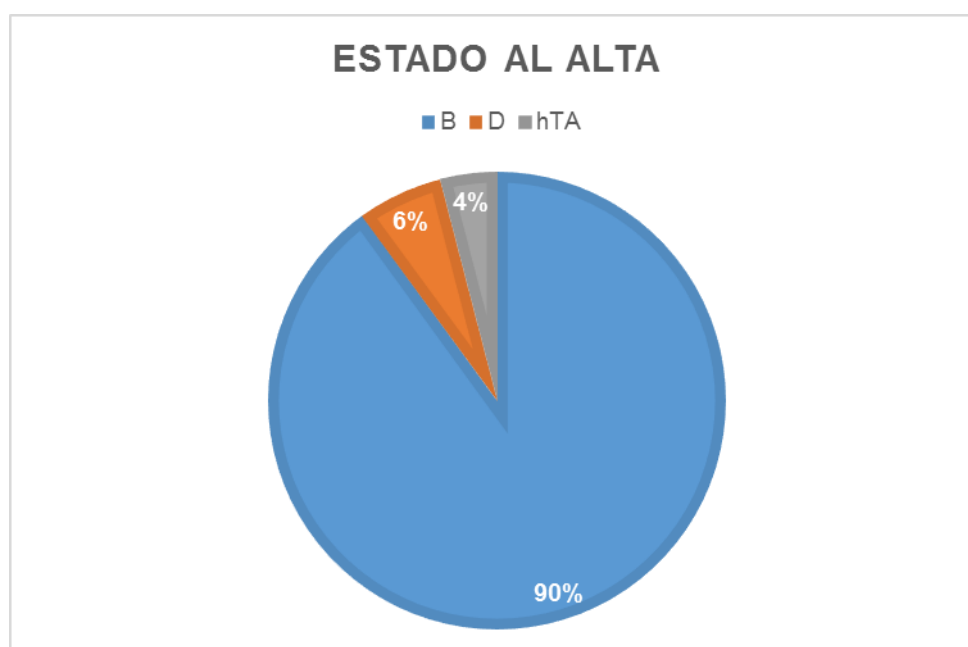
Estado de las pacientes incluidas en la investigación al momento del alta.

Estado al alta	f.a.	f.r.
B	45	90%
D	3	6%
hTA	2	4%
TOTAL	50	100%

Referencias
B= Bienestar
D= Dolor
hTA= Hipotensión

Fuente: Datos obtenidos por las autoras, Mendoza, agosto-setiembre 2016

Gráfico N° 14:



Análisis e interpretación:

Este gráfico muestra que el 90% de las pacientes puérperas, sintieron bienestar al alta; el 6% dolor y el 4% hipotensión.

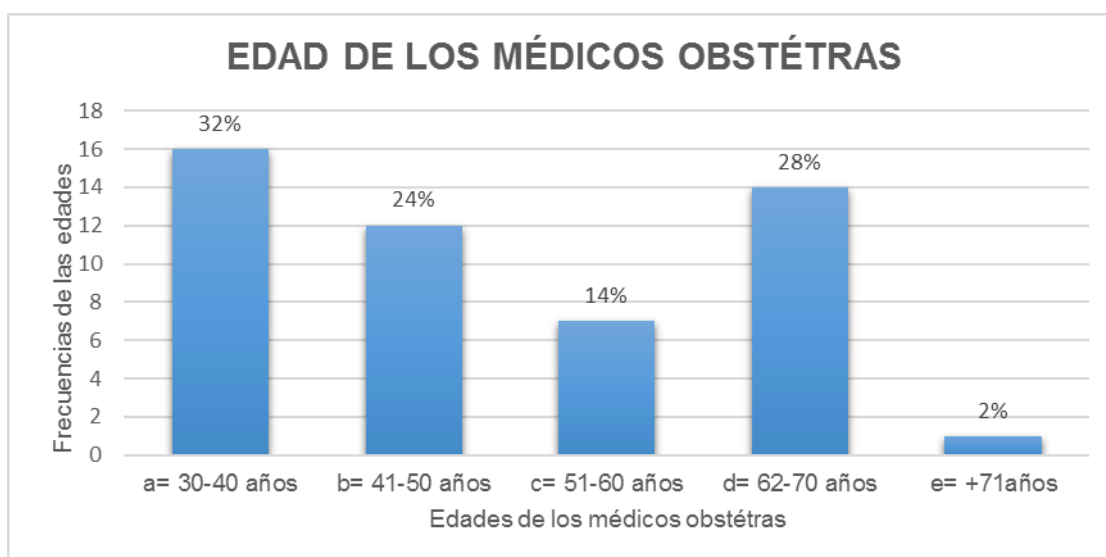
Tabla N° 15:

Edad de los médicos obstetras incluidos en el estudio.

Edad obstetra	f.a.	f.r.
a= 30-40 años	16	32%
b= 41-50 años	12	24%
c= 51-60 años	7	14%
d= 62-70 años	14	28%
e= +71años	1	2%
TOTAL	50	100%

Fuente: Datos obtenidos por las autoras, Mendoza, agosto-setiembre 2016

Gráfico N° 15:



Análisis e interpretación:

Este gráfico muestra que el 32% de los médicos obstetras tenían entre 30 y 40 años; el 28% entre 62 y 70; el 24% entre 41 y 50 años; el 14% entre 51 y 60 años; y, el 2%. más de 71 años

Tabla N° 16:

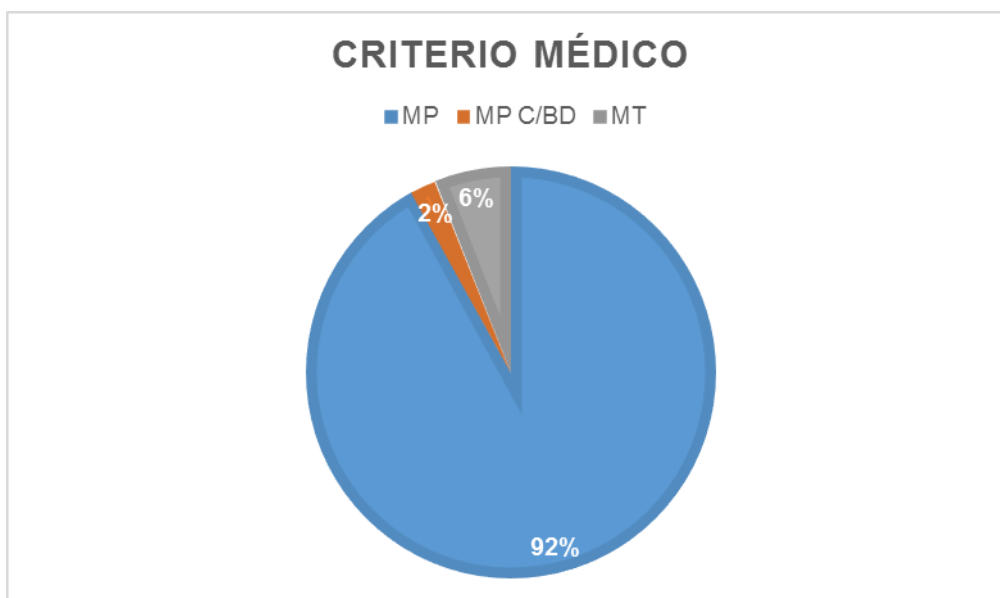
Criterio de los profesionales médicos incluidos en la investigación, con respecto a la movilización.

Criterio médico	f.a.	f.r.
MP	46	92%
MP C/BD	1	2%
MT	3	6%
TOTAL	50	100%

Referencias
MP= Mov. Precoz
MT= Mov. Tardía
MP C/BD= Mov. Precoz con Bomba del Dolor

Fuente: Datos obtenidos por las autoras, Mendoza, agosto-setiembre 2016

Gráfico N° 16:



Análisis e interpretación:

En este gráfico el 92% de los médicos manifestó movilización precoz y el 6% movilización tardía, mientras que el 2% optó por la movilización precoz con bomba del dolor.

Tabla N° 17:

Indicación médica con respecto a la hora específica de movilización de la puérpera, posterior a la intervención.

Indicación médica	f.a.	f.r.
Ninguna	50	100%
TOTAL	50	100%

Fuente: Datos obtenidos por las autoras, Mendoza, agosto-setiembre 2016

Gráfico N° 17:



Análisis e interpretación:

Se observa en este gráfico que el 100% de los médicos no realizan indicación médica escrita, con respecto a la hora específica de movilización de la puérpera posterior a la intervención.

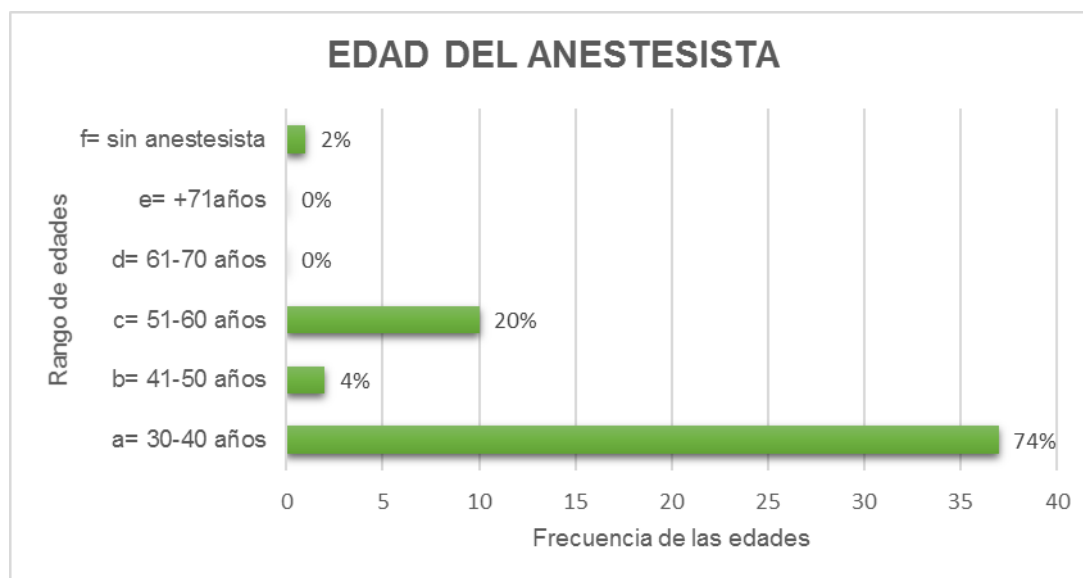
Tabla N° 18:

Edad de los médicos anestesistas incluidos en el estudio.

Edad del anestesista	f.a.	f.r.
a= 30-40 años	37	74%
b= 41-50 años	2	4%
c= 51-60 años	10	20%
d= 61-70 años	0	0%
e= +71 años	0	0%
f= sin anestesista	1	2%
TOTAL	50	100%

Fuente: Datos obtenidos por las autoras, Mendoza, agosto-setiembre 2016

Gráfico N° 18:



Análisis e interpretación:

Este gráfico muestra las edades de los anestesistas incluidos en el estudio, donde el 74% tenía entre 30 y 40 años, el 20% entre 51 y 60 años, el 4% entre 41 y 50 años y un 2% fue una intervención sin anestesista.

Tabla N° 19:

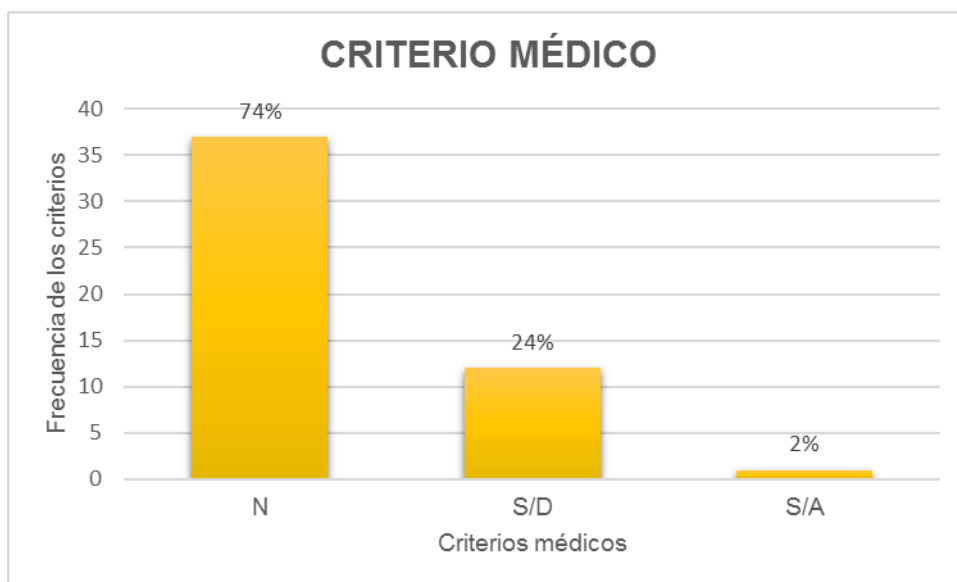
Criterio de los médicos anestesistas incluidos en la investigación, con respecto a la primera movilización de las púerperas.

Criterio médico	f.a.	f.r
N	37	74%
S/D	12	24%
S/A	1	2%
TOTAL	50	100%

Referencias
N= Ningún criterio
S/D= Sin dolor
S/A= Sin anestesista

Fuente: Datos obtenidos por las autoras, Mendoza, agosto-setiembre 2016

Gráfico N° 19:



Análisis e interpretación:

Este gráfico muestra que el 74% de los anestesistas no opinó con respecto a la movilización; el 24% que las pacientes no tengan dolor, sin darle importancia a la movilización precoz o tardía; y, el 2% no tuvo anestesista.

Tabla N° 20:

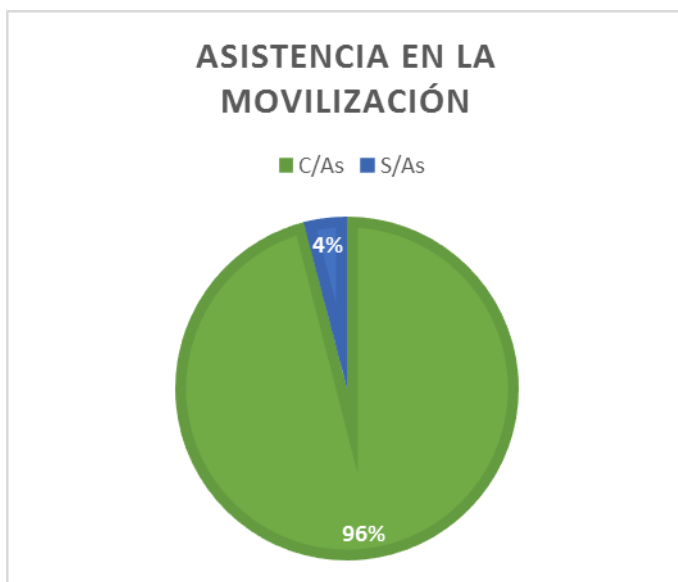
Asistencia por parte de enfermería, en la primera movilización de las pacientes puérperas.

Asistencia en la movilización	f.a.	f.r
C/As	48	96%
S/As	2	4%
TOTAL	50	100%

Referencias
C/As= con asistencia
S/As= sin asistencia

Fuente: Datos obtenidos por las autoras, Mendoza, agosto-setiembre 2016

Gráfico N° 20:



Análisis e interpretación:

En este gráfico se observa que el 96% de las pacientes puérperas fueron asistidas en la primera movilización por una enfermera y el 4% no fue asistida, ya que las pacientes manifestaron haberse levantado por voluntad propia, con ayuda del familiar. De ello, no se encuentran registros de enfermería.

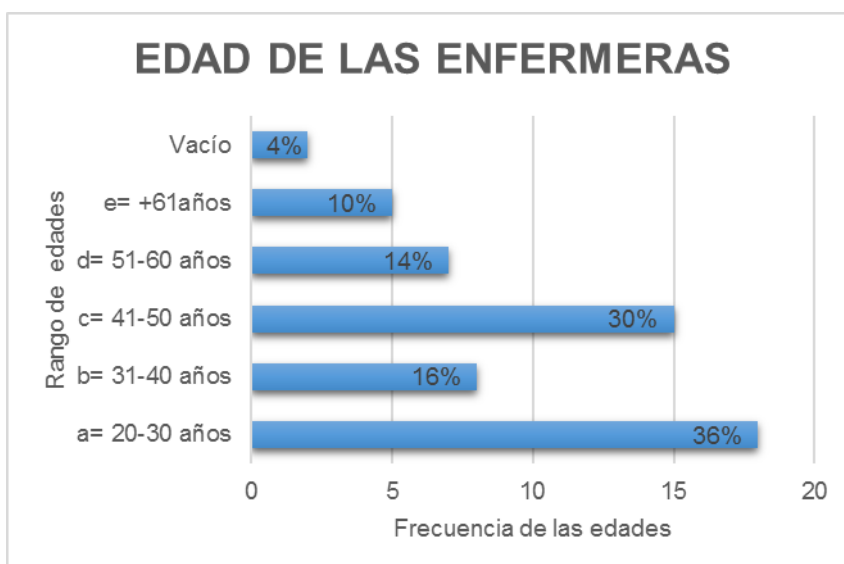
Tabla N° 21:

Edad de las enfermeras incluidas en el estudio.

Edad de las enfermeras	f.a.	f.r
a= 20-30 años	18	36%
b= 31-40 años	8	16%
c= 41-50 años	15	30%
d= 51-60 años	7	14%
e= +61años	5	10%
Vacío	2	4%
TOTAL	50	100%

Fuente: Datos obtenidos por las autoras, Mendoza, agosto-setiembre 2016

Gráfico N° 22:



Análisis e interpretación:

Este gráfico muestra que el 36% de las enfermeras tenía entre 20 y 30 años; el 30% entre 41 y 50 años; el 16% entre 31 y 40 años, el 14% entre 51 y 60; el 10% más de 61 años y un 4% sin registro.

Tabla N° 22:

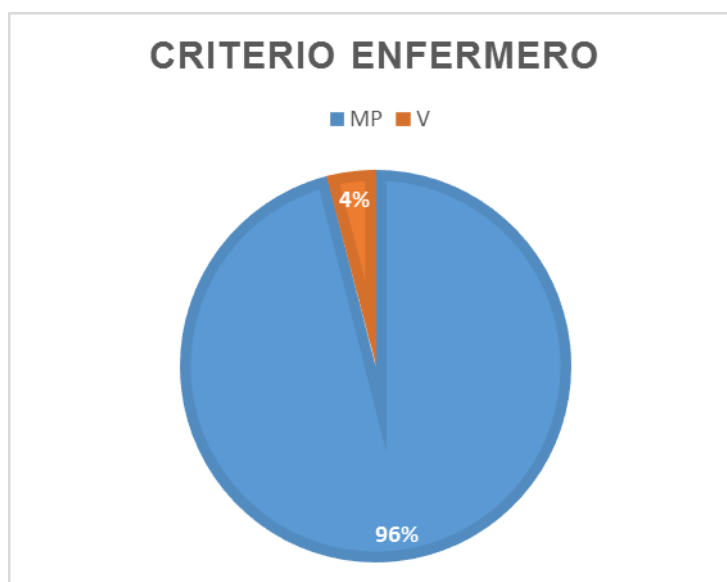
Criterio enfermero con respecto a la primera movilización de las puérperas incluidas en la investigación.

Criterio enfermero	f.a.	f.r
MP	48	96%
V	2	4%
TOTAL	50	100%

Referencias
MP= Mov. Precoz
V= Vacío

Fuente: Datos obtenidos por las autoras, Mendoza, agosto-setiembre 2016

Gráfico N° 22:



Análisis e interpretación:

Este gráfico muestra que el 96% de las enfermeras optaron por la movilización precoz y del 4% restante no se hallaron registros.

Tabla N° 23:

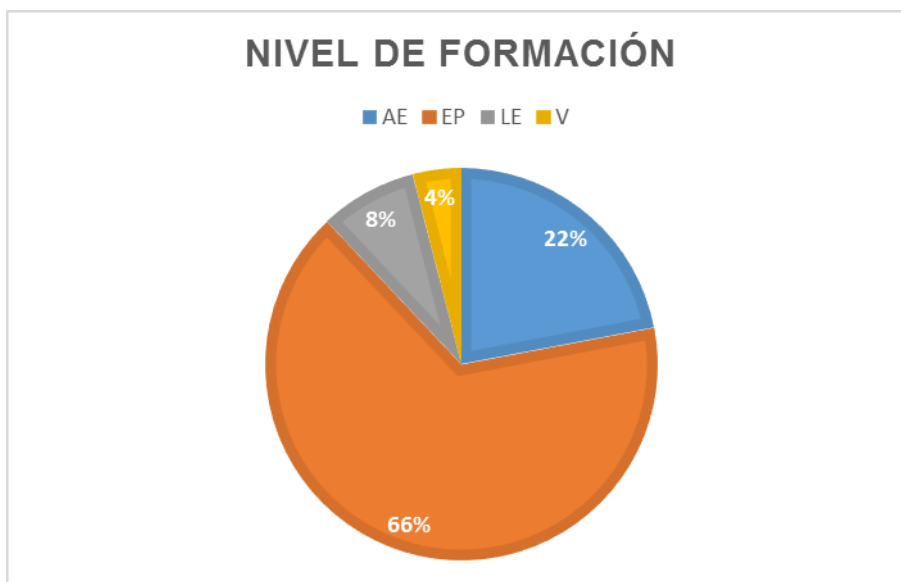
Nivel de formación de las enfermeras incluidas en el estudio.

Nivel de Formación	f.a.	f.r
AE	11	22%
EP	33	66%
LE	4	8%
V	2	4%
TOTAL	50	100%

Referencias
AE= Auxiliar de Enfermería
EP= Enfermera Profesional
LE= Licenciada en Enfermería

Fuente: Datos obtenidos por las autoras, Mendoza, agosto-setiembre 2016

Gráfico N° 23:



Análisis e interpretación:

Este gráfico demuestra que el 66% de las enfermeras implicadas en el estudio eran profesionales, el 22% auxiliares y el 8% licenciadas. El restante 4% no fue registrado en historia clínicas.

TABLAS Y GRÁFICOS BIVARIADAS

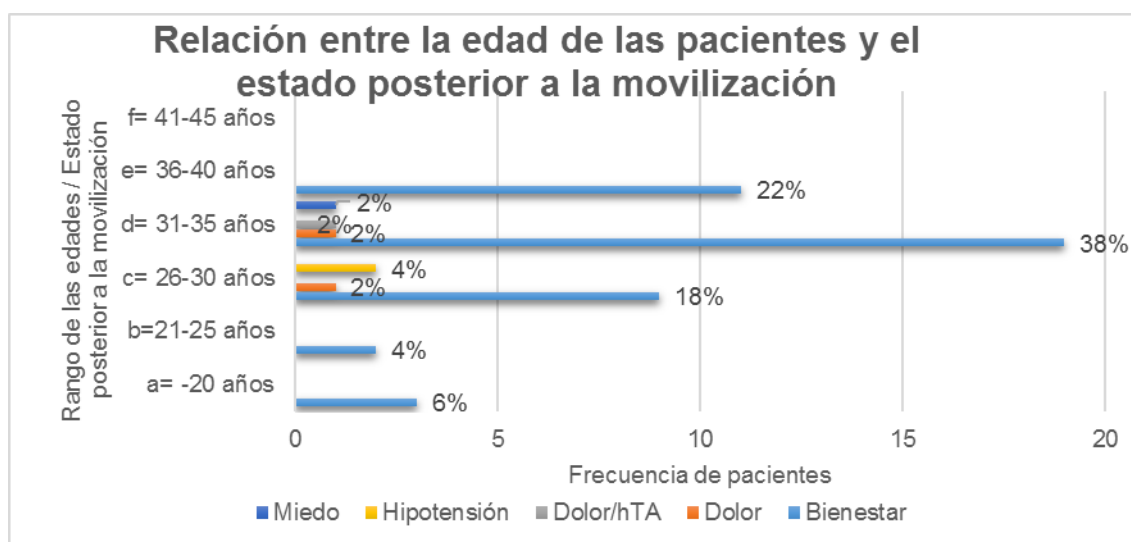
Tabla N° 24:

Relación entre las edades de las pacientes y el estado posterior a la movilización.

	Bienestar	Dolor	Dolor/hTA	Hipotensión	Miedo
a= -20 años	3				
b=21-25 años	2				
c= 26-30 años	9	1		2	
d= 31-35 años	19	1	1		1
e= 36-40 años	11				
f= 41-45 años					

Fuente: Datos obtenidos por las autoras, Mendoza, agosto-setiembre 2016

Gráfico N° 24:



Análisis e interpretación:

El gráfico nos muestra que la mayoría de las pacientes presentó bienestar posterior a la movilización. Las pacientes dentro del rango menor de 20 años presentaron bienestar en un 6%; las que se encontraron dentro del rango entre 21-26 años, bienestar en un 4%; las que estaban dentro del rango de 26-30 años, un 18 % bienestar, 4% hipotensión y 2% dolor. Las del rango de 31-35 años, 38% bienestar, y 2% por igual dolor e hipotensión, y solo dolor; las pacientes dentro del rango 36-40 años, bienestar en un 22%. El rango de 41-45 años no incluye pacientes.

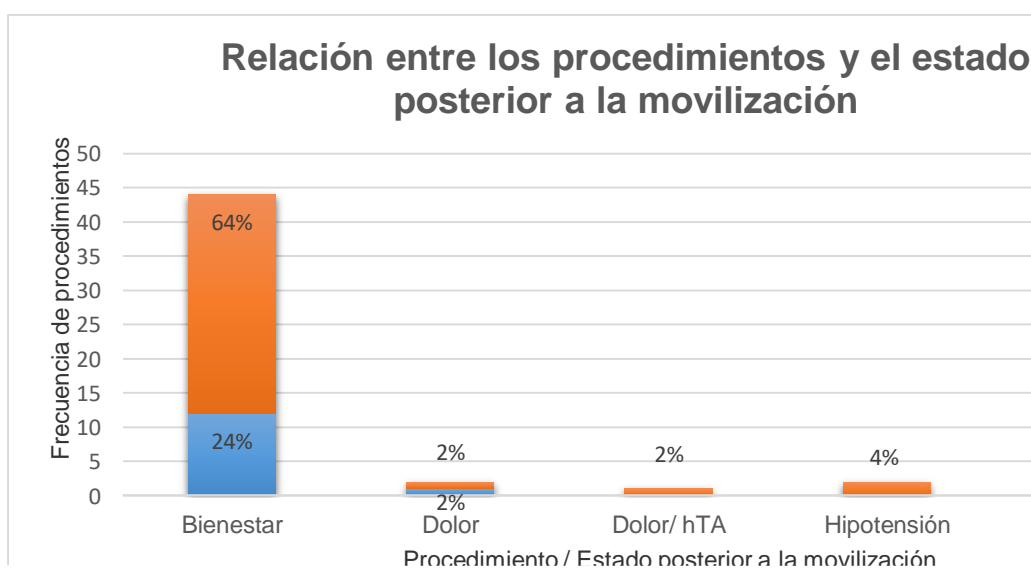
Tabla N° 25:

Relación entre los procedimientos y el estado posterior a la movilización.

	Bienestar	Dolor	Dolor/ hTA	Hipotensión	Miedo
Parto	12	1			
Cesárea	32	1	1	2	1

Fuente: Datos obtenidos por las autoras, Mendoza, agosto-setiembre 2016

Gráfico N° 25:



Análisis e interpretación:

El gráfico demuestra que de las pacientes que han tenido parto vaginal, el 24% de ellas han tenido bienestar y un 2% dolor. De las pacientes que han tenido cesárea, un 64% manifestaron bienestar, un 2% dolor, 2% dolor e hipotensión, 2% hipotensión, y otro 2 % miedo.

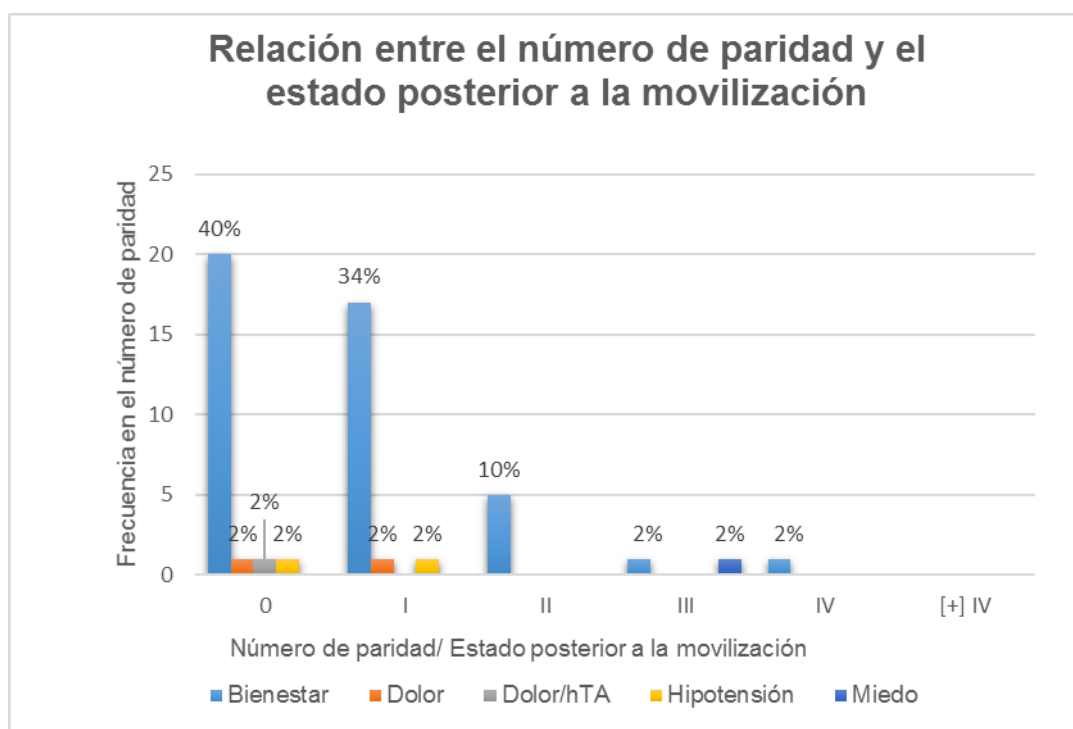
Tabla N° 26:

Relación entre el número de paridad y el estado posterior a la movilización.

	Bienestar	Dolor	Dolor/hTA	Hipotensión	Miedo
0	20	1	1	1	
I	17	1		1	
II	5				
III	1				1
IV	1				
[+] IV					

Fuente: Datos obtenidos por las autoras, Mendoza, agosto-setiembre 2016

Gráfico N° 26:



Análisis e interpretación:

En este gráfico se observa que el 40% de las pacientes que tuvieron bienestar eran nulíparas, y el resto con el 2% respectivamente, dolor, dolor e hipotensión, e hipotensión. El 34% de las primíparas tuvo bienestar; el resto con dolor e hipotensión, con el 2% por igual. Y, por último, el 10% de las secundíparas y el 2% de las tercíparas y cuartíparas respectivamente, sintieron bienestar después de la movilización, salvo una sola que manifestó miedo (tercípara). No se observan pacientes con más de 4 paridades.

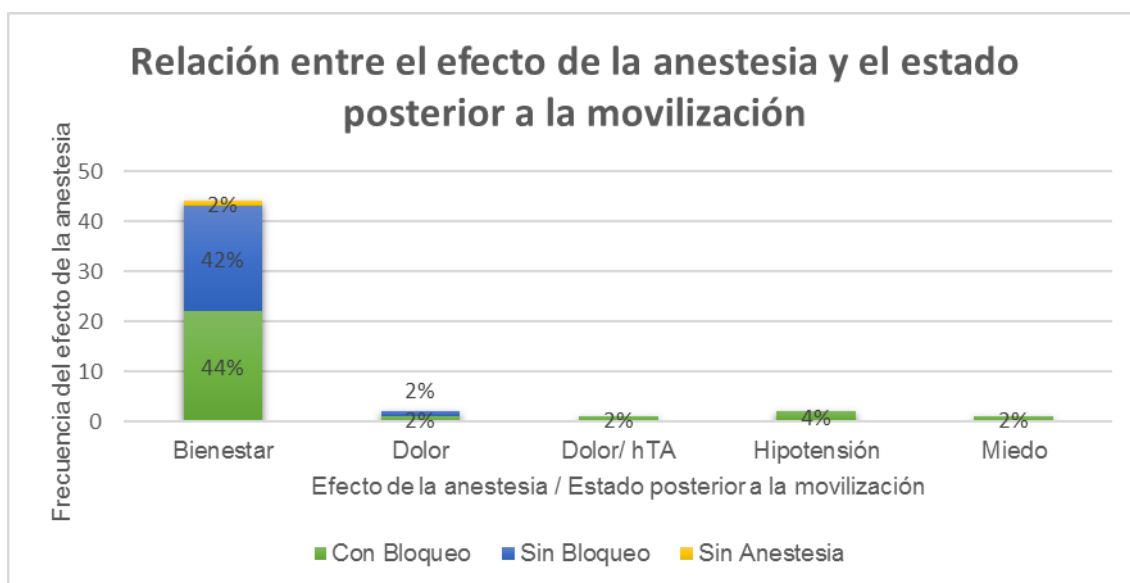
Tabla N° 27:

Relación entre el efecto de la anestesia y el estado posterior a la movilización.

	Bienestar	Dolor	Dolor/ hTA	Hipotensión	Miedo
Con Bloqueo	22	1	1	2	1
Sin Bloqueo	21	1			
Sin Anestesia	1				

Fuente: Datos obtenidos por las autoras, Mendoza, agosto-setiembre 2016

Gráfico N° 27:



Análisis e interpretación:

El gráfico muestra que el 44% de las pacientes que tuvieron bloqueo de miembros inferiores tuvo bienestar, el 42% de las pacientes sin bloqueo tuvo bienestar, y el 2% no tuvo anestesia. Además, las pacientes que tuvieron bloqueo de miembros inferiores tuvo dolor (2%); dolor e hipotensión (2%); hipotensión (4%) y miedo (2%). Mientras que las pacientes que no manifestaron bloqueo de miembros inferiores tuvieron solo dolor en un 2%.

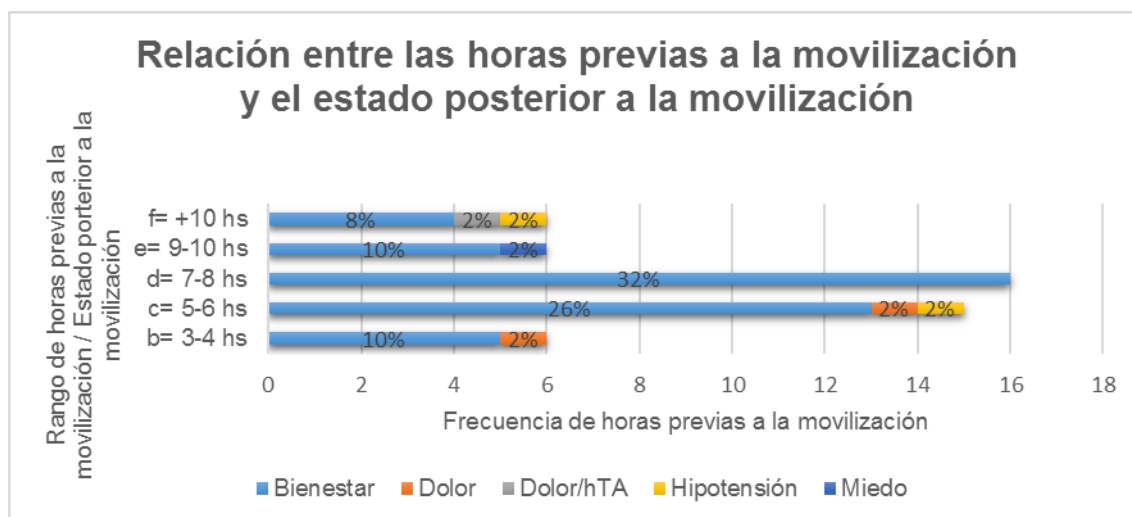
Tabla N° 28:

Relación entre la cantidad horas desde la intervención hasta la primera movilización y el estado posterior a la movilización de las pacientes puérperas implicadas en el estudio.

	Bienestar	Dolor	Dolor/hTA	Hipotensión	Miedo
a= -3 hs					
b= 3-4 hs	5	1			
c= 5-6 hs	13	1		1	
d= 7-8 hs	16				
e= 9-10 hs	5				1
f= +10 hs	4		1	1	

Fuente: Datos obtenidos por las autoras, Mendoza, agosto-setiembre 2016

Gráfico N° 28:



Análisis e interpretación:

En este gráfico se puede interpretar que de 50 puérperas 43 tuvieron bienestar posterior a la movilización: 32% las que estuvieron en reposo entre 7-8 hs; 26% entre 5-6 hs; 10% entre 3-4 hs y 9-10 hs, respectivamente; y 8% más de 10 hs. Las pacientes que tuvieron dolor en un 2% estuvieron en el rango de 3-4 hs y 5-6 hs respectivamente; las que tuvieron dolor e hipotensión, un 2% en el rango mayor a 10 hs; hipotensión en un 2% las pacientes dentro de los rangos 5-6 hs y más de 10 hs, respectivamente; y, por último, miedo en un 2% en el rango de 9-10 hs.

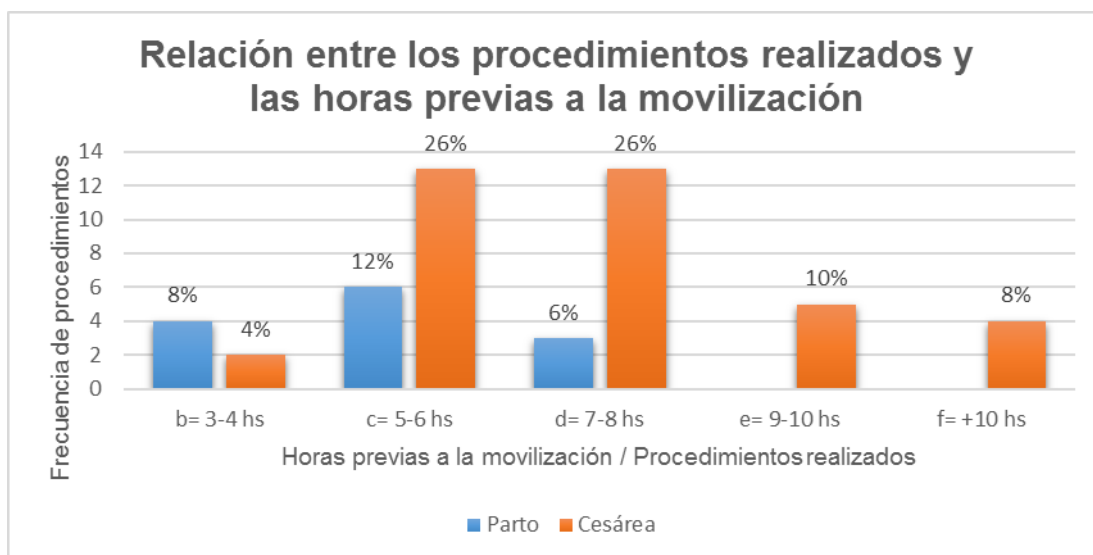
Tabla N° 29:

Relación entre los procedimientos realizados, ya sea parto o cesárea y las horas previas a la movilización de las puérperas incluidas en la investigación.

	Parto	Cesárea
a= -3 hs		
b= 3-4 hs	4	2
c= 5-6 hs	6	13
d= 7-8 hs	3	13
e= 9-10 hs		5
f= +10 hs		4

Fuente: Datos obtenidos por las autoras, Mendoza, agosto-setiembre 2016

Gráfico N° 29:



Análisis e interpretación:

En este gráfico se interpreta que 26% de las pacientes puérperas de cesárea se han movilizado entre las 5 y 6 horas, el otro 26% entre las 7 y 8 horas. El 10% de las cesáreas entre 9 y 10 horas; más de 10 horas el 8%; y, entre 3 y 4 horas el 4%. En cuanto a los partos normales el 12% se levantó entre las 5 y 6 horas; el 8% entre las 3 y 4 horas; y, el 6% entre 7 y 8 horas.

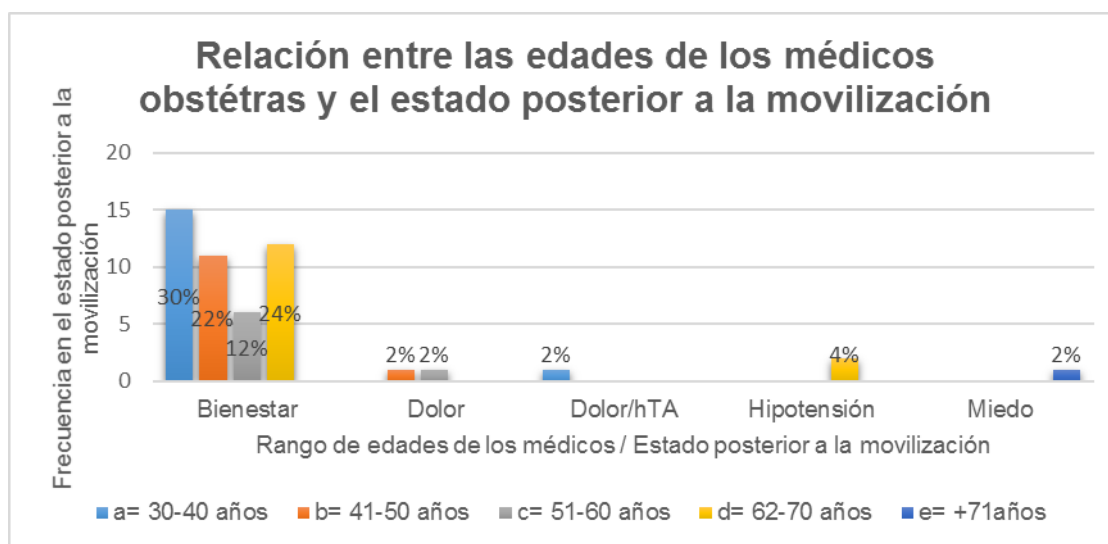
Tabla N° 30:

Relación entre las edades de los médicos obstétricos y el estado posterior a la movilización de las púerperas incluidas en la investigación.

	Bienestar	Dolor	Dolor/hTA	Hipotensión	Miedo
a= 30-40 años	15		1		
b= 41-50 años	11	1			
c= 51-60 años	6	1			
d= 62-70 años	12			2	
e= +71años					1

Fuente: Datos obtenidos por las autoras, Mendoza, agosto-setiembre 2016

Gráfico N° 30:



Análisis e interpretación:

El gráfico nos muestra que las pacientes atendidas por los médicos dentro del rango de 30-40 años presentaron bienestar en un 30% y dolor e hipotensión en un 2%; las que fueron atendidas por los que se encontraban dentro del rango de 41-50 años, bienestar en un 22% y dolor en un 2%; las que estaban dentro del rango de 51-60 años, un 12 % bienestar y 2% dolor. Las del rango entre 62-70 años, 24% bienestar, y 4% hipotensión. En el rango de más de 70 años, las pacientes manifestaron miedo en un 2%.

Tabla N° 31:

Relación entre el criterio de los obstetras con respecto a la movilización de las puérperas y el estado posterior a la movilización de las puérperas incluidas en el estudio.

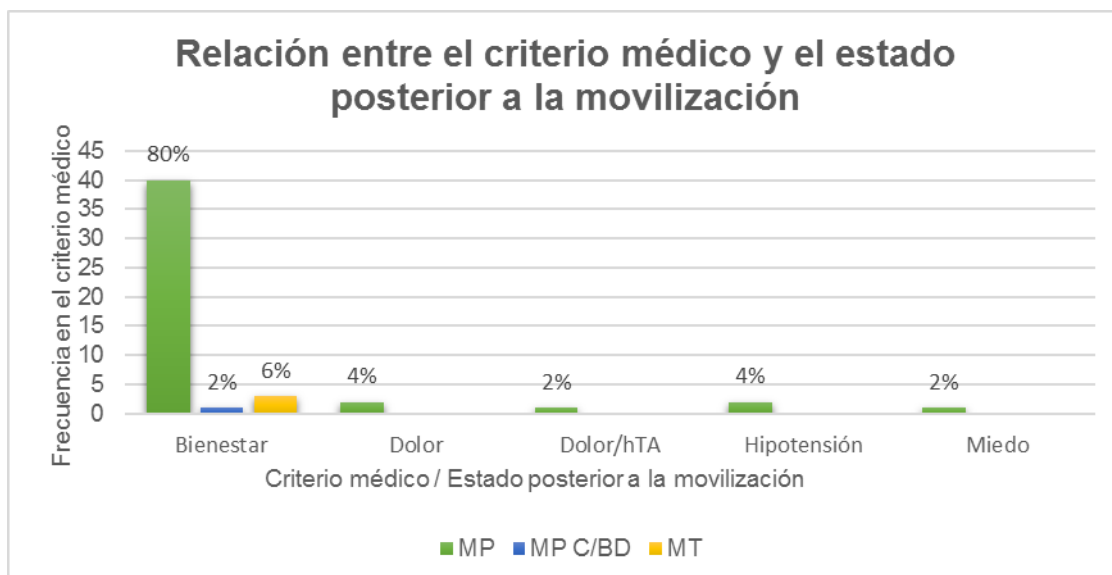
	Bienestar	Dolor	Dolor/hTA	Hipotensión	Miedo
MP	40	2	1	2	1
MP C/BD	1				
MT	3				

Referencias

MP= Mov. Precoz
 MT= Mov. Tardía
 MP C/BD= Mov. Precoz con Bomba del Dolor

Fuente: Datos obtenidos por las autoras, Mendoza, agosto-setiembre 2016

Gráfico N° 31:



Análisis e interpretación:

En este gráfico se puede interpretar que las pacientes de los médicos que tienen criterio de movilización precoz manifestaron bienestar en un 80%, dolor en un 4%, dolor e hipotensión en un 2%, hipotensión en un 4% y miedo en un 2%. Sin embargo, en las pacientes de los médicos que tienen el criterio de movilización con bomba del dolor y movilización tardía, manifestaron bienestar en un 2% y en 6%, respectivamente.

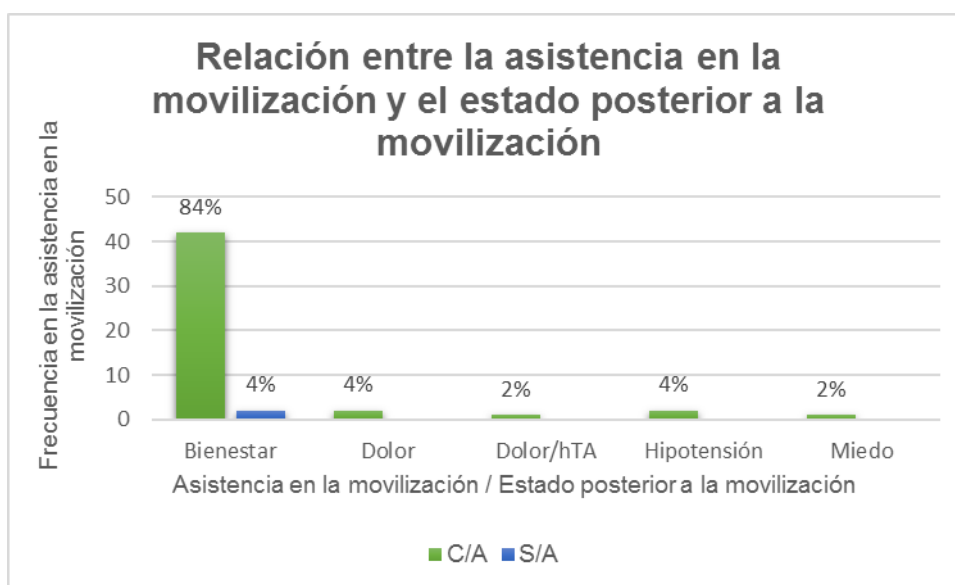
Tabla N° 32:

Relación entre la asistencia por parte de enfermería, en la primera movilización de las pacientes púerperas incluidas en la investigación y el estado posterior a la movilización de las mismas.

	Bienestar	Dolor	Dolor/hTA	Hipotensión	Miedo	Referencias
C/As	42	2	1	2	1	C/A= con asistencia
S/As	2					S/A= sin asistencia

Fuente: Datos obtenidos por las autoras, Mendoza, agosto-setiembre 2016

Gráfico N° 32:



Análisis e interpretación:

En esta tabla se observa que, de las pacientes asistidas por enfermeras al moverse por primera vez, el 84% sintió bienestar, el 4% dolor, el 2% dolor e hipotensión, el 2% hipotensión y el 2% miedo. Mientras que el 2% de las pacientes que no recibieron asistencia de enfermería tuvieron bienestar. Observación: Se aclaró en el análisis e interpretación del gráfico n° 20 que las pacientes que no recibieron asistencia de enfermería, se movizaron por voluntad propia y con ayuda del familiar, pero ello no quedó asentado en las hojas de enfermería.

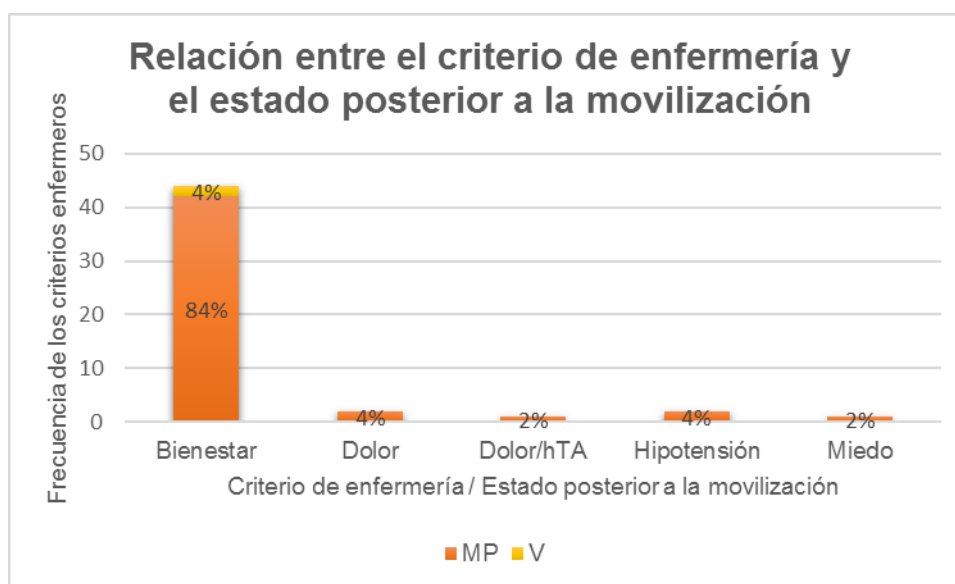
Tabla N° 33:

Relación entre el criterio de enfermería con respecto a la movilización de las puérperas y el estado posterior a la movilización de las mismas incluidas en el estudio.

	Bienestar	Dolor	Dolor/hTA	Hipotensión	Miedo	Referencias
MP	42	2	1	2	1	MP= Mov. Precoz
V	2					V= Vacío

Fuente: Datos obtenidos por las autoras, Mendoza, agosto-setiembre 2016

Gráfico N° 33:



Análisis e interpretación:

En este gráfico se observa que la movilización precoz es criterio de todas las enfermeras que han estado implicadas en el estudio (96%), excepto el 4% que no quedó registrado en las hojas de enfermería. Dentro de los criterios de movilización precoz, las pacientes manifestaron bienestar en un 84%, dolor en un 4%, dolor e hipotensión en un 2%, hipotensión en un 4% y miedo en un 2%.

Tabla N° 34:

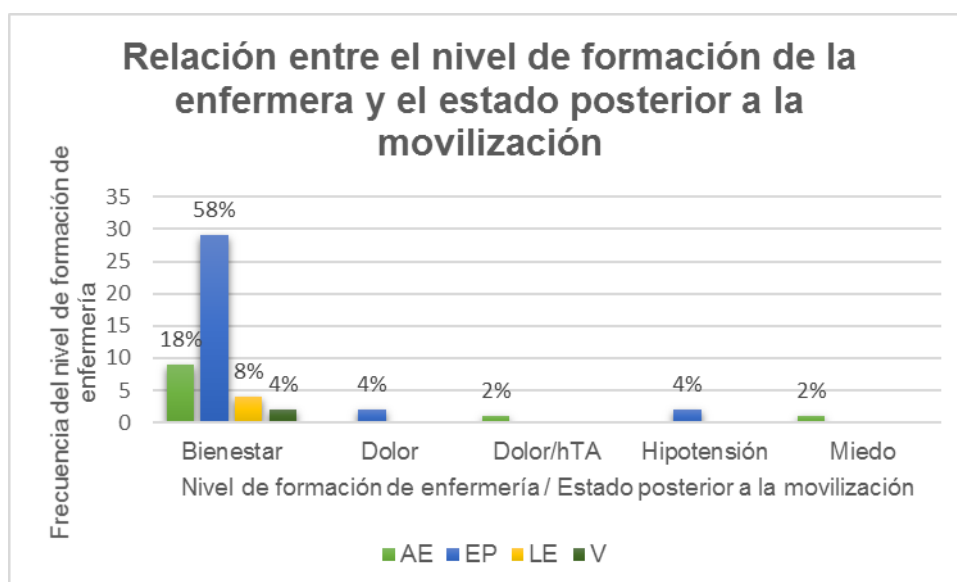
Relación entre el nivel de formación de la enfermera y el estado posterior a la movilización de las pacientes incluidas en el estudio.

	Bienestar	Dolor	Dolor/hTA	Hipotensión	Miedo
AE	9		1		1
EP	29	2		2	
LE	4				
V	2				

Referencias
AE= Auxiliar de Enfermería
EP= Enfermera Profesional
LE= Licenciada en Enfermería

Fuente: Datos obtenidos por las autoras, Mendoza, agosto-setiembre 2016

Gráfico N° 34:



Análisis e interpretación:

Este gráfico demuestra que las pacientes atendidas por auxiliares en enfermería han manifestado bienestar en un 18%, dolor e hipotensión en un 2% y miedo en un 2%; las pacientes atendidas por enfermeras profesionales manifestaron bienestar en un 58%, dolor en un 4% e hipotensión en un 4%; las pacientes atendidas por licenciadas en enfermería manifestaron bienestar en un 8%. Además, se observa el 4% de la información no encontrada en las historias clínicas.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

En el análisis e interpretación de los gráficos se observó que, con respecto a las pacientes, la mayoría se encontró en el rango de edad entre 31 y 35 años (44%), mientras que el rango de edad de menor frecuencia fue el de 21 a 25 años (4%). Además, la mayoría de las pacientes eran primigestas (42%) y secundigestas (38%). A su vez, eran nulíparas (46%) o primíparas (38%). También, el 70% de las pacientes no presentaron patologías previas antes de la intervención.

Continuando con las intervenciones, las cesáreas predominaron sobre los partos con un 80%. Y previo a la intervención las pacientes manifestaron en su mayoría bienestar (80%). Durante las mismas intervenciones predominaron las drogas Bupivacaína y Sufentanilo (40%), lo que llevó a un 54% de las pacientes con bloqueo de miembros inferiores.

Con respecto al período posterior a la intervención se observó que el 54% de la vía de administración de los analgésicos suministrados, fueron vía oral y endovenosa, siendo Diclofenac y Tramadol los analgésicos más usados (42%). Y 66% de las pacientes tuvieron bienestar antes de la movilización. El tiempo de reposo previo a la movilización predominó entre las 5 y 6 hs, con el 38% de las pacientes, sin distinción de si fue parto o cesárea. Posterior a la movilización, el 88% de las pacientes púerperas sintieron bienestar, mientras que solo el 12% sintió malestar manifestado por dolor (6%), hipotensión (4%) y miedo (2%). Al alta, la mayoría de las pacientes sintieron bienestar (90%).

En cuanto a los médicos obstetras, la mayoría de ellos tenían entre 30 y 40 años (32%), mientras que la minoría era mayor de 71 años (2%). Con respecto a la movilización de las púerperas, el 92% manifestó preferir la movilización precoz, a pesar, que ninguno de ellos dejó por escrito las indicaciones de una hora específica de esa primera movilización.

Sobre los médicos anestesistas, se observó que el rango de edad entre 30 y 40 años representó a la mayoría en un 74%, y la minoría se encontró en un rango

entre 41 y 50 años con un 4%. Además, se agregó el 2% que representó el caso en el que no hubo anestesista durante la intervención. En cuanto al criterio de movilización de las puérperas, el 74% de los anestesistas no emitió opinión al respecto, solo el 24% opinó que las pacientes no tuvieran dolor, sin darle importancia a la movilización precoz o tardía.

Acerca de la labor de enfermería, se observó que el 96% de las pacientes puérperas fueron asistidas en la primera movilización, mientras que el 4% no fue asistida, ya que las pacientes manifestaron haberse levantado por voluntad propia, con ayuda del familiar, aunque de ello, no se hallaron registros en las hojas de enfermería. A su vez, el 36% de las enfermeras tenían entre 20 y 30 años y el 10% más de 61 años, aparte del 4% sin registro. Se analizó que la totalidad de las enfermeras opinó a favor de la movilización precoz, más allá del nivel de formación, el cual en su mayoría era enfermera profesional (66%).

En relación al estado posterior a la movilización de las puérperas y las demás variables, se observó, en primera instancia que la mayoría de las pacientes presentó bienestar posterior a la movilización, siendo el grupo entre 31 y 35 años las que mayormente lo presentaron (38%); las que estaban dentro del rango de 26-30 años fueron las que manifestaron el mayor malestar: 4% hipotensión y 2% dolor. Además, se observó que la mayoría de las pacientes que no tuvieron partos anteriores y que tuvieron un solo parto, sintieron bienestar en un 40% y 34%, respectivamente, mientras que los mismos grupos de pacientes, nulíparas y primíparas manifestaron malestar, ya sea dolor, hipotensión, y dolor e hipotensión juntos. Las pacientes con más paridades solo manifestaron bienestar, salvo una sola que manifestó miedo (tercípára).

En cuanto a la relación entre la intervención realizada y el estado posterior de las puérperas, se observó que, tanto las pacientes de parto como las de cesárea manifestaron en su mayoría bienestar, 24% y 64% respectivamente. Mientras que solo las pacientes de cesárea presentaron malestar, 2% dolor, 2% dolor e hipotensión, 2% hipotensión, y otro 2 % miedo.

Al regresar de la intervención, tanto las pacientes que tuvieron bloqueo de miembros inferiores como las que no lo tuvieron, manifestaron bienestar posterior a la movilización, 44% y 42% respectivamente. Pero las pacientes con bloqueo en miembros inferiores manifestaron mayoritariamente malestar: dolor (2%); dolor e hipotensión (2%); hipotensión (4%) y miedo (2%).

Con respecto a la hora previa a la movilización, se observó que la mayoría de las pacientes que tuvo bienestar posterior a la movilización había estado entre 7-8 hs y 5-6 hs en reposo, 32% y 26% respectivamente. Sin embargo, las pacientes que manifestaron dolor e hipotensión se encontraron dentro del rango entre 5-6 hs. De todas maneras, la mayoría de las pacientes (26%) de las pacientes puérperas de cesárea se movilizaron entre las 5 y 6 horas, y en cuanto a los partos normales la mayoría (12%) se levantó también entre las 5 y 6 horas.

Sobre la relación entre los médicos obstetras y el estado posterior a la movilización de las puérperas, la mayoría de las pacientes que manifestaron bienestar (30%) fueron atendidas por médicos entre las edades de 30-40 años; en cuanto al malestar, se presentaron en todos los rangos etarios, aunque la mayoría de las pacientes que manifestaron hipotensión (4%) fueron atendidas por médicos entre 62-70 años. En cuanto al criterio de movilización de las puérperas, la mayoría de las pacientes que manifestaron bienestar posterior a la movilización (80%), fueron atendidas por médicos con criterio de movilización precoz; igualmente, las pacientes que manifestaron malestar fueron atendidas por médicos con el mismo criterio.

Acerca de la relación entre el estado posterior a la movilización de las pacientes y la asistencia de enfermería, se observó que las pacientes asistidas por enfermeras al movilizarse por primera vez, el 84% sintió bienestar, el 4% dolor, el 2% dolor e hipotensión, el 2% hipotensión y el 2% miedo. Mientras que el 2% de las pacientes que no recibieron asistencia de enfermería tuvieron bienestar. Además, la totalidad de las enfermeras están de acuerdo con la movilización precoz, por lo tanto, dentro de este criterio se encuentran las pacientes que sintieron bienestar (84%) y las que sintieron malestar (dolor en

un 4%, dolor e hipotensión en un 2%, hipotensión en un 4% y miedo en un 2%). En cuanto a la relación con el nivel de formación de las enfermeras, la mayoría de las pacientes fueron atendidas por enfermeras profesionales, y ellas manifestaron bienestar en un 58%, dolor en un 4% e hipotensión en un 4%. Asimismo, se observó el 4% de la información no encontrada en las historias clínicas.

DISCUSIÓN

Tras el análisis e interpretación de los resultados, se resalta la información más relevante y se resume que: las edades de mayor frecuencia dentro de las pacientes son entre 31 a 35 años y en segundo lugar entre 26 a 30 años; y dentro de estos grupos, se observa que la mayor frecuencia de bienestar y malestar posterior a la primera movilización, se encuentra dentro del primer grupo etario.

En cuanto al procedimiento realizado a las pacientes, las cesáreas priman por sobre los partos, y es posterior a ellas que se manifiesta tanto bienestar como malestar, mientras que, en los partos, solo bienestar.

En relación a las gestas y a la paridad, se observa tanto el mayor porcentaje de bienestar y malestar en las pacientes nulíparas y primíparas; y en las pacientes primigestas y secundigestas.

Sobre las patologías y el estado previo al procedimiento se encontró que no influyen en el estado posterior a la movilización.

Acerca del efecto de la anestesia sobre las pacientes y su relación con la primera movilización, se observa que las pacientes que manifiestan tanto bienestar y malestar al moverse, regresan a la habitación con sus miembros inferiores bloqueados. Y en cuanto a la medicación analgésica, las vías de administración mayormente elegidas son vía oral y endovenosa, y las principales drogas son Diclofenac y Tramal. Sin embargo, no influyen en la primera movilización, ya que la mayoría de las pacientes manifiesta bienestar.

En el momento previo, durante y posterior a la movilización, las pacientes manifiestan mayoritariamente bienestar. Puntualmente, las horas de espera previas a la movilización, que más han favorecido al bienestar son de 5 a 8 horas para a ambos procedimientos. Al momento del alta, también se observa un alto porcentaje de bienestar.

En cuanto a la relación de las edades de los médicos y el estado de las pacientes posterior a la primera movilización, se puede resaltar que la mayoría de los médicos se encuentran entre 30-40 años; y en cuanto al estado de las pacientes, en todos los grupos etarios se observa tanto bienestar como malestar, pero el malestar que se observa dentro de los grupos entre 30 a 60 años es el dolor, y entre 62-70 la hipotensión. Igualmente, acerca del criterio de movilización, se observa que las pacientes atendidas por médicos con criterios de movilización precoz, son las que han tenido bienestar y malestar (dolor, hipotensión y miedo). Por otro lado, no se hallan en este estudio registros escritos de horas de movilización, en las indicaciones médicas.

En relación a los datos proporcionados por los anestesistas, al analizarlos, se observa que no tienen relevancia con el tema central de movilización de las pacientes.

Acerca de la tarea de enfermería, sólo el 4% de las pacientes no reciben asistencia a la hora de su primera movilización, por voluntad propia de las pacientes, pero ellas manifiestan bienestar a la hora de moverse y ambas tienen partos. Las que recibieron asistencia de enfermería, la mayoría sintió bienestar, pero también un porcentaje presentó malestar. A su vez, se observó que la totalidad de las enfermeras están de acuerdo con la movilización precoz; la mayoría de las enfermeras tienen entre 20 y 30 años; y son enfermeras profesionales; pero ello no influye en el bienestar o malestar de las púerperas posterior a su primera movilización.

CONCLUSIONES

Este trabajo de investigación, en el que se buscó determinar la influencia de los distintos criterios profesionales en la tarea independiente de enfermería, al momento de movilizar a la paciente puérpera de cesárea o parto, por primera vez desde la intervención; llevó a indagar sobre la fundamentación científica de los estadios del puerperio, los beneficios y complicaciones de la movilización precoz o tardía de las pacientes y las acciones reales del equipo de enfermería; además, de los tiempos reales en los que se levantaron las pacientes implicadas en el estudio, los criterios de los profesionales intervinientes, el estado posterior a dicho evento y las drogas anestésicas y analgésicas utilizadas.

Según la bibliografía consultada, en cuanto a las complicaciones de la movilización, se obtiene que la movilización precoz favorece la micción y la motilidad intestinal, disminuyendo el dolor en el puerperio; mientras que una de las graves complicaciones del reposo prolongado es la trombosis venosa profunda, caso que no podemos constatar en nuestro estudio porque sucede cuando la paciente está de alta.

Con toda la información recolectada y analizada, se logra establecer una relación entre las edades de las pacientes y el estado posterior a la primera movilización, ya que dentro del grupo etario de 31 a 35 años es donde más se observan los casos de malestar. De igual manera, se presenta una relación similar entre el número de gestas y número de paridad con el estado posterior a la primera movilización, ya que las pacientes con mayor malestar son las primigestas, secundigestas, nulíparas y primíparas.

Otra relación que se puede determinar es la del procedimiento realizado, el efecto de la anestesia sobre las pacientes y el estado posterior a la primera movilización de las puérperas. En ellas se observa que, tanto en las cesáreas como en las pacientes que presentan bloqueo de miembros inferiores, se observa malestar a la hora de la primera movilización.

Más allá de los análisis realizados y de las relaciones que se pudieron establecer, no se puede considerar como regla general que las variables anteriormente mencionadas tengan correlación estricta como se presentó en este estudio, ya que los porcentajes de pacientes que presentaron malestar son bajos en relación a la muestra total.

Por otro lado, se pudo establecer que, en concordancia con lo referido en la bibliografía, el horario ideal para la movilización de las puérperas, se encuentra entre las 5 y 8 horas posterior a la intervención, ya sea parto o cesárea.

Con respecto a los distintos criterios sobre movilización de puérperas, ya sea criterio médico o enfermero, se observa que éstos no influyen en el estado de la paciente posterior a la primera movilización.

De todas maneras, y para concluir, se resume que los criterios médicos no deberían influir en la labor de enfermería; ya que, si las enfermeras respetan el horario de movilización propuesto por la bibliografía y este estudio, no deberían surgir complicaciones, a menos que estas surjan por problemas inherentes a la paciente y no al proceso de movilización per sé.

Sin embargo, el criterio médico sobre la labor de enfermería podría llegar a influir sobre este, si los médicos determinaran un horario fijo de movilización, ya que esta tarea dejaría de ser independiente de enfermería.

PROPUESTAS

La recomendación de las autoras es que se normatice el horario de la primera movilización de las puérperas, ya sean partos o cesáreas, entre 5 a 8 horas, según criterio enfermero, permitiendo que la tarea sea totalmente independiente.

Por otro lado, si esta institución quisiera disminuir aún más las complicaciones posteriores a la movilización de las puérperas, sería conveniente, que las enfermeras de la maternidad cuenten con más información sobre la paciente, como, por ejemplo: hematocrito previo, medicación y soluciones administradas en sala de partos, además de las complicaciones que puedan surgir durante el procedimiento.

Para finalizar las autoras remarcan la importancia de los registros de enfermería en todo el proceso, más allá de si hubo complicaciones o no, ya que no se perdería información sobre las pacientes, permitiendo realizar la labor correctamente y, por ende, una mayor calidad de atención a las pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- **Cabero Roura L, Saldivar Rodriguez D, Cabrillo Rodríguez E.** Obstetricia y medicina materno-fetal. Barcelona: Editorial Panamericana; 2007 [consultado 25/7/2016]. Disponible en: https://books.google.com.ar/books?id=AGh8rK1MmOsC&pg=PR29&hl=es&source=gbs_selected_pages&cad=3#v=onepage&q&f=false
- **Clínica Universidad de Navarra.** Diccionario médico. España. 2015. Disponible en: <http://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/analgesia>
- **Cunningham G. W.** Obstetricia. Edición panamericana. 21° edición: España; 2002
- **Díaz Izquierdo F.** Fármacos en Anestesiología. Slideshare. Lima; 2013. [consultado en julio 2016]. Disponible en: [es.slideshare.net/mobile/Frankdy/farmacos-en-anestesiología](http://es.slideshare.net/mobile/Frankdy/farmacos-en-anestesiologia).
- **Dra. Manrique M., Dra. Pérez Herrezuelo.** Complicaciones de la cesárea. Granada: Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves; 2009. [consultado 25/7/2016]. Disponible en: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/cr.complicaciones_cesarea.pdf
- **Equipo IBQ.** Vademécum de la A a la Z. Instituto Químico Biológico. España 2014. Disponible en: <http://www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/r026.htm>
- **Hurford W, M.D. y otros.** Anestesia. Massachusets. Gral Hospital. Marban Libros SRL. Ed original: Massachusets; 2004
- **Lic. Valdez L.** Primer Manual de Normas y Protocolos, Enfermería Obstétrica y Ginecológica de Cuyo. Hospital Español de Mendoza. Enero 2014.

- **Merchán Rodríguez D.** Cumplimiento y aplicación de las normas de atención del puerperio por el personal de enfermería en el Hospital “Dr. Rafael Serrano López” 2011-2012. Ecuador: Universidad Estatal Península de Santa Elena, Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud, Escuela de Ciencias Médicas, Carrera de Enfermería; 2012 [consultado en Julio /2016]. Disponible en:
<http://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/607/1/MERCHAN%20RODRIGUEZ%20DALILA-TESIS.pdf>
- **Morocho Córdova L, Guzmán M.** Atención de Enfermería durante el período de puerperio inmediato en la Clínica Municipal “Julia Esther González Delgado” de la ciudad de Loja durante el período Marzo 2009 – Julio 2011. Ecuador: Universidad Nacional de Loja, Área de la Salud Humana, Carrera de Enfermería; 2011. [consultado en Julio /2016]. Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/4169>
- **Raffensperger E., Lloyd Zusy M., Marchesseault L., Neeson J.** Manual de la Enfermería. Edición original. Barcelona: Océano-Centrum;1987.
- **Reeder S., Martin L., Koniak D.** Enfermería Materno-infantil. 17ª Edición. México DF: McGraw-Hill, Interamericana; 1995.
- **Schwarcz R, Fescina R, Duverges C.** Obstetricia. 6ta edición. Buenos Aires: Editorial El Ateneo; 2005.
- **Socarrás Ibáñez N.** Enfermería ginecoostétrica. Edición original. La Habana: Ecimed; 2009. [consultado 25/7/2016].
Disponible en: <http://gsdl.bvs.sld.cu/cgi-bin/library?e=d-00000-00---off-0enfermeria--00-0--0-10-0--0-0---0prompt-10---4-----sti-4-0-1l--11-es-50-0--20-about-n1cido-es-00-0-1-00-2-0-11-10-0-00-00-0-0-11-1-1-utfZz-8-00&a=d&c=enfermeria&cl=CL1&d=HASH01963050eb861d574931320d.19>

ANEXOS

ANEXO N° 1: Grilla de recolección de datos

N°:

Fecha:

GRILLA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1° Parte	Paciente:			Habitación:
1. Edad	a) -20 años	b) 21-25	c) 26-30	
	d) 31-35	e) 36-40	f) 41-45	
2. Procedimiento	Parto	Cesárea		
3. N° Gesta	I	II	III	
	IV	V	+V	
4. N° Para	0	I	II	
	III	IV	+IV	
5. Patologías previas	Ninguna	Diabetes	Hipotensión arterial	
	Hipertensión Arterial	Trombofilia	Hipotiroidismo	
	Hipertiroidismo	Otras (detallar):		
6. Estado previo al procedimiento	Bienestar	Malestar (detallar):		
7. Efecto de la anestesia:	Con bloqueo MMII	Sin bloqueo MMII	Sin anestesia	
8. Droga anestésica	Bupivacaína	Rupivacaína	Sufentanilo	
	Sin anestesia			
9. Analgesia. Vías de administración	Vía oral	Vía EV	Vía IM	
	Vía IT			
10. Droga analgésica	Diclofenac	Ketorolac	Paracetamol	
	Tramadol	Otras:		
11. Estado previo a la movilización	Bienestar	Malestar (detallar):		
12. Horas previas a la movilización	a) -3 hs	b) 3-4 hs	c) 5-6 hs	
	d) 7-8 hs	e) 9-10 hs	f) +10 hs	
13. Estado posterior a la movilización	Bienestar	Malestar (detallar):		
14. Estado al alta	Bienestar	Malestar (detallar):		
2° Parte	Médico obstetra:			
15. Edad	a) 30-40	b) 41-50	c) 51-60	
	d) 61-70	e) +71		
16. Criterio médico	Mov. precoz	Mov. tardía		
17. Indicación médica	Con indicación	Sin indicación		
3° Parte	Médico anestesista:			
18. Edad	a) 30-40	b) 41-50	c) 51-60	
	d) 61-70	e) +70	Sin anestesista	
19. Criterio médico	Mov. precoz	Mov. tardía		
4° Parte	Enfermera:			
20. Asistencia en la movilización	Con asistencia	Sin asistencia		
21. Edad	a) 20-30	b) 31-40	c) 41-50	
	d) 51-60	e) +60		
22. Criterio enfermero	Mov. precoz	Mov. tardía		
23. Nivel de formación	Auxiliar de enfermería	Enfermera profesional	Licenciada en enfermería	
Observaciones:				

ANEXO N° 2: Referencias de las variables

Pacientes

1. Edad:

- a= -20 años
- b=21-25 años
- c= 26-30 años
- d= 31-35 años
- e= 36-40 años
- f= 41-45 años

2. Procedimientos

- P= Parto
- C= Cesárea

3. N° gesta

- I= 1 gesta
- II= 2 gestas
- III= 3 gestas
- IV= 4 gestas
- V= 5 gestas
- +V= más de 5 gestas

4. N° para

- 0= 0 para
- I= 1 para
- II= 2 paras
- III= 3 paras
- IV= 4 paras
- +IV= más de 4 paras

5. Patologías previas

- A= Asma
- C= Colestasis
- DBT= Diabetes
- E= Escoliosis
- hT= Hipotiroidismo
- HT= Hipertiroidismo
- hTA= Hipotensión Arterial
- HTA= Hipertensión Arterial
- N= Ninguna
- P= Púrpura Trombocitopénica
- S= Sobrepeso
- T= Trombofilia

6. Estado previo al procedimiento

- B= Bienestar
- D= Dolor
- Mi= Miedo
- Ps= Psicofármacos

7. Tipo de anestesia

- C/B= Con Bloqueo
- S/B= Sin Bloqueo
- S/A= Sin Anestesia

8. Droga analgésicas

- B= Bupivacaína
- S= Sufentanilo
- R= Rupivacaína
- S/A= Sin Anestesia

9. Analgesia. Vía de administración

- VO= Vía Oral
- EV= Vía Endovenosa
- IT= Vía Intratecal
- IM= Vía Intramuscular

10. Drogas analgésicas

- D= Diclofenac
- I= Ibuprofeno
- Ke= Ketorolac
- Kl= Klosidol
- M= Metoclopramida
- P= Paracetamol
- R= Rupivacaína
- S= Sufentanilo
- T= Tramadol

11. Estado previo a la movilización

- B= Bienestar
- V= Vómitos
- D= Dolor
- Mi= Miedo
- hTA= Hipotensión
- PA= Pérdida Abundante

12. Hora primera movilización

- a= -3 hs
- b= 3-4 hs
- c= 5-6 hs
- d= 7-8 hs

- e= 9-10 hs
- f= +10 hs

13. Estado posterior a la movilización

- B= Bienestar
- D= Dolor
- M= Miedo
- hTA= Hipotensión

14. Estado al alta

- B= Bienestar
- hTA= Hipotensión

Médico Obstetra

15. Edad

- a= 30-40 años
- b= 41-50 años
- c= 51-60 años
- d= 62-70 años
- e= +71 años

16. Criterio médico

- MP= Movilización Precoz
- MT= Movilización Tardía
- MP C/BD= Movilización Precoz con Bomba del Dolor

17. Indicación médica

- C/I= con indicación
- S/I= sin indicación

Médico anestesista

18. Edad

- a= 30-40 años
- b= 41-50 años
- c= 51-60 años
- d= 61-70 años
- e= +71 años
- f= sin anestesista

19. Criterio médico

- MP= Mov. Precoz
- MT= Mov. Tardía

Enfermera

20. Asistencia en la primera movilización

- C/A= con asistencia
- S/A= sin asistencia

21. Edad

- a= 20-30 años
- b= 31-40 años
- c= 41-50 años
- d= 51-60 años
- e= +61 años

22. Criterio enfermero

- MP= Mov. Precoz
- MT= Mov. Tardía

23. Nivel de formación

- AE= Auxiliar de Enfermería
- EP= Enfermera Profesional
- LE= Licenciada en Enfermería

ANEXO N° 3: Matriz de datos

PREGUNTAS																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
PACIENTES	1	c	P	II	I	N	B	C/B	R, S	VO	D, P	B	B	B	a	MP	N	c	S/D	C/As	c	MP	EP
	2	c	C	I	0	hTA	B	C/B	B, S	EV	D, T	M: V, hTA	f	M: hTA	d	MP	N	a	N	C/As	b	MP	EP
	3	d	P	II	I	hT	M: D	S/B	R, S	VO	D	B	d	B	a	MP	N	a	N	C/As	d	MP	AE
	4	c	C	II	I	C	B	S/B	B, S	VO, EV	D, T	B	e	B	a	MP	N	a	N	C/As	a	MP	EP
	5	d	C	IV	II	N	B	C/B	R, S	VO, EV	D, Ke, T	M: D	b	B	d	MP	N	c	S/D	C/As	b	MP	EP
	6	e	C	V	IV	N	B	C/B	R, S	VO, EV	D, T	M: D	d	B	d	MP	N	b	S/D	C/As	c	MP	AE
	7	c	C	II	I	N	B	C/B	R, S	VO, EV	D, P, T	B	c	B	a	MP	N	c	S/D	C/As	a	MP	EP
	8	e	C	IV	III	N	B	C/B	R, S	VO, EV	D, P, T	B	c	B	b	MP	N	c	S/D	C/As	a	MP	EP
	9	c	C	I	0	N	B	C/B	R, S	EV	KI, D	B	b	M: D	a	MP	N	c	S/D	C/As	d	MP	AE
	10	b	C	IV	II	N	B	C/B	R, S	VO, EV	D, T	B	f	B	b	MP	N	b	S/D	C/As	d	MP	AE
	11	e	P	III	II	N	B	S/B	R, S	VO	D, P	B	c	B	d	MT	N	c	N	C/As	a	MP	EP
	12	c	C	II	I	N	B	C/B	R, S	VO, EV	D, KI, T	B	c	M: hTA	d	MP	N	a	N	C/As	a	MP	EP
	13	e	C	I	0	T	B	C/B	R, S	IT	R, S	B	e	B	d	MP	N	a	N	C/As	d	MP	AE
	14	e	C	I	0	N	B	S/B	R, S	VO, EV, IM	D, P, T	M: D	e	B	d	MP	N	a	N	C/As	a	MP	EP
	15	c	C	I	0	N	B	C/B	R, S	VO, EV	D, T	B	d	B	a	MP	N	a	N	C/As	d	MP	AE
	16	d	C	I	0	N	B	S/B	B, S	VO, EV	D, T	B	d	B	b	MP	N	a	N	C/As	c	MP	EP
	17	d	P	II	I	N	M: D, Mi	S/B	R, S	VO	Ke, P	B	c	B	d	MP	N	c	N	C/As	b	MP	EP
	18	e	C	I	0	HTA	B	C/B	R, S	VO, EV	D, T	M: D	c	B	b	MP	N	a	N	C/As	a	MP	EP
	19	d	C	II	0	T, HT	B	C/B	B, S	VO, EV	D, T	M: D, hTA	d	B	c	MP	N	a	N	C/As	a	MP	EP
	20	d	C	II	I	HTA	B	C/B	B, S	VO, EV	D, P, T	M: hTA	d	B	c	MP	N	a	N	C/As	c	MP	EP
	21	c	C	I	0	N	B	C/B	B, S	VO, EV	D, P, T	M: D	c	B	c	MP	N	a	N	C/As	b	MP	EP
	22	d	P	I	0	N	B	S/B	B, S	VO	I	B	c	B	b	MP	N	a	N	C/As	a	MP	EP
	23	b	C	I	0	N	B	C/B	B, S	VO, EV	D, T	B	d	B	d	MP	N	c	S/D	S/As	b	MP	EP
	24	e	C	IV	II	N	B	C/B	B, S	VO, EV	D, T	B	d	B	c	MP	N	c	S/D	C/As	b	MP	EP

25	d	C	I	0	P	B	C/B	B, S	EV	KI	M: D	c	M: D	B	b	MP	N	c	S/D	C/As	c	MP	EP
26	d	C	IV	III	hTA	M: Mi	C/B	B, S	VO, EV	D, T	M: Mi	e	M: Mi	B	e	MP	N	a	N	C/As	d	MP	AE
27	d	C	II	I	N	B	S/B	B, S	VO, EV	KI, T	M: D	c	B	B	a	MP	N	a	N	C/As	c	MP	EP
28	a	C	II	I	N	B	S/B	B, S	VO, EV	D, T	B	c	B	B	a	MP	N	a	N	C/As	c	MP	EP
29	d	P	II	I	N	B	S/B	B, S	VO	Ke	B	b	B	B	c	MP	N	a	N	C/As	c	MP	AE
30	d	C	I	0	P	B	C/B	B, S	EV	KI	B	c	B	B	b	MP	N	a	N	C/As	c	MP	EP
31	d	C	II	I	N	B	S/B	B, S	VO, EV	D, P, T	B	c	B	B	c	MP	N	a	N	C/As	a	MP	LE
32	e	C	III	0	DBT, hT	B	C/B	B, S	VO, EV	D, P, T	B	d	B	B	a	MP	N	a	N	C/As	a	MP	EP
33	d	C	II	I	N	B	C/B	B, S	EV	D, T	M: D	c	B	B	a	MP	N	a	N	C/As	a	MP	LE
34	a	C	I	0	E	M: D	C/B	B, S	EV	D, T	B	f	B	M: D	b	MP	N	a	N	C/As	b	MP	EP
35	d	C	II	I	N	B	C/B	B, S	VO, EV	D, P, T	B	d	B	B	d	MP	N	a	N	C/As	a	MP	EP
36	e	P	III	I	N	M: D	S/B	B, S	VO	D	M: PA	b	B	B	a	MP	N	a	N	C/As	a	MP	EP
37	a	P	I	0	A	M: D	S/B	R, S	VO	D	B	d	B	B	b	MP	N	a	N	C/As	c	MP	LE
38	c	C	I	0	S	B	S/B	B, S	VO, EV	D, T	B	e	B	B	a	MP	N	a	N	C/As	c	MP	LE
39	c	C	I	0	N	B	C/B	B, S	EV	KI	B	d	B	B	b	MP	N	a	N	C/As	a	MP	EP
40	e	C	II	I	N	B	S/B	B, S	EV	D, T	M: D, PA	c	B	B	d	MP	N	a	N	C/As	b	MP	EP
41	c	P	II	I	N	M: D	S/B	B, S	VO	Ke, P	B	c	B	B	d	MP	N	a	N	S/As			
42	d	C	I	0	N	B	C/B	B, S	EV, IT	Ke, R, S	M: D	f	M: D, hTA	B	a	MP	N	a	N	C/As	c	MP	AE
43	c	P	II	I	N	B	S/B	R, S	VO	D, P	B	b	M: D	M: D	c	MP	N	a	S/D	C/As	c	MP	EP
44	d	P	II	I	N	B	S/B	R, S	VO	D, T	B	d	B	B	a	MP	N	a	S/D	C/As	c	MP	EP
45	d	C	I	0	HTA, hT	M: PS	S/B	R, S	VO, EV	D, T	M: Mi	d	B	B	b	MP	N	a	N	C/As	a	MP	EP
46	d	C	I	0	N	B	S/B	B, S	EV	D, T	B	c	B	B	d	MT	N	a	N	C/As	a	MP	EP
47	e	P	III	II	N	M: D	S/A	S/A	VO, EV	D	B	c	B	B	d	MT	N	f	S/As				
48	d	C	II	I	N	B	S/B	B, S	VO, EV	D, T	M: Mi	d	B	B	a	MP	N	a	N	C/As	a	MP	EP
49	d	C	I	0	N	M: D	C/B	B, S	VO, EV	D, T	B	d	B	B	b	MP	N	a	N	C/As	d	MP	AE
50	d	P	I	0	N	B	S/B	R, S	VO, EV	D	B	c	B	B	a	MP	N	a	N	C/As	c	MP	AE