



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA MATERNOINFANTIL**



**¿CUÁL DE LAS TÉCNICAS APLICADAS (CALOR,
FRÍO) ES MÁS EFECTIVA EN EL ALIVIO DE LAS
MOLESTIAS PERINEALES DEL POST PARTO
INMEDIATO EN USUARIAS MULTÍPARAS CON
EPISIOTOMIA, INTERNANDAS EN LAS UNIDAD
PERINATOLÓGICA DE UN SANATORIO
PERTENECIENTE A UN ORGANISMO
PARAESTATAL?**

AUTORES:

Br. Arroyo, Andrea
Br. Carlón, Angela
Br. Domínguez, Noelia
Br. Fernández, Elena
Br. Granoche, Pablo

TUTORES:

Lic. Enf. Pérez, Mercedes

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2006

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradecemos a la Institución por habernos permitido realizar nuestro trabajo de investigación.

También expresar nuestro agradecimiento a la Profesora Licenciada en Enfermería Mercedes Pérez, la cual nos orientó en el transcurso de dicha experiencia. Así como también, a la Profesora Adjunta Licenciada en Enfermería Alicia Pérez, Profesora Asistente Licenciada en Enfermería Rita Pérez y Licenciada en Enfermería Residente Natalia Argencio, por su colaboración y participación activa en este estudio.

Un especial agradecimiento a las usuarias que accedieron a formar parte de la investigación, ya que sin ellas hubiese sido imposible llevar a cabo la misma.

CONTENIDO

	<u>Página</u>
Agradccimientos.....	1
Resumen	3
Introducción.....	4
Planteamiento del problema.....	5
Objetivos.....	5
Aspectos metodológicos.....	6
Resultados.....	11
Análisis.....	27
Conclusiones y sugerencias.....	29
Bibliografía	30
Anexos.....	31

RESUMEN

En la siguiente investigación se planteo como problema, identificar cual de las técnicas aplicadas (calor, frío) era más efectiva en el alivio de las molestias perineales del post parto inmediato en usuarias multíparas con episiotomía, internadas en la Unidad Perinatólogica de un Sanatorio perteneciente a un Organismo Paraestatal, en el período de tiempo comprendido entre el 14/2/06 al 24/5/06.

Teniendo en cuenta que la Enfermería es una profesión independiente, autónoma, que la investigación es uno de sus pilares, y conociendo que la aplicación de medidas físicas es un cuidado propio de enfermería utilizado en otros casos, es así que nos interesó realizar una investigación implementando la utilización de las técnicas calor, frío para el alivio de las molestias perineales causadas por la realización de la técnica de episiotomía. Sabiendo de ante mano, que en la Fisioterapia; la aplicación de calor, frío son recursos valiosos, aunque no llevan a la cura de ninguna enfermedad, pero sí son importantes al auxiliar en el tratamiento de diferentes alteraciones.

Se planteó como objetivo determinar cual de las técnicas aplicadas (calor, frío) presentaría mayor efectividad en el alivio de las molestias perineales del post parto inmediato. Teniendo como objetivos específicos, la caracterización de la población en estudio; promover y aplicar la técnica de frío a 20 usuarias que forman parte de la muestra; evaluar los resultados obtenidos en la aplicación de dicha técnica; promover y aplicar la técnica de calor a 20 usuarias que forman parte de la muestra; evaluar los resultados obtenidos en esta aplicación, y por último, evaluar y comparar los resultados obtenidos en cada técnica con un grupo control; como también comparar y analizar los resultados obtenidos en la investigación realizada.

Dicho estudio fue de tipo pre – experimento (ya que no hay una clara manipulación de las variables), longitudinal y prospectivo. Se llevo a cabo en la República Oriental del Uruguay, en el Departamento de Montevideo, en el barrio Aguada, en un Sanatorio Perteneciente a un Organismo Paraestatal, en los sectores de puerperio y alojamiento conjunto (planta baja y primer piso). El universo fue constituido por mujeres multíparas, cursando un post parto inmediato y a las cuales se les haya realizado episiotomía; tomando como muestra 60 usuarias que posean las características del universo.

Se tomaron como variables para el estudio, las molestias perineales y el alivio de las mismas, siendo ambas variables cualitativas nominales; habiéndoseles otorgado dimensiones y categorías para operacionalizarlas. El método para la recolección de datos fue mediante la observación no participativa, para esto se elaboraron instrumentos (uno para los grupos de calor y frío; y otro para el grupo control). El primero fue aplicado en tres momentos (previo a la aplicación de la técnica, inmediatamente a la aplicación de la misma y a las 24 horas de continuar con la aplicación de ésta); mientras que el segundo instrumento fue aplicado en dos momentos, no realizándose la evaluación inmediata.

Analizando los datos recabados, se obtuvo que la aplicación de frío logra en un mayor porcentaje desaparecer los signos y síntomas valorados, mientras que la aplicación de calor logra en su mayor porcentaje disminuir dichos signos y síntomas. Teniendo en cuenta esto, es que se llevo a la conclusión de que la aplicación de frío es más efectiva en el alivio de las molestias perineales que la aplicación de calor; no obstante, se observo que frente al proceso natural (grupo control) que llevo al alivio de las molestias, es más beneficiosa la aplicación de calor, ya que logró desaparecer los signos y síntomas de dichas molestias en un mayor porcentaje.

Por todo lo antes mencionado, es que consideramos importante la protocolización de la técnica más efectiva (es decir la de frío) como procedimiento propio de enfermería.

INTRODUCCIÓN

El presente estudio ha sido realizado por cinco estudiantes de la Licenciatura en Enfermería, perteneciente a la Facultad de Enfermería, Universidad de la República; en el período de tiempo comprendido entre Diciembre del 2004 y Julio del 2006.

A través de la siguiente investigación, se pretenderá determinar cual de las técnicas aplicadas (frío, calor) presenta mayor efectividad en alivio de las molestias perineales del post parto inmediato, en usuarias multíparas con episiotomía, internadas en la Unidad Perinatólogica de un Sanatorio perteneciente a un Organismo Paraestatal, en el período comprendido entre el 14/2/06 al 24/5/06.

Teniendo en cuenta que la episiotomía es una herida quirúrgica, que trae aparejado signos y síntomas tales como dolor e inflamación, siendo estos factores que pueden interferir en la relación del binomio madre- hijo, como también en el restablecimiento de las relaciones sexuales, es por ello que pretendemos abocarnos a la implementación y aplicación de técnicas capaces de aliviar las molestias resultantes de la episiotomía.

De acuerdo a esto, es que se llevo a cabo una búsqueda exhaustiva de bibliografía y de estudios anteriores que hicieran mención del problema planteado, no habiéndose encontrado material específico sobre dicho problema que nos sirviera como punto de partida.

No obstante, obtuvimos información sobre la importancia y beneficios que ofrecen el calor y el frío, aplicados en otras situaciones. Con respecto al calor, el mismo produce dilatación de los vasos sanguíneos, mejorando el drenaje venoso y linfático, aumenta el metabolismo celular reduciendo la inflamación, el edema y el exudado; además es analgésico y facilita la curación de las heridas. En cuanto a los beneficios del frío, éste produce vaso constricción dérmica, analgesia y anestesia de la zona tratada, disminuye el edema y la inflamación, disminuye el metabolismo vascular, así como también produce la disminución de las reacciones inflamatorias.

Sabiéndose de ante mano, que en muchas ocasiones el frío es aplicado; no habiendo criterios unificados ni protocolos que determinen la utilización de éstas técnicas para dicho problema.

Teniendo en cuenta esto y la información antes mencionada, consideramos pertinente investigar cual de las técnicas (calor, frío) es más efectivo en el alivio de las molestias perineales para esta situación en particular.

En cuanto a los resultados obtenidos, los mismos fueron satisfactorios ya que las molestias perineales desaparecieron o disminuyeron.

Es importante destacar que ambas técnicas son accesibles, desde el punto de vista práctico y económico, lo cual fue manifestado por las usuarias participantes de la investigación.

Esto podría determinar una mejora en la calidad de vida de la población, pudiendo llevar a una reducción de costos en los sistemas de salud.

PLANTEAMIENTO del PROBLEMA:

¿Cuál de las técnicas aplicadas (calor, frío) es más efectiva en el alivio de las molestias perineales del post parto inmediato en usuarias multiparas con episiotomía; internadas en la Unidad Perinatológica de un Sanatorio perteneciente a un Organismo Paraestatal, en el periodo comprendido entre el 14/2/06 al 24/5/06?

OBJETIVO GENERAL:

- Determinar cual de las técnicas aplicadas (calor, frío) presenta mayor efectividad en el alivio de las molestias perineales del post parto inmediato.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Caracterizar la población en estudio, referido a las características que definen la muestra de la investigación.
- Promover y aplicar la técnica de frío, a 20 usuarias que forman parte de la muestra.
- Evaluar los resultados obtenidos en la aplicación de la técnica de frío.
- Promover y aplicar la técnica de calor, a otras 20 usuarias que forman parte de la muestra.
- Evaluar los resultados obtenidos en la aplicación de la técnica de calor.
- Evaluar y comparar los resultados obtenidos en cada técnica con un grupo control.
- Comparar y analizar los resultados obtenidos en la investigación realizada.

ASPECTOS METODOLOGICOS

La investigación realizada fue cuantitativa, pre experimento, de tipo prospectivo y longitudinal. La misma se llevo a cabo en la República Oriental del Uruguay, en el Departamento de Montevideo, en el barrio Aguada, en la Unidad Perinatólogica de un Sanatorio perteneciente a un Organismo Paraestatal, en el sector de puerperio y alojamiento conjunto.

El universo estuvo constituido por mujeres multíparas que se encontraban cursando el puerperio inmediato a las cuales se les hubiese realizado episiotomía, institucionalizadas en el Organismo antes mencionado, en el período comprendido entre el 14/2/06 al 24/5/06. La muestra fue seleccionada por conveniencia (muestreo por conveniencia), estuvo compuesta por 60 usuarias con las características mencionadas en el universo; de las cuales a 20 usuarias se les aplico técnica de frío; a otras 20 se les aplico técnica de calor y las 20 usuarias restantes conformaron el grupo control.

El método que utilizamos fue la observación no participativa, la misma fue sistemática; se utilizó un instrumento estandarizado, el cual fue elaborado sobre la base del que realizaron las Licenciadas (Hernández Verónica; Labrea Claudia; Martinelli Vilna; Santos Virginia), en su tesis de "¿Cómo actúa el tratamiento con frío en puérperas con diagnóstico de ingurgitación mamaria, en el Sanatorio Cansan, en el período entre el 11/04/05 al 14/06/05?". Para la implementación de dicho instrumento se solicitó la autorización a las Licenciadas antes mencionadas de forma verbal, las cuales manifestaron su aprobación.

El instrumento para la recolección de datos, estuvo compuesto por los datos patronímicos de la usuaria, así como también la autorización brindada por ésta para la aplicación de la técnica, como también por datos que son importantes en nuestra valoración (ejemplo si se le administro analgesia), una pregunta semi- abierta que se le realizará a las 24 horas de finalizar con la aplicación de la técnica. Dicho instrumento estuvo compuesto por dos variables las cuales fueron valoradas en tres momentos.

La recolección de los datos se hará en tres momentos:

- Un primer momento fue cuando se selecciono a la usuaria y fue previo a la aplicación de la técnica. En este momento fue en donde se recolectaron los datos patronímicos de las usuarias, si se ha administrado analgesia o no y se realizó la primera valoración de la zona perineal.
- El segundo momento, fue inmediatamente a la aplicación de la técnica y en éste se procedió a una nueva valoración, teniendo en cuenta la satisfacción de la usuaria con respecto a la técnica aplicada, mediante una pregunta abierta.
- El tercer y último momento, fue a las 24 horas de continuar aplicándose la técnica, es en éste momento que se le preguntó a la usuaria cuantas veces se realizó la técnica y se evalúa nuevamente la satisfacción de la aplicación de la técnica.

Cabe destacar, que las valoraciones que se realizaron posteriormente a la aplicación de la técnica, tienen como referencia la valoración que se realizó previo a la aplicación de ésta; mediante esto se pudo determinar si existieron cambios.

En cuanto a los momentos en los cuales se realizó la valoración de la zona, la misma fue hecha por los mismos investigadores, puesto que fue la única forma de valorar si hubo realmente cambios. Esto determino que para la aplicación de la técnica y el seguimiento de las usuarias se debieron formar dos grupos, uno compuesto de dos investigadores y otro de tres.

Al grupo control, se le aplico un instrumento similar al antes mencionado, con la diferencia que no se realizó la valoración inmediata.

Las variables estudiadas fueron las siguientes:

➤ **Molestias Perineales:** variable cualitativa nominal.

Definición Conceptual: Son las manifestaciones de alteraciones fisiológicas que pueden ocurrir en la zona perineal, luego de transcurrido el parto y/ o cuando se realiza episiotomía (incisión quirúrgica en el perineo).

Definición Operativa: ➤ Inflamación.
➤ Dolor.

➤ **Inflamación:** respuesta protectora localizada inducida por lesión o destrucción de tejidos, que actúa destruyendo, diluyendo o desprendiendo el agente agresor y el tejido lesionado. Los signos clásicos de la inflamación son: calor, rubor, tumefacción y dolor

Dimensiones: **Calor:** Def. Conceptual: es el aumento de la temperatura en la zona valorada (perineal).

Def. Operativa: es la percepción al tacto de un aumento de la temperatura en la zona valorada (perineal), en comparación a otra zona del cuerpo.

Categorías: (en la valoración previa a la aplicación de la técnica)
● Presenta.
● No presenta.

Rubor: Def. Conceptual: episodio de enrojecimiento de la zona afectada, producido como consecuencia de la dilatación de las arteriolas.

Def. Operativa: observando la zona afectada y comparándola con otra zona del cuerpo.

Categorías: (en la valoración previa a la aplicación de la técnica)
● Presenta.
● No presenta.

Tumefacción: Def. Conceptual: hinchazón, aumento del volumen de una zona del cuerpo, por herida, inflamación, golpe, etc.

Def. Operativa: observando la zona afectada y comparándola con otra zona del cuerpo.

Categorías: (en la valoración previa a la aplicación de la técnica)
● Presenta.
● No presenta.

➤ **Dolor:** El dolor es una experiencia universal, compleja y subjetiva que corresponde a una multitud de situaciones y matices cuyo único nexo común está en la naturaleza desagradable de la sensación – percepción que da lugar a una experiencia emocional particular, en donde las terminaciones sensitivas se muestran excitables frente a una

gran diversidad de estímulos que tienen la cualidad de ser real o potencialmente nociceptivos. El umbral de esta excitabilidad tiene la particularidad de ser mucho más elevados que las otras terminaciones senso – perceptivas.

Una de las mejores definiciones del dolor es la que de DeCaffery enunció: “Dolor es todo lo que la persona que lo sufre considera como tal y existe siempre que esa persona afirma sentirlo”.

Def. Operacional: es la manifestación de la persona sobre la presencia del dolor e intensidad de acuerdo a una escala numérica que va desde el 0 al 5.

Categorías: (en la valoración previa a la aplicación de la técnica)

- 0.- no presenta.
- 1-2.- dolor leve.
- 3-4.- dolor moderado.
- 5.- dolor intenso.

➤ Alivio de las Molestias Perineales: variable cualitativa nominal.

Definición Conceptual: es la sensación agradable a nivel físico y mental, que se da como consecuencia a los cambios producidos en los signos y síntomas de las molestias perineales.

Definición Operativa: ➤ Inflamación.
➤ Dolor.

➤ **Inflamación**: respuesta protectora localizada inducida por lesión o destrucción de tejidos, que actúa destruyendo, diluyendo o desprendiendo el agente agresor y el tejido lesionado. Los signos clásicos de la inflamación son: calor, rubor, tumefacción y dolor.

Dimensiones: Calor: Def. Conceptual: es el aumento de la temperatura en la zona valorada (perineal).

Def. Operativa: es la percepción al tacto de un aumento de la temperatura en la zona valorada (perineal), en comparación a otra zona del cuerpo.

Categorías: (en la valoración inmediatamente a la aplicación y a las 24 horas de continuar aplicando la técnica).

- Desaparece.
- Disminuye.
- Se mantiene.
- Aumenta.
- Otros; aparece calor.

Rubor: Def. Conceptual: episodio de enrojecimiento de la zona afectada, producido como consecuencia de la dilatación de las arteriolas.

Def. Operativa: observando la zona afectada y comparándola con otra zona del cuerpo.

Categorías: (en la valoración inmediatamente a la aplicación y a las 24 horas de continuar aplicando la técnica).

- Desaparece.
- Disminuye.
- Se mantiene.
- Aumenta.
- Otros; aparece rubor.

Tumefacción: Def. Conceptual: hinchazón, aumento del volumen de una zona del cuerpo, por herida, inflamación, golpe, etc.

Def. Operativa: observando la zona afectada y comparándola con otra zona del cuerpo.

Categorías: (en la valoración inmediatamente a la aplicación y a las 24 horas de continuar aplicando la técnica).

- Desaparece.
- Disminuye.
- Se mantiene.
- Aumenta.
- Otros, aparece tumefacción.

➔ **Dolor**: El dolor es una experiencia universal, compleja y subjetiva que corresponde a una multitud de situaciones y matices cuyo único nexo común está en la naturaleza desagradable de la sensación – percepción que da lugar a una experiencia emocional particular, en donde las terminaciones sensitivas se muestran excitables frente a una gran diversidad de estímulos que tienen la cualidad de ser real o potencialmente nociceptivos. El umbral de esta excitabilidad tiene la particularidad de ser mucho más elevado que las otras terminaciones sensación – perceptivas.

Una de las mejores definiciones del dolor es la que de DeCaffery enunció: "Dolor es todo lo que la persona que lo sufre considera como tal y existe siempre que esa persona afirma sentirlo".

Def. Operacional: es la manifestación de la persona sobre la presencia del dolor e intensidad de acuerdo a una escala numérica que va desde el 0 al 5.

Categorías: (en la valoración inmediatamente a la aplicación y a las 24 horas de continuar aplicando la técnica).

- Desaparece.
- Disminuye.
- Se mantiene.
- Aumenta.
- Otros, aparece dolor.

En cuanto a las técnicas, éstas fueron aplicadas por las Licenciadas en Enfermería del Servicio. La selección en lo que respecta al orden de aplicación de las diferentes

técnicas, se realizó en forma aleatoria; se comenzó con la técnica de frío, se continuó con el grupo control y se finalizó con la técnica de calor.

A un grupo, se le realizó la aplicación de guantes con hielo (más específicamente 7 cubitos de hielo) en la zona del perineo por un tiempo de aproximadamente 10 a 15 minutos, se dejó de aplicar por también aproximadamente unos 10 minutos y luego se continuó con la aplicación de frío hasta haber realizado el procedimiento por una hora. El guante con hielo no se aplicó directamente sobre el perineo sino que se cubrió con un apósito, evitándose el contacto directo con la piel y evitándose las lesiones; dicho procedimiento le fue explicado y demostrado a la usuaria también por la Licenciada en Enfermería, y se fomentó la realización del mismo cuando la usuaria lo vea necesario o como mínimo tres veces al día.

A un segundo grupo se le aplicó calor con un guante que contenía agua a una temperatura de 40°C la cual fue verificada mediante la medición con un termómetro, se obtuvo directamente del grifo, del baño de la unidad. Se aplicó en la zona del perineo, no directamente sino que recubierto con un apósito, evitándose así el contacto directo con la piel; por un tiempo de 20 minutos, se dejó de aplicar por aproximadamente unos 10 minutos y luego se realizó una nueva aplicación de 20 minutos, previo a esto se colocó nuevamente agua en el guante que se encontraba a 40 ° C; se continuo con la aplicación de calor hasta haber realizado el procedimiento por una hora; dicho procedimiento le fue aplicado por la Licenciada en Enfermería, por lo menos tres veces en 24 horas.

Se contó con un tercer grupo, al cual no se le aplicó ninguna de las técnicas antes mencionadas, siendo éste el grupo con el cual se comparo si las técnicas fueron efectivas sí o no (grupo control).

Luego de haber finalizado el total de la muestra estipulada, se llevo a cabo el análisis de los datos recolectados.

RESULTADOS

MOLESTIA PERINEALES

TÉCNICA FRIO

CALOR

Calor	FA	FR	FR%
Presenta	2	0,1	10%
No presenta	18	0,9	90%
Total	20	1	100%

RUBOR

Rubor	FA	FR	FR%
Presenta	4	0,2	20%
No presenta	16	0,8	80%
Total	20	1	100%

TUMEFACCIÓN

Tumefacción	FA	FR	FR%
Presenta	14	0,7	70%
No presenta	6	0,3	30%
Total	20	1	100%

DOLOR

Dolor	FA	FR	FR%
No presenta	0	0	0
Dolor leve	9	0,45	45%
Dolor moderado	10	0,50	50%
Dolor intenso	1	0,05	5%
Total	20	1	100%

TÉCNICA CALOR

CALOR

Calor	FA	FR	FR%
Presenta	2	0,1	10%
No presenta	18	0,9	90%
Total	20	1	100%

RUBOR

Rubor	FA	FR	FR%
Presenta	4	0,2	20%
No presenta	16	0,8	80%
Total	20	1	100%

TUMEFACCIÓN

Tumefacción	FA	FR	FR%
Presenta	14	0,7	70%
No presenta	6	0,3	30%
Total	20	1	100%

DOLOR

Dolor	FA	FR	FR%
No presenta	0	0	0
Dolor leve	9	0,45	45%
Dolor moderado	9	0,45	45%
Dolor intenso	2	0,10	10%
Total	20	1	100%

GRUPO CONTROL

CALOR

Calor	FA	FR	FR%
Presenta	3	0,15	15%
No presenta	17	0,85	85%
Total	20	1	100%

RUBOR

Rubor	FA	FR	FR%
Presenta	3	0,15	15%
No presenta	17	0,85	85%
Total	20	1	100%

TUMEFACCIÓN

Tumefacción	FA	FR	FR%
Presenta	10	0,5	50%
No presenta	10	0,5	50%
Total	20	1	100%

DOLOR

Dolor	FA	FR	FR%
No presenta	1	0,05	5%
Dolor leve	11	0,55	55%
Dolor moderado	7	0,35	35%
Dolor intenso	1	0,05	5%
Total	20	1	100%

ALIVIO DE LAS MOLESTIAS PERINEALES

TÉCNICA CALOR

CALOR

Calor	Inmediato a la aplicación de la técnica			A las 24 hr. de continuar aplicando técnica		
	FA	FR	FR%	FA	FR	FR%
Desaparece	0	0	0	0	0	0
Disminuye	0	0	0	2	1	100%
Se mantiene	2	1	100%	0	0	0
Aumenta	0	0	0	0	0	0
Otros	0	0	0	0	0	0
Total	2	1	100%	2	1	100%

RUBOR

Rubor	Inmediato a la aplicación de la técnica			A las 24 hr. de continuar aplicando técnica		
	FA	FR	FR%	FA	FR	FR%
Desaparece	0	0	0	1	0,25	25%
Disminuye	1	0,25	25%	3	0,75	75%
Se mantiene	3	0,75	75%	0	0	0
Aumenta	0	0	0	0	0	0
Otros	0	0	0	0	0	0
Total	4	1	100%	4	1	100%

TUMEFACCIÓN

Tumefacción	Inmediato a la aplicación de la técnica			A las 24 hr. de continuar aplicando técnica		
	FA	FR	FR%	FA	FR	FR%
Desaparece	0	0	0	3	0,21	21%
Disminuye	9	0,64	64%	11	0,79	79%
Se mantiene	5	0,36	36%	0	0	0
Aumenta	0	0	0	0	0	0
Otros	0	0	0	0	0	0
Total	14	1	100%	14	1	100%

DOLOR

Dolor	Inmediato a la aplicación de la técnica			A las 24 hr. de continuar aplicando técnica		
	FA	FR	FR%	FA	FR	FR%
Desaparece	0	0	0	6	0,3	30%
Disminuye	19	0,95	95%	14	0,7	70%
Se mantiene	1	0,05	5%	0	0	0
Aumenta	0	0	0	0	0	0
Otros	0	0	0	0	0	0
Total	20	1	100%	20	1	100%

**TÉCNICA FRIO
CALOR**

Calor	Inmediato a la aplicación de la técnica			A las 24 hr. de continuar aplicando técnica		
	FA	FR	FR%	FA	FR	FR%
Desaparece	0	0	0	2	1	100%
Disminuye	2	1	100%	0	0	0
Se mantiene	0	0	0	0	0	0
Aumenta	0	0	0	0	0	0
Otros	0	0	0	0	0	0
Total	2	1	100%	2	1	100%

RUBOR

Rubor	Inmediato a la aplicación de la técnica			A las 24 hr. de continuar aplicando técnica		
	FA	FR	FR%	FA	FR	FR%
Desaparece	0	0	0	3	0,75	75%
Disminuye	2	0,5	50%	1	0,25	25%
Se mantiene	2	0,5	50%	0	0	0
Aumenta	0	0	0	0	0	0
Otros	0	0	0	0	0	0
Total	4	1	100%	4	1	100%

TUMEFACCIÓN

Tumefacción	Inmediato a la aplicación de la técnica			A las 24 hr. de continuar aplicando técnica		
	FA	FR	FR%	FA	FR	FR%
Desaparece	0	0	0	8	0,57	57%
Disminuye	9	0,64	64%	6	0,43	43%
Se mantiene	5	0,36	36%	0	0	0
Aumenta	0	0	0	0	0	0
Otros	0	0	0	0	0	0
Total	14	1	100%	14	1	100%

DOLOR

Dolor	Inmediato a la aplicación de la técnica			A las 24 hr. de continuar aplicando técnica		
	FA	FR	FR%	FA	FR	FR%
Desaparece	8	0,4	40%	19	0,95	95%
Disminuye	12	0,6	60%	1	0,05	5%
Se mantiene	0	0	0	0	0	0
Aumenta	0	0	0	0	0	0
Otros	0	0	0	0	0	0
Total	20	1	100%	20	1	100%

GRUPO CONTROL. (valoración a las 24 horas)

CALOR

Calor	FA	FR	FR%
Desaparece	1	0,33	33%
Disminuye	2	0,67	67%
Se mantiene	0	0	0
Aumenta	0	0	0
Otros	0	0	0
Total	3	1	100%

RUBOR

Rubor	FA	FR	FR%
Desaparece	0	0	0
Disminuye	1	0,33	33%
Se mantiene	2	0,67	67%
Aumenta	0	0	0
Otros	0	0	0
Total	3	1	100%

TUMEFACCIÓN

Tumefacción	FA	FR	FR%
Desaparece	0	0	0
Disminuye	5	0,5	50%
Se mantiene	5	0,5	50%
Aumenta	0	0	0
Otros	0	0	0
Total	10	1	100%

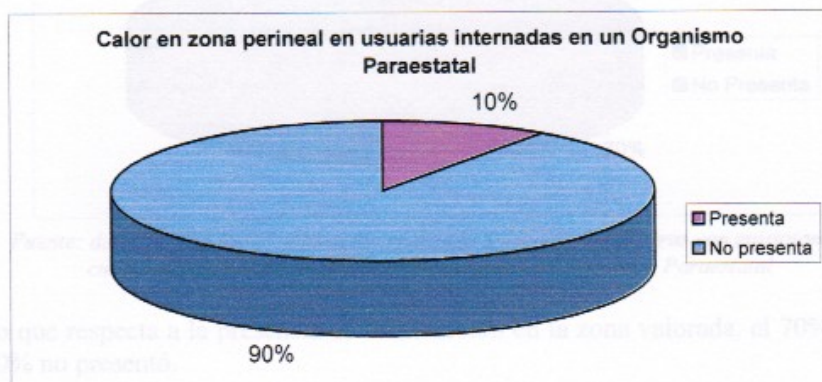
DOLOR

Dolor	FA	FR	FR%
Desaparece	0	0	0
Disminuye	9	0,47	47%
Se mantiene	10	0,53	53%
Aumenta	0	0	0
Otros	0	0	0
Total	19	1	100%

GRAFICOS

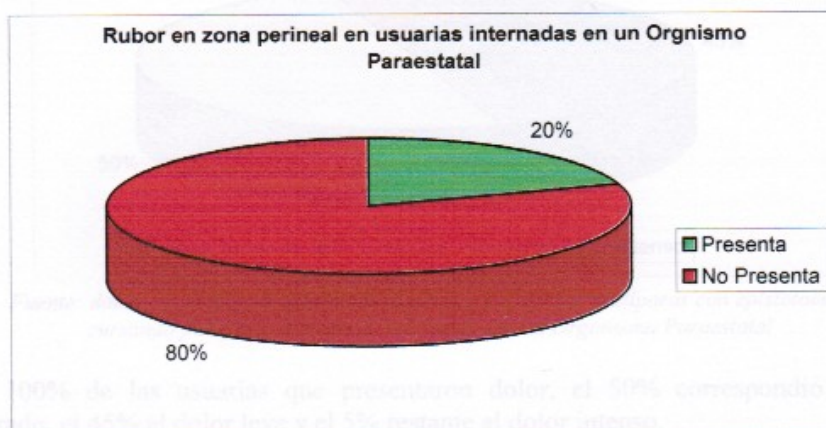
MOLESTIAS PERINEALES en USUARIAS INTERNADAS en un ORGANISMO PARAESTATAL

TÉCNICA FRIO; en la valoración previa a la aplicación de frío:



Fuente: datos recabados en valoración realizada a usuarias multiparas con episiotomía cursando puerperio inmediato, internadas en un Organismo Paraestatal.

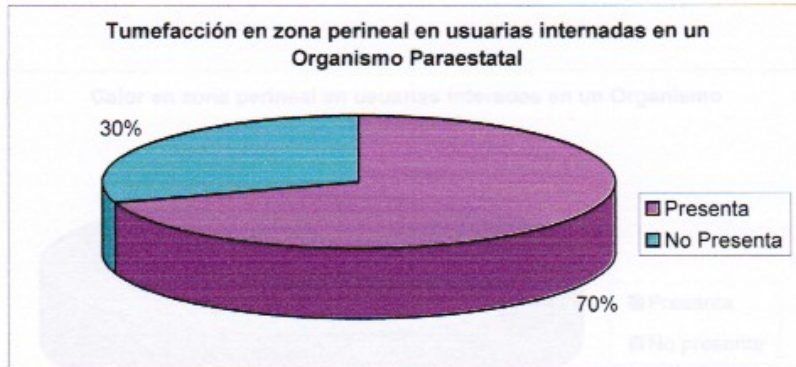
El 10% de las usuarias presentaron calor en la zona perineal, mientras que el 90% no presentó.



Fuente: datos recabados en valoración realizada a usuarias multiparas con episiotomía cursando puerperio inmediato, internadas en un Organismo Paraestatal

El 20% presentó rubor, mientras que el 80% no presentó, en la zona valorada.

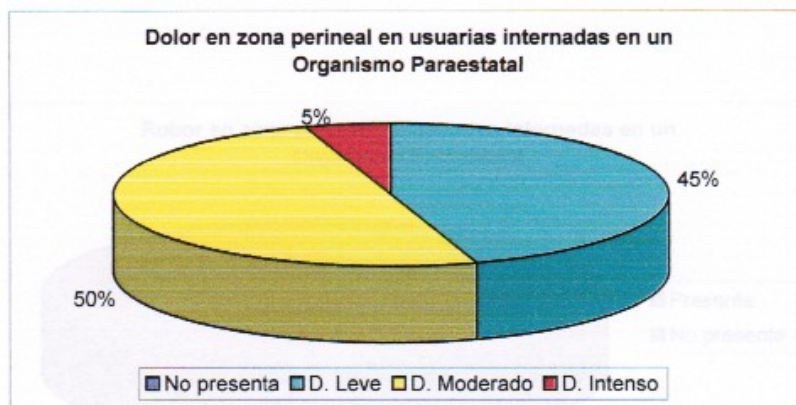
TECNICA CALOR; en la valoración previa a la aplicación de esta técnica



Fuente: datos recabados en valoración realizada a usuarias multiparas con episiotomía cursando puerperio inmediato, internadas en un Organismo Paraestatal

En lo que respecta a la presencia de tumefacción en la zona valorada, el 70% presentó y el 30% no presentó.

El 90% de las usuarias no presentó calor en la zona valorada, mientras que el 10% sí lo presentó.

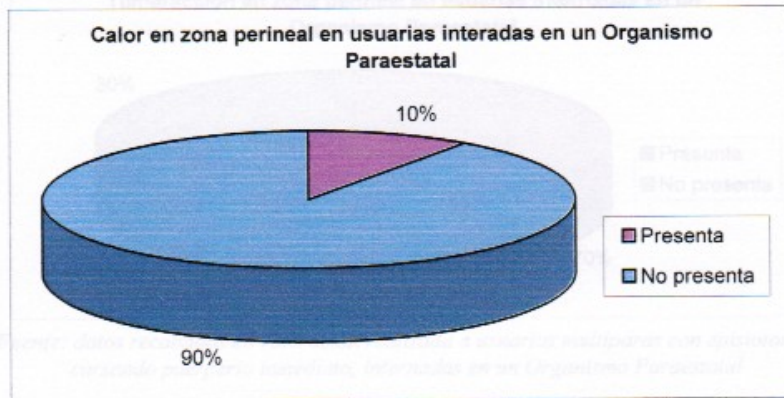


Fuente: datos recabados en valoración realizada a usuarias multiparas con episiotomía cursando puerperio inmediato, internadas en un Organismo Paraestatal

Del 100% de las usuarias que presentaron dolor, el 50% correspondió al dolor moderado, el 45% al dolor leve y el 5% restante al dolor intenso.

En cuanto al rubor, este se encontraba presente en un 20% de las usuarias, y el 80% restante no presentaban.

TÉCNICA CALOR; en la valoración previa a la aplicación de ésta técnica



Fuente: datos recabados en valoración realizada a usuarias multiparas con episiotomía cursando puerperio inmediato, internadas en un Organismo Paraestatal

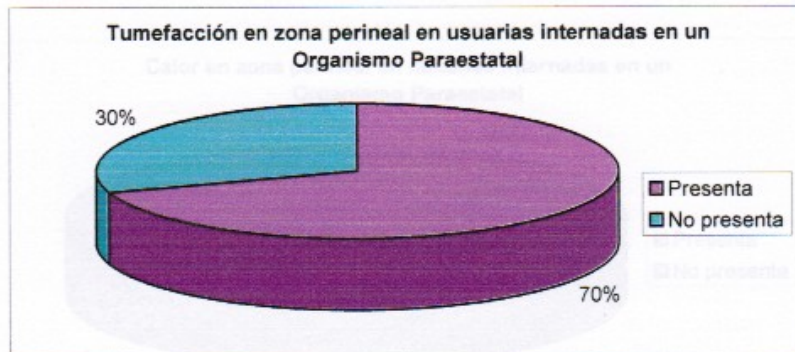
El 90% de las usuarias no presentó calor en la zona valorada, mientras que el 10% si lo presentó.



Fuente: datos recabados en valoración realizada a usuarias multiparas con episiotomía cursando puerperio inmediato, internadas en un Organismo Paraestatal

En cuanto al rubor, este se encontraba presente en un 20% de las usuarias, y el 80% restantes no presentaban.

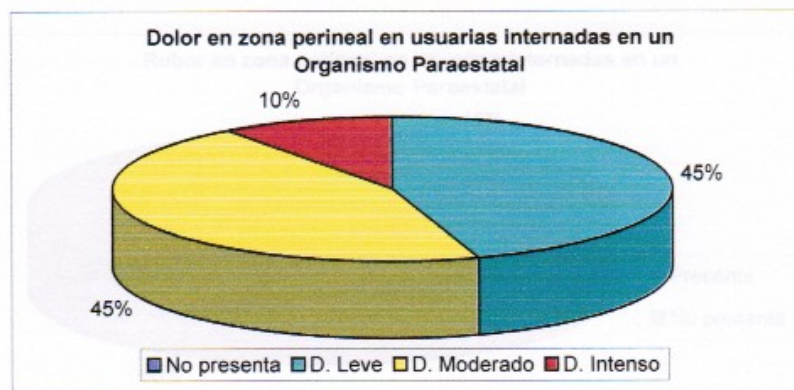
GRUPO CONTROL, también en la valoración inicial.



Fuente: datos recabados en valoración realizada a usuarias multiparas con episiotomía cursando puerperio inmediato, internadas en un Organismo Paraestatal

Con respecto a la presencia de tumefacción, el 70% presentó la misma y 30% no presentó.

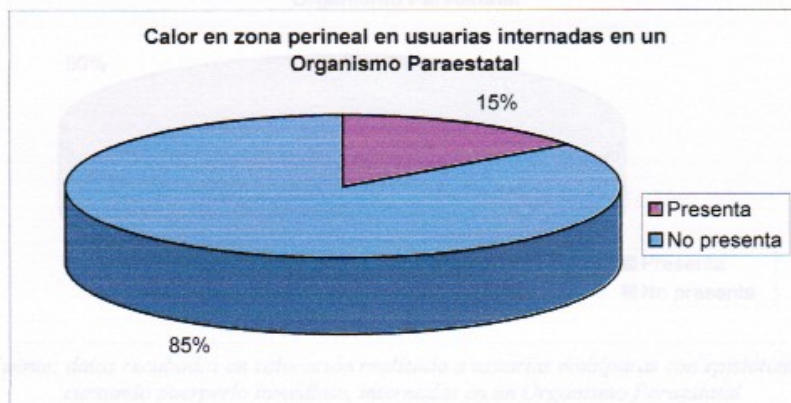
El 25% de las usuarias no presentaron dolor, y el 15% si lo hicieron.



Fuente: datos recabados en valoración realizada a usuarias multiparas con episiotomía cursando puerperio inmediato, internadas en un Organismo Paraestatal

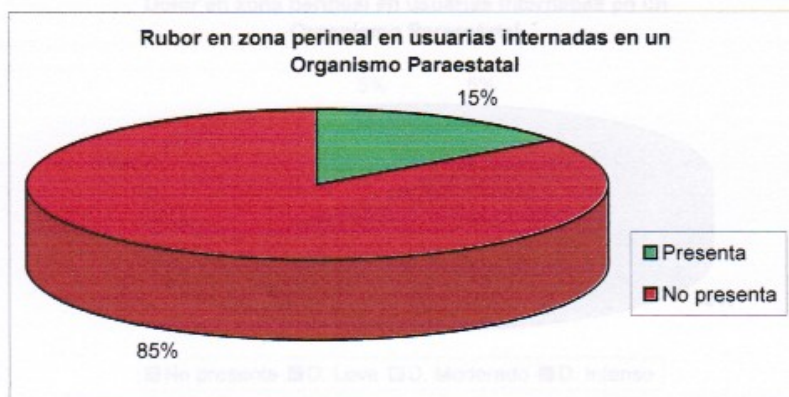
En lo que refiere al dolor, el 100% de las usuarias presentaron dolor, dentro de las cuales 45% presentó dolor moderado, un mismo porcentaje presentó dolor leve y 10% presentó dolor intenso.

GRUPO CONTROL; también en la valoración inicial.



Fuente: datos recabados en valoración realizada a usuarias multiparas con episiotomía cursando puerperio inmediato, internadas en un Organismo Paraestatal

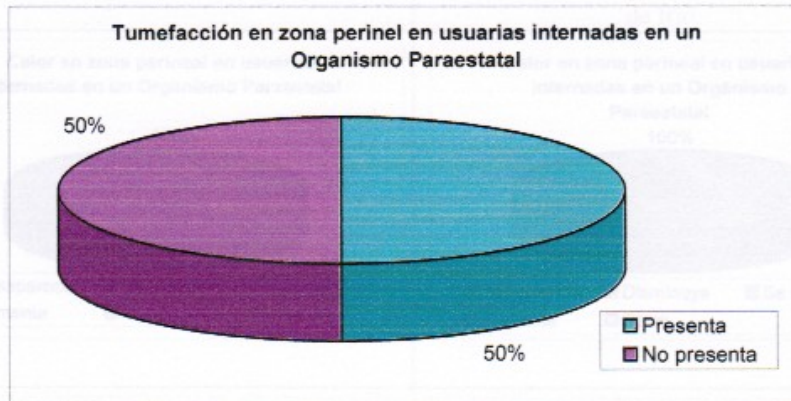
El 85% de las usuarias no presentaron calor, y el 15% si lo hicieron.



Fuente: datos recabados en valoración realizada a usuarias multiparas con episiotomía cursando puerperio inmediato, internadas en un Organismo Paraestatal

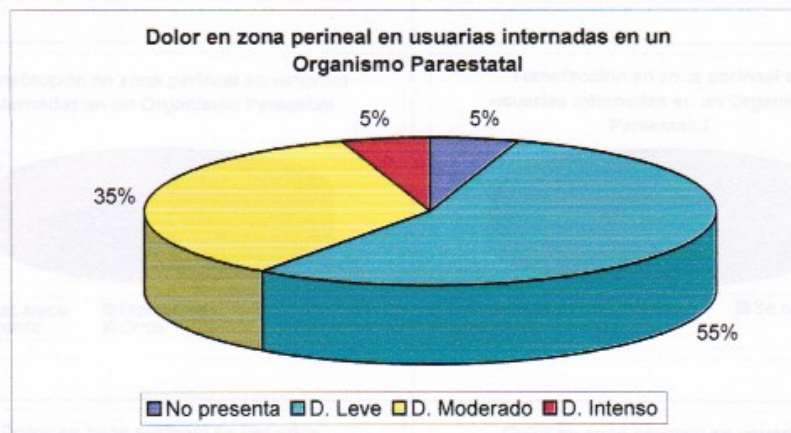
En este grupo, el 15% presentó rubor, y el 85% restante no lo presentó.

ANÁLISIS de las MOLESTIAS PERINEALES en USUARIAS INTERNADAS en un ORGANISMO PARAESTATAL



Fuente: datos recabados en valoración realizada a usuarias multiparas con episiotomía cursando puerperio inmediato, internadas en un Organismo Paraestatal

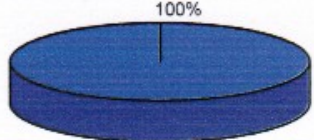
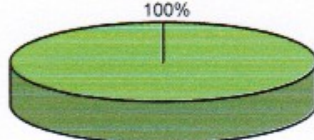


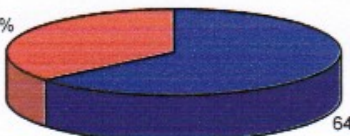


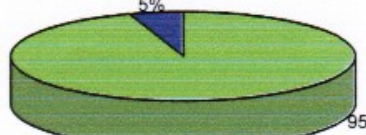
En cuanto a la presencia de tumefacción en la zona valorada, se observó la presencia en un 50% de las usuarias y el otro 50% no presentó.



Fuente: datos recabados en valoración realizada a usuarias multiparas con episiotomía cursando puerperio inmediato, internadas en un Organismo Paraestatal

Se observó que el 55% presentó dolor leve, el 35% dolor moderado, el 5% dolor intenso y un 5% de las usuarias no presentó dolor.

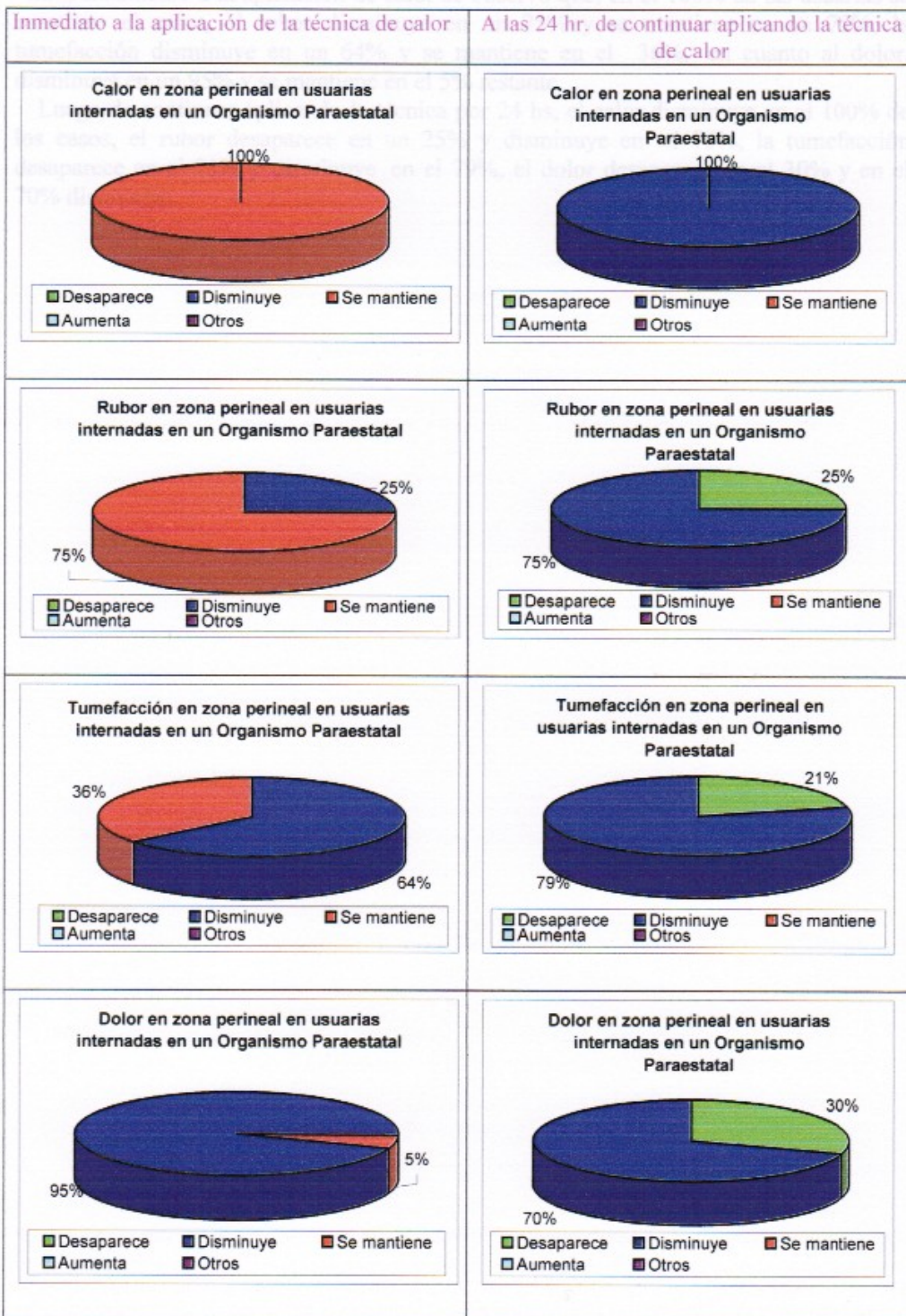
ALIVIO de las MOLESTIAS PERINEALES en USUARIAS INTERNADAS en un ORGANISMO PARAESTATAL

Inmediato a la aplicación de la técnica de frío	A las 24 hr. de continuar aplicando la técnica de frío
<p align="center">Calor en zona perineal en usuarias internadas en un Organismo Paraestatal</p>  <p align="center">100%</p> <p>Legend: Desaparece (Green), Disminuye (Blue), Se mantiene (Red), Aumenta (Yellow), Otros (Purple)</p>	<p align="center">Calor en zona perineal en usuarias internadas en un Organismo Paraestatal</p>  <p align="center">100%</p> <p>Legend: Desaparece (Green), Disminuye (Blue), Se mantiene (Red), Aumenta (Yellow), Otros (Purple)</p>
<p align="center">Rubor en zona perineal en usuarias internadas en un Organismo Paraestatal</p>  <p align="center">50% 50%</p> <p>Legend: Desaparece (Green), Disminuye (Blue), Se mantiene (Red), Aumenta (Yellow), Otros (Purple)</p>	<p align="center">Rubor en zona perineal en usuarias internadas en un Organismo Paraestatal</p>  <p align="center">25% 75%</p> <p>Legend: Desaparece (Green), Disminuye (Blue), Se mantiene (Red), Aumenta (Yellow), Otros (Purple)</p>
<p align="center">Tumefacción en zona perineal en usuarias internadas en un Organismo Paraestatal</p>  <p align="center">36% 64%</p> <p>Legend: Desaparece (Green), Disminuye (Blue), Se mantiene (Red), Aumenta (Yellow), Otros (Purple)</p>	<p align="center">Tumefacción en zona perineal en usuarias internadas en un Organismo Paraestatal</p>  <p align="center">43% 57%</p> <p>Legend: Desaparece (Green), Disminuye (Blue), Se mantiene (Red), Aumenta (Yellow), Otros (Purple)</p>
<p align="center">Dolor en zona perineal en usuarias internadas en un Organismo Paraestatal</p>  <p align="center">40% 60%</p> <p>Legend: Desaparece (Green), Disminuye (Blue), Se mantiene (Red), Aumenta (Yellow), Otros (Purple)</p>	<p align="center">Dolor en zona perineal en usuarias internadas en un Organismo Paraestatal</p>  <p align="center">5% 95%</p> <p>Legend: Desaparece (Green), Disminuye (Blue), Se mantiene (Red), Aumenta (Yellow), Otros (Purple)</p>

Fuente: datos recabados en valoración realizada a usuarias multiparas con episiotomía cursando puerperio inmediato, internadas en un Organismo Paraestatal

Inmediatamente a la aplicación de esta técnica el calor disminuye en el 100% de las usuarias, el rubor disminuye y se mantiene en un 50%, la tumefacción disminuye en un 64% y se mantiene en un 36%, el dolor desaparece en un 40% y disminuye en un 60%.

Luego de haber continuado con la aplicación de la técnica por 24 hr. el calor desaparece en el 100%, el rubor desaparece en el 75% y disminuye en el 25%, la tumefacción desaparece en el 57% y disminuye en el 43%, el dolor desaparece en el 95% y disminuye en el 5%.

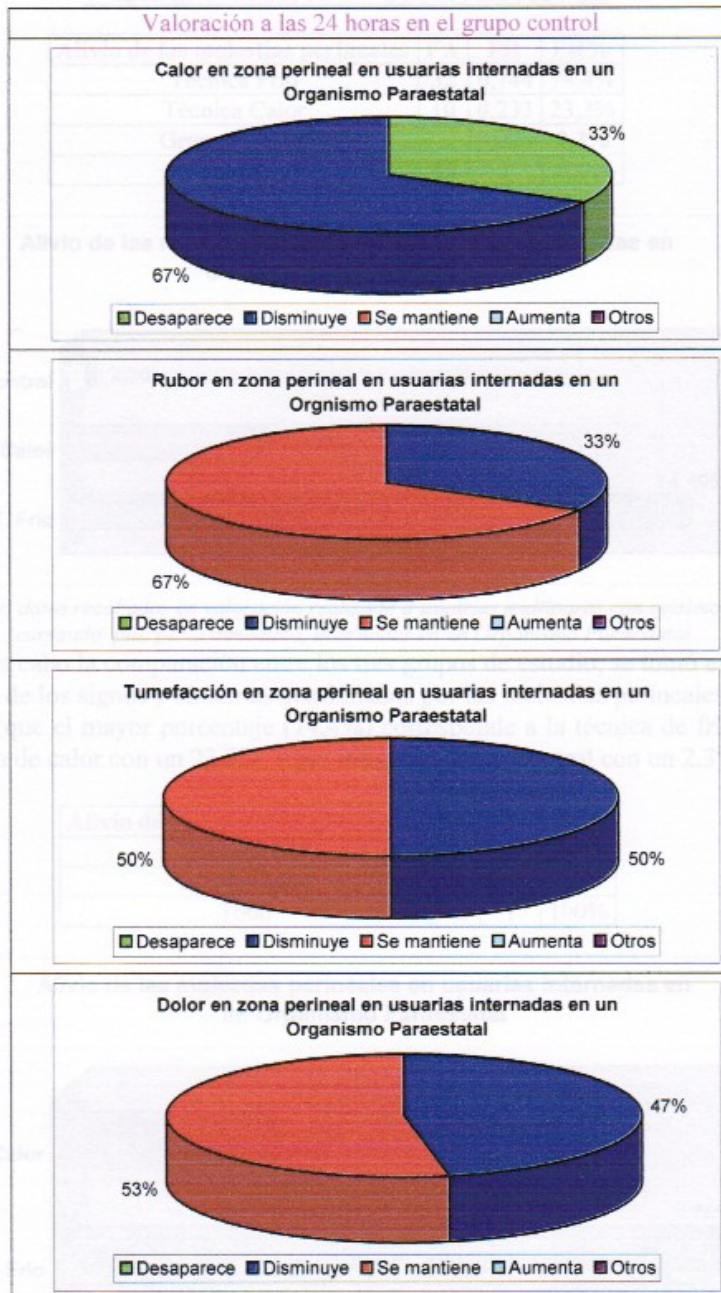


Fuente: datos recabados en valoración realizada a usuarias multiparas con episiotomía cursando puerperio inmediato, internadas en un Organismo Paraestatal

Inmediatamente a la aplicación de calor se observó que, en el 100% de las usuarias se mantiene el calor, el rubor disminuye en un 25% y se mantiene en un 75%, la tumefacción disminuye en un 64% y se mantiene en el 36%, en cuanto al dolor, disminuye en un 95% y se mantiene en el 5% restante.

Luego de continuar aplicando la técnica por 24 hs, el calor disminuye en el 100% de los casos, el rubor desaparece en un 25% y disminuye en el 75%, la tumefacción desaparece en el 21% y disminuye en el 79%, el dolor desaparece en el 30% y en el 70% disminuye.

Valoración a las 24 horas en el grupo control

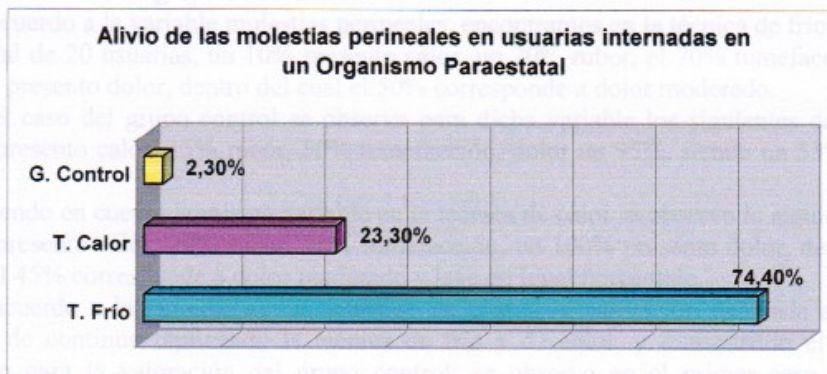


Fuente: datos recabados en valoración realizada a usuarias multiparas con episiotomía cursando puerperio inmediato, internadas en un Organismo Paraestatal

En la valoración a las 24 horas del grupo control, se observó que el calor disminuye en el 67% de las usuarias y desaparece en el 33%, el rubor se mantiene en el 67% y disminuye en el 33%, la tumefacción se mantiene en un 50% y disminuye en el mismo porcentaje, el dolor se mantiene en el 53% y disminuye en un 47%.

TABLAS Y GRÁFICOS COMPARATIVOS

Alivio de las molestias perineales	FA	FR	FR%
Técnica Frío	32	0,744	74,4%
Técnica Calor	10	0,233	23,3%
Grupo Control	1	0,023	2,3%
Total	43	1	100%

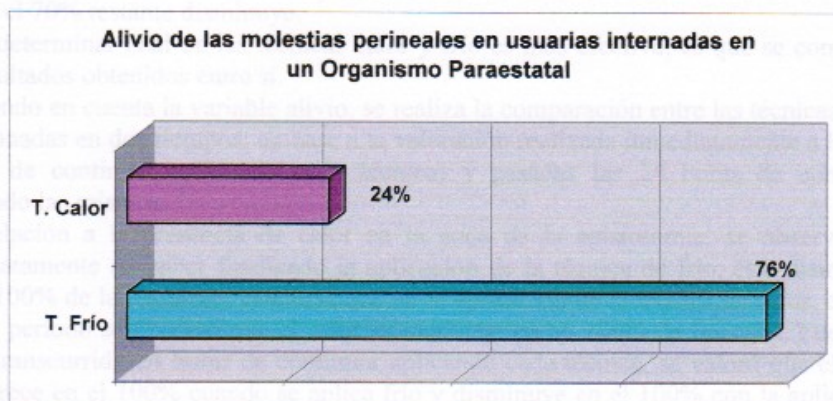


Fuente: datos recabados en valoración realizada a usuarias multiparas con episiotomía cursando puerperio inmediato, internadas en un Organismo Paraestatal

Para llevar a cabo la comparación entre los tres grupos de estudio, se tomó en cuenta la desaparición de los signos y síntomas ocasionados por las molestias perineales.

Se observa que el mayor porcentaje (74,4%) corresponde a la técnica de frío, seguido por la técnica de calor con un 23,3%, y por último el grupo control con un 2,3%.

Alivio de las molestias perineales	FA	FR	FR%
Técnica frío	32	0,76	76%
Técnica calor	10	0,24	24%
Total	42	1	100%



Fuente: datos recabados en valoración realizada a usuarias multiparas con episiotomía cursando puerperio inmediato, internadas en un Organismo Paraestatal

En cuanto a cual de las técnicas es más efectiva en el alivio de las molestias perineales, se observa que la aplicación de frío produce la desaparición de los signos y síntomas ocasionados por dichas molestias en el 76% de los casos, mientras que con la aplicación de calor desaparecen en el 24%.

ANÁLISIS

Para determinar si las técnicas aplicadas (calor, frío) producen un cambio favorable en las molestias causada por la episiotomía, se comparan los resultados obtenidos en cada una de ellas con un grupo control.

De acuerdo a la variable molestias perineales, encontramos en la técnica de frío, que en un total de 20 usuarias, un 10% presento calor, un 20% rubor, el 70% tumefacción, un 100% presento dolor, dentro del cual el 50% corresponde a dolor moderado.

En el caso del grupo control se observa para dicha variable los siguientes datos: un 15% presento calor, 15% rubor, 50% tumefacción, dolor un 95%, siendo un 55% dolor leve.

Teniendo en cuenta la misma variable en la técnica de calor se observo lo siguiente: un 10% presento calor, 20% rubor, 70% tumefacción, un 100% presento dolor, dentro del cual el 45% corresponde a dolor moderado y leve en igual porcentaje.

De acuerdo a la variable alivio, teniendo en cuenta la valoración realizada a las 24 horas de continuar aplicando la técnica de frío y de calor, y transcurrido el mismo tiempo para la valoración del grupo control; se observo en el primer caso (con la aplicación de técnica de frío), que el calor desaparece en un 100%, en el segundo caso solo lo hace en el 33% y disminuye en un 67%, y en el tercer caso disminuye en un 100%. En cuanto al rubor en la técnica de frío, desaparece en un 75% y disminuye en un 25%; en el grupo control disminuye en un 33% y en un 67% se mantiene; mientras que en la técnica de calor desaparece en un 25% y disminuye en un 75%. De las usuarias que presentaron tumefacción, en el primer caso desaparece un 57%; en el segundo se mantiene o disminuye en un 50% en igual medida, pero no desaparece; mientras que en la aplicación de la técnica de calor desaparece en un 21% y en el 79% restante disminuye. En el caso del dolor, desaparece en un 95% luego de aplicada la técnica de frío; en el grupo control disminuye en un 47% y se mantiene en un 33% pero no desaparece; en el caso de la técnica de calor el dolor desaparece en un 30%, mientras que en el 70% restante disminuye.

Para determinar cual de las técnicas calor y frío es más efectiva, es que se comparan los resultados obtenidos entre sí.

Teniendo en cuenta la variable alivio, se realiza la comparación entre las técnicas antes mencionadas en dos tiempos; en base a la valoración realizada inmediatamente a la hora (luego de continuar aplicando cada técnica) y pasadas las 24 horas de continuar aplicando las mismas.

En relación a la presencia de calor en la zona de la episiotomía, se observo que inmediatamente de haber finalizado la aplicación de la técnica de frío, éste disminuyo en un 100% de las usuarias; mientras que en la aplicación de la técnica de calor, en éste mismo período se observo que el calor se mantiene en un 100% de los casos. Luego de haber transcurrido 24 horas de continuar aplicando cada técnica, se valoró que el calor desaparece en el 100% cuando se aplica frío y disminuye en el 100% con la aplicación de calor. En cuanto a la presencia de rubor luego de aplicar durante una hora la técnica de frío, se observa que en un 50% disminuye y se mantiene en un mismo porcentaje; en el grupo al cual se le aplico la técnica de calor, transcurrido el mismo período, se observa que en el 75% se mantiene el rubor y disminuye en un 25%. A las 24 horas de continuar aplicando dichas técnicas, en el caso de la técnica de frío, en el 25% disminuye y en el 75% desaparece; mientras que en la técnica de calor disminuye en un 75% y desaparece en un 25%. De las usuarias que presentaron tumefacción, se observo

en la primera valoración (a la hora) que el 64% disminuye y el 36% se mantiene, en iguales porcentajes para ambas técnicas; a las 24 horas de continuar aplicando las mismas, en la técnica de frío desaparece en un 57% y disminuye en un 43%, mientras que en el grupo que se le aplicó la técnica de calor, desaparece en un 21% y disminuye en un 79%. Con respecto al dolor, en la valoración inmediata, se observa que con la técnica de frío desaparece en el 40% y disminuye en el 60%; en el caso del grupo al cual se le aplicó calor en un 95% disminuye y en un 5% se mantiene. Luego de aplicadas por 24 horas, en el caso del frío el dolor desaparece en un 95% y disminuye en el 5% restante; en el caso del calor el dolor desaparece en el 30% y disminuye en el 70% restante.

De las 40 usuarias a las cuales se les aplicaron las técnicas, sólo en 8 casos recibieron analgesia vía oral, no siendo esto un factor favorable para disminuir el dolor ya que el período de administrado fue inferior a las dos horas.

En cuanto a la satisfacción por parte de las usuarias, en lo que respecta a las técnicas aplicadas (es decir, si se encontró cómoda, si le resultó beneficiosa), se obtuvo que de las 40 usuarias (100%) a las cuales se les aplicaron las técnicas, el 97,5% manifestó que le resultaron beneficiosas ya que alivia el dolor y les permite movilizarse; como también les resultaron cómodas las técnicas en sí. Al 2,5% restante, el cual se corresponde con una usuaria, no le resultó cómoda la técnica aplicada, aunque sí le fue beneficiosa para el alivio de las molestias.

En el 95% de los casos, las usuarias manifestaron haber sentido un alivio inmediatamente después de haberse realizado la primera aplicación de la técnica, mientras que un 5% no sintió ningún alivio de forma inmediata, pero sí luego de continuar aplicando la técnica por 24 horas.

Los resultados obtenidos en la aplicación de ambas técnicas anteriormente mencionadas, concuerdan con la información bibliográfica y nuestros conocimientos previos en cuanto a los beneficios que proporcionan las mismas, ya que si bien no llevan a la cura de ninguna enfermedad, son instrumentos importantes que auxilian en el tratamiento de varias patologías al ser aplicados adecuadamente, entre otras cosas reducen el espasmo muscular y alivian la sintomatología dolorosa.

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Luego de finalizar la investigación, se logró determinar cual de las técnicas aplicadas fue más efectiva en el alivio de las molestias perineales; viéndose que la aplicación de frío logra que desaparezcan los signos y síntomas valorados, en un mayor porcentaje (76%) que en la técnica de calor (24%).

Sin embargo, es relevante mencionar que la aplicación de la técnica de calor es más beneficiosa para el alivio de las molestias perineales ya que produce una desaparición de las mismas en un 23,3%, que siguiendo el proceso natural (grupo control) en el cual la desaparición de los signos y síntomas de dichas molestias se produce en un 2,3%.

Cabe destacar, la gran aceptación por parte de las usuarias en cuanto a las técnicas aplicadas, dado que ellas manifestaron que las técnicas fueron de fácil aplicación, accesibles desde el punto de vista económico y que producen alivio de forma casi inmediata; siendo estos factores favorables para la adquisición de hábitos saludables.

Puesto que la enfermería es una disciplina científica encaminada a fortalecer la capacidad reaccional del ser humano, que posee autonomía ya que tiene libertad y autoridad para actuar en forma independiente y siendo la investigación una de sus funciones, la cual nos permite ampliar y profundizar nuestros conocimientos, buscando por medio de la experimentación la solución a problemas y situaciones de enfermería, y alcanzando así un campo propio de conocimientos; es por todo esto que no parece importante promover la realización de nuevas investigaciones.

Como futuros profesionales y dado los resultados obtenidos, creemos conveniente la protocolización de la técnica más efectiva (es decir de la técnica de frío), así como también consideramos que dicha investigación puede ser realizada en otro universo, con otra muestra, aumentando el tamaño de la misma con el fin de que resulte más representativa, dando mayor confiabilidad al estudio, realizándose un estudio clínico aleatorizado con diferente técnica de asignación a las usuarias; utilizando diferentes formas de aplicación de las técnicas (calor húmedo, frío húmedo),

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n Bar. Pisco
Montevideo - Uruguay

BIBLIOGRAFÍA

- Bcare P, Myers J. Principios y práctica de la enfermería médico quirúrgica. 2ª. ed. Madrid: Mosby/ Doyma; 1995. 1 v.
- Calor y frío en medicina. En: Piña Barba MC., ed. La física en la medicina [en línea] Internet edición. 2001. Cap. VI. Disponible en: http://www.clap.ops-oms.org/publicaciones/ciencia/volumen_1/ciencia_2/37/htm/sec_10.htm [Fecha de acceso 12 de abril de 2005].
- Carroli G, Belizan J, Stamp G. Práctica de la episiotomía en el parto vaginal. Biblioteca de Salud Reproductiva/ OMS [CD ROM] 2002.
- Frío- Calor [en línea] Internet edición 2004. Disponible en: http://www.clap.ops-oms.org/biblioteca_digital.edu.mx [Fecha de acceso 12 de abril de 2005].
- Fuller J. Instrumentación quirúrgica: principios y práctica. 3ª. ed. Buenos Aires: Panamericana; 1996.
- Hernández Sampieri C, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. México: Mc Graw-Hill; 1991.
- López Rodríguez C. Dr., Crioterapia y ciclismo [en línea] 2003. Disponible en: http://www.rfec.com/rincon_médico/crioterapia.asp [Fecha de acceso 8 de agosto de 2005].
- Lowdermilk, Perry, Bobok. Tratado de enfermería materno infantil. 6ª. ed. Madrid: Harcourt Brace; 1998. 1v.
- Pineda EB, Alvarado EL, Canales FH. Metodología de la investigación: Manual para el desarrollo de personal de salud. 2ª. ed. Washington: OPS; 1994.
- Pitchard J, Mac Donald P. Williams-Obstetricia. 2ª. ed. Barcelona: Salvat; 1980.
- Plan de acción para la prevención de resultados no deseados durante el período puerperal. En: Atención del puerperio y prevención de las secuelas invalidantes del postparto. [en línea] Internet edición. 2003. Cap. VII. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/htm/Site/promin/UCMISALUD/publicaciones/publicaciones.htm> [Fecha de acceso 12 de agosto de 2005].
- Relación Médico-Paciente. En: Código de ética del SMU. [en línea] Internet edición. 1995. Cap. IV. Disponible en: <http://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/#codetica> [Fecha de acceso 5 de mayo de 2005].
- Scharwz R, Duverges C. Obstetricia. 5ª. ed. Buenos Aires: El Ateneo; 1995.

ANEXOS

- Contenido:
 - * Protocolo de Investigación.

**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA.
FACULTAD DE ENFERMERÍA.
CATEDRA MATERNO INFANTIL.**

¿Cuál de las técnicas aplicadas (calor, frío) es más efectiva en el alivio de las molestias perineales del post parto inmediato en usuarias multíparas con episiotomía, internadas en la Unidad Perinatológica de un Sanatorio perteneciente a un Organismo Paraestatal?

Dirigido a: Lic. en Enf. Mercedes Pérez

**Integrantes: Arroyo A.
Carlón A.
Domínguez N.
Fernández E.
Granoche P.**

Montevideo, Febrero del 2006

DEFINICIÓN del PROBLEMA:

¿Cuál de las técnicas aplicadas (calor, frío) es más efectiva en el alivio de las molestias perineales del post parto inmediato en usuarias multiparas con episiotomía; internadas en la Unidad Perinatólogica de un Sanatorio perteneciente a un Organismo Paracstatal, en el periodo comprendido entre el 14/2/06 al 24/5/06?

OBJETIVO GENERAL:

➤ Determinar cual de las técnicas aplicadas (calor o frío) presenta mayor efectividad en el alivio de las molestias perineales del post parto inmediato.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

➤ Caracterizar la población en estudio, referido a las características que definen la muestra de la investigación.

➤ Promover y aplicar la técnica de frío, a 20 usuarias que forman parte de la muestra.

➤ Evaluar los resultados obtenidos en la aplicación de la técnica de frío.

➤ Promover y aplicar la técnica de calor, a otras 20 usuarias que forman parte de la muestra.

➤ Evaluar los resultados obtenidos en la aplicación de la técnica de calor.

➤ Evaluar y comparar los resultados obtenidos en cada técnica con un grupo control.

➤ Comparar y analizar los resultados obtenidos en la investigación realizada.

JUSTIFICACIÓN:

Sobre la base de la experiencia obtenida en el transcurso de la práctica realizada en el segundo nivel de atención Materno - Infantil, la cual se llevo a cabo en la Unidad Perinatólogica de un Sanatorio perteneciente a un Organismo Paracstatal, pudimos observar que la episiotomía es una técnica realizada a todas las mujeres con parto vaginal. Para saber el porque de esto, es que se le realizó una entrevista al Jefe de Ginecología de dicho centro, Dr. Pérez Villarejo, el cual manifestó: "...No existe protocolo ni normativa que fundamente la aplicación de la episiotomía; ya que en la actualidad los partos son institucionalizados y con esta técnica se pretende prevenir posibles complicaciones en la mujer, tales como prolapso, desgarros, hemorroides, etc.; abarcando así a la mujer de manera íntegra y no solo en el momento del parto."

Esta técnica (de acuerdo a lo observado) produce molestias perineales en el transcurso del puerperio tales como inflamación y dolor.

Teniendo en cuenta que la realización de la episiotomía es una realidad en la cual no podemos influir (en este caso), pretendemos abocarnos a la implementación y aplicación de técnicas capaces de aliviar las molestias producidas como consecuencia de la episiotomía.

Siendo la enfermería una profesión independiente, la cual posee autonomía, y la investigación es uno de sus pilares; es por eso que realiza y utiliza hallazgos de investigaciones para ofrecer cuidados de enfermería apropiados y seguros como base para validar los estándares de los cuidados enfermeros.

Sabiendo que la aplicación de medidas físicas es un cuidado propio de enfermería que se utiliza en otros casos, nos interesa implementar la utilización de la técnica calor o frío para el alivio de las molestias perineales, en las usuarias multíparas que cursan el puerperio inmediato y que se les haya realizado episiotomía. Teniendo en cuenta que la aplicación de calor o frío son recursos valiosos en la práctica de fisioterapia; las terapias usando calor o frío no llevan a la cura de ninguna enfermedad, pero son instrumentos importantes que auxilian en el tratamiento de diferentes alteraciones.

Nos interesa la aplicación de estas técnicas para el alivio de las molestias perineales (inflamación, dolor) del puerperio inmediato, ya que se conoce que el calor posee efectos terapéuticos en el alivio del dolor, aumenta la flexibilidad de los músculos tendinosos, mejora el espasmo muscular, mejora la circulación, además es analgésico porque eleva el umbral del dolor, relajante porque disminuye directamente el tono muscular y también se ha comprobado que facilita la curación de heridas. También se sabe que el frío posee efectos terapéuticos tales como la disminución del espasmo muscular, el alivio del dolor, previene el edema y disminuye las reacciones inflamatorias (según publicaciones existentes en la página web del Centro Latinoamericano de Perinatología).

A raíz de nuestro interés en la aplicación de las técnicas (calor o frío) en estas usuarias, nos dispusimos a recabar información que fuera punto de partida para nuestro trabajo, no habiéndose encontrado publicaciones nacionales y / o internacionales que hicieran referencia a un trabajo similar.

En consecuencia de esto nos sentimos motivados a la realización de dicha investigación, la cual nos permitirá evaluar cual de las técnicas aplicadas es más efectiva.

Esta investigación pretende llevarse a cabo en la Unidad Perinatológica de un Sanatorio perteneciente a un Organismo Paraestatal, tomando como universo y muestra, a usuarias multíparas que se encuentren cursando el puerperio inmediato y a las cuales se les halla realizado episiotomía; las técnicas serán aplicadas de forma aleatoria.

MARCO TEORICO

SALUD de la MUJER y ATENCIÓN del PARTO.

Salud Reproductiva y Sexual:

“La salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear y la libertad para decidir hacerlo o no; cuando y con que frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer de obtener información y planificar su familia de elección así como la elección de métodos de la regulación de la fecundidad que no esté legalmente prohibidos y el acceso de métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, al derecho de recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan embarazos y partos sin riesgo y den a las parejas las máximas probabilidades de tener hijos sanos”. (O. M. S.)

También podemos definir la salud reproductiva y sexual como “ la posibilidad del ser humano de tener relaciones sexuales gratificantes y enriquecedoras, sin coerción y sin temor de infección ni de embarazo no deseado, de poder regular la fecundidad sin riesgo de efectos secundarios desagradables o peligrosos; de tener un embarazo y un parto seguro y, de tener hijos saludables”.

Cabe destacar que todo paciente y médico está sujeto a un *CODIGO de ETICA*, en nuestro país quien lo difunde y elabora es el *Sindicato Médico del Uruguay*, éste código fue actualizado en 1995 y del cual destacamos los siguientes artículos contenidos en el capítulo IV, el cual hace mención a la *Relación Médico – Paciente*:

IV.1. Derechos y deberes mutuos

Artículo 14 - Todo paciente tiene derecho a: 1. Conocer sus derechos y las reglamentaciones que rigen sus obligaciones a través de las instituciones y los equipos de salud. 2. No ser perjudicado por el acto médico. 3. Que el médico no se ocupe solamente de la salud física sino de la salud integral de la persona. 4. Ser respetado en su dignidad como paciente, lo cual implica tener las condiciones para hacerse cada vez más consciente, más autónomo y estar más insertado en la comunidad social en la que vive.

a. El deber de decir la verdad

Artículo 15 - Todo paciente tiene derecho a: 1. Una información completa y veraz sobre cualquier maniobra diagnóstica o terapéutica que se le proponga. El médico tiene el deber de comunicar los beneficios y los riesgos que ofrecen tales procedimientos, en un lenguaje suficiente y adecuado. En los casos excepcionales en que esa información pudiese ocasionar graves perjuicios al paciente, ésta deberá dirigirse a la familia o tutor legal con el fin de obtener un consentimiento válido. En caso de no contar con los medios técnicos apropiados, debe avisar al paciente o a sus tutores sobre esos hechos, informándoles de todas las alternativas posibles. 2. A consentir

o rechazar libremente cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico que se le proponga. El médico debe respetar estas decisiones válidas salvo que perjudique a terceros o en emergencias extremas. El paciente debe firmar un documento escrito cuando rechaza un procedimiento indicado por el médico.

3. A saber los motivos por los que se le traslada a otro servicio o centro asistencial.

b. El deber de respetar la confidencialidad y la intimidad

Artículo 20 - El paciente tiene derecho a: 1. Exigir que se guarde ante terceros el secreto de su consulta. El médico debe garantizar este derecho en tanto esté a su alcance. 2. A no revelar su nombre ni aun ante el médico, en determinadas circunstancias. 3. A la confidencialidad sobre los datos revelados por él a su médico y asentados en historias clínicas, salvo autorización válidamente expresada de su parte. El médico guardará el secreto profesional y será responsable de propiciar su respeto por parte de todo el equipo de salud involucrado con su paciente. De igual manera, participará en la educación a este respecto. Los registros informatizados deben estar adecuadamente protegidos de cualquier acceso de personal no sanitario, o que no esté obligado al secreto.

Artículo 23 - Todo paciente tiene derecho: 1. A la intimidad de su cuerpo y de sus emociones, cuando es interrogado o examinado por los miembros del equipo de salud. Tiene derecho, en ciertas circunstancias, a ser ayudado para dialogar a solas con sus seres queridos u otras personas significativas. El equipo de salud debe facilitar en todos los actos médicos los medios apropiados que conduzcan al respeto por el pudor y la intimidad. 2. Al apoyo emocional y a solicitar ayuda espiritual o religiosa de personas de su elección. El médico debe facilitar al paciente estas posibilidades.

Consideramos importante, luego de haber hecho mención de los derechos que poseen tanto los médicos como los pacientes; referirnos a los derechos propios que posee la mujer:

1).- **Derecho a información**, o sea que las usuarias y sus familias deben tener la información más adecuada sobre las ventajas y los riesgos de las distintas opciones, así como también sobre donde y como obtener más información. En este sentido, todos los programas deben actuar en forma activa no solo a nivel de los servicios sino también a nivel comunitario..

2).- **Derecho a acceso**, o sea que todas las personas en una comunidad tiene derecho a recibir servicios de salud sexual y reproductiva cualquier sea su situación económica, estatus social, creencia religiosa, estado civil, participación política, ubicación geográfica o manifestaciones de cualquier característica que los haga parte de un grupo determinado. Este derecho involucra no solamente el acceso a determinados proveedores sino a sistemas de provisión de servicios.

3).- **Derecho a la elección**, o sea que toda persona tiene derecho a decidir libremente el curso a seguir en los servicios de salud sexual y reproductiva. Ello también implica que en el caso de los métodos anticonceptivos, éstos deben ofrecer la información más actualizada y correcta sobre las indicaciones y contraindicaciones de las usuarias de las distintas opciones que se presentan a las usuarias según sus necesidades.

4).- **Derecho al uso de métodos seguros** en lo que refiere a planificación familiar. Aún cuando se sabe que las ventajas del uso de métodos de planificación familiar son mayores que los riesgos, las pacientes tienen el derecho a rechazar aquellos métodos que consideren peligrosos para su salud o bienestar.

5).- **Derecho a la privacidad**, lo que implica que las usuarias tienen el derecho de discutir sus necesidades y procurarse un ambiente en el que se sientan seguras y cómodas, sabiendo que la discusión con quienes proveen el servicio es totalmente confidencial. Estas consideraciones son extensivas al ambiente donde se desarrolla el examen físico de las usuarias. En esas circunstancias, ellas tienen el derecho a saber el tipo de examen físico al que serán sometidas, así como al rechazar cualquier tipo de exámenes que consideren inapropiado o que se realicen en condiciones que no garanticen su privacidad. Las usuarias también tienen el derecho de saber el papel que cumplen las distintas personas presentes durante la entrevista o el examen realizado por el prestador de servicios.

6).- **Derecho a la confidencialidad**, por el cual las usuarias tienen el derecho a que la información que ellas provean no será comunicada a otras personas sin su consentimiento, así como que cualquier tipo de examen al que son sometidas es acorde con los requisitos legales y las normas éticas. La ruptura de la confidencialidad puede tener consecuencias muy serias para la vida de las usuarias, en quienes puede afectar su estado matrimonial o su relación con otras personas. Parte importante de este derecho es la confidencialidad sobre el estado actual y los antecedentes de las usuarias.

7).- **Derecho a la dignidad**, o sea al trato cortés, considerado y respetuoso, al margen del nivel socioeconómico o cultural de las usuarias, o cualquier otra circunstancia que las coloque en situaciones vulnerables. A su vez, los prestadores de servicios deben poner de lado sus prejuicios e intereses personales cuando provean servicios.

8).- **Derecho a estar cómodas**, que establece que las usuarias deben recibir los servicios en lugares y condiciones que garanticen su comodidad por el tiempo necesario y de acuerdo con las normas y valores culturales y las demandas de la comunidad en la que está ubicada el servicio.

9).- **Derecho a la continuidad**, o sea que las usuarias tienen el derecho a recibir servicios por el tiempo que los necesiten. Estos no deben ser interrumpidos a menos que se llegue a un acuerdo entre las proveedoras de los servicios y las usuarias. Además, la usuaria tiene el derecho a pedir la transferencia de sus antecedentes a otro servicio donde intenta continuar su tratamiento. La posibilidad de referencia y seguimiento son dos aspectos involucrados en este derecho.

10).- **Derecho de opinión**, por el cual tiene el derecho a expresar su opinión sobre la calidad del servicio que reciben, así como el poder sugerir cambios o mejoras de los servicios. Lo ideal es involucrar a las usuarias en las etapas iniciales de diseño de los servicios, a fin que estos puedan satisfacer sus necesidades y demandas.

En cuanto a las **16 Recomendaciones de la OMS**; estas tienen por base el principio que cada mujer tiene el **derecho fundamental de recibir atención prenatal apropiada**; que la mujer tiene un papel central en todos los aspectos de esta atención, incluso participar en el planeamiento, realización y evaluación de la atención; y que los factores sociales, emocionales y psicológicos son decisivos para la comprensión e instrumentación de una atención prenatal apropiada.

1).- **Toda la comunidad debe ser informada** sobre los diversos procedimientos que constituyen la atención del parto, a fin de que cada mujer pueda elegir el tipo de atención que prefiera (deambulación o trabajo de parto horizontal, presencia de familiar, lactancia precoz, etc.).

2).- **Debe darse a conocer** entre el público atendido por los hospitales información sobre las prácticas de los mismos en materia de partos (porcentaje de cesáreas, de inducciones, episiotomía sistemática, etc.).

3).- **Debe fomentarse** la capacitación de las obstétricas universitarias. Esta profesión deberá encargarse de la atención del embarazo y parto normal, así como del puerperio.

4).- Las embarazadas **no deben ser colocadas** en posición horizontal durante el trabajo de parto, se les debe animar a caminar. Cada mujer debe decidir libremente la posición que quiere asumir durante el parto.

5).- **No se justifica** científicamente la ruptura artificial de las membranas por rutina.

6).- **No se justifica** el uso rutinario de la episiotomía. Ninguna región geográfica debe tener un índice de episiotomías que supere el 30%.

7).- **No está indicado** el afeitado de la región púbica ni los enemas preparto.

8).- **Debe evitarse** durante el parto, la administración por rutina de fármacos analgésicos o anestésicos que no se requieran específicamente para corregir o evitar una complicación en el parto.

9).- **No existen pruebas** de que la vigilancia electrónica del feto durante el trabajo de parto normal tenga efectos positivos en el resultado del embarazo.

10).- **No debe inducirse** (iniciarse por medios artificiales) los partos por conveniencia. La inducción del trabajo de parto debe limitarse a determinadas

indicaciones médicas. Ninguna región geográfica debe tener un índice de trabajos de parto inducidos mayor que el 10%.

11).- **No existe justificación** en ninguna región geográfica para que más de un 10 al 15% de los partos sean por cesárea.

12).- **No existen pruebas científicas** que se requiera cesárea después de una cesárea anterior transversa del segmento inferior. Por lo general, deben favorecerse los partos vaginales después de cesáreas, donde quiera que se cuente con un servicio quirúrgico de urgencia.

13).- **El neonato sano debe permanecer** con la madre cuando así lo permite el estado de ambos. Ningún procedimiento de observación del recién nacido sano justifica la separación de la madre.

14).- **Debe fomentarse** el inicio del amamantamiento, inclusive antes de que la madre salga de la sala de parto.

15).- **Deben identificarse** las unidades de atención obstétrica que no aceptan ciegamente toda tecnología y que respetan los aspectos emocionales, psicológicos y sociales del nacimiento, a fin de que sirvan de modelo para impulsar actitudes similares en otros centros e influir en las opiniones obstétricas en todo el país.

16).- **Los gobiernos deben considerar** la elaboración de normas que permitan el uso de nuevas tecnologías de parto recién después de una evaluación adecuada.

En lo concerniente a él momento del parto, la **Coalición para la Mejora de los Servicios de Maternidad (CIMS), (Washington; DC)**; es una coalición de individuos y organizaciones nacionales involucrados en el cuidado y el bienestar de las madres, los bebés y la familia.

El objetivo es promover un modelo de atención a la maternidad centrado en la salud, que mejore el resultado del parto y reduzca substancialmente los costos.

Este modelo basado en las evidencias, respetuoso con la madre, el bebé y la familia, se centra en la prevención y en la salud como alternativa a los costosos programas de protección, diagnóstico y tratamiento.

En consecuencia, los miembros de la CIMS, acordamos definir y promover servicios de maternidad respetuosos con la madre mediante los siguientes principios:

Normalidad del proceso de nacimientos.

- El nacimiento es un proceso normal, natural y saludable.
- Las mujeres y los niños tienen las capacidades innatas necesarias para el nacimiento.
- En el momento de nacer, los bebés son seres humanos conscientes y sensibles y deben ser reconocidos y tratados como tales.

- La lactancia materna proporciona la alimentación óptima para los recién nacidos y lactantes.
- El nacimiento puede producirse de forma segura en hospitales, en centros de nacimiento y en el hogar.
- El modelo de atención ofrecido por las parteras (comadronas) que respalda y protege el proceso normal del nacimiento, es el más apropiado para la mayoría de las mujeres durante el embarazo y el parto.

Protagonismo de la madre.

- La capacidad y la confianza de la mujer para dar a luz y cuidar de su hijo se ven potenciadas o mermadas por las personas que la atienden y por el ambiente en el que da a luz.
- La madre y su hijo son distintos y sin embargo interdependientes durante el embarazo, el parto y la infancia. Su estrecha relación es vital y debe ser respetada.
- El embarazo, el parto y el postparto son hitos en el camino de la vida.
- Estas experiencias afectan profundamente a las mujeres, a los bebés, a los padres y a las familias, y tienen efectos importantes y persistentes sobre la sociedad.

Autonomía.

Cada mujer debe tener la oportunidad de:

- Experimentar un parto seguro y gozoso para ella y su familia, independientemente de su edad y circunstancias.
- Dar a luz tal según sus deseos en un ambiente en que se sienta segura y cuidada y en que se respeten su bienestar, su intimidad y sus preferencias personales.
- Tener acceso a todo el abanico de opciones en cuanto al embarazo, el parto y la crianza de su hijo, y a información detallada sobre todos los lugares, profesionales y métodos disponibles para dar a luz.
- Recibir información completa y actualizada sobre los beneficios y riesgos de todos los procedimientos, fármacos y pruebas que se usan durante el embarazo, el parto y el período postparto, con derecho al *consentimiento informado* y al *rechazo informado*.
- Recibir apoyo para tomar decisiones informadas sobre lo que es mejor para ella y su hijo, basándose en sus valores y creencias personales.

No hacer daño.

- Las intervenciones durante el embarazo, parto o postparto no deben ser rutinarias. Muchas pruebas, procedimientos, tecnologías y fármacos usados en la práctica médica habitual comportan un riesgo para la madre y su hijo y deben evitarse si no existe una indicación científica específica para su uso.
- El tratamiento de las complicaciones que puedan surgir durante el embarazo, el parto y el postparto debe estar basado en la evidencia.

Responsabilidad.

- Cada profesional es responsable de la calidad del cuidado que ofrece.
- La atención a la maternidad debe basarse en las necesidades de la madre y su hijo y no en las del profesional.

- Cada hospital o centro de nacimiento es responsable de la revisión y evaluación periódica, de acuerdo con las evidencias científicas disponibles, de la eficacia, riesgo y tasas de utilización de los procedimientos médicos que apliquen a las madres y a sus hijos.
- La sociedad, a través de su gobierno y del sistema de salud, es responsable de garantizar el acceso de todas las mujeres a los servicios de maternidad y de supervisar la calidad de dichos servicios.
- Los individuos son en último término responsables de tomar decisiones informadas sobre la atención sanitaria para sí mismo y para sus hijos.

Estos principios conducen a los siguientes pasos para la protección, promoción y apoyo a los servicios de maternidad respetuosos con la madre.

Para ser designado "Hospital Respetuoso con la Madre" el establecimiento debe llevar a la práctica los principios filosóficos antes enunciados, cumpliendo con los siguientes **Diez Pasos de la Atención Respetuosa con la Madre**:

- 1- Ofrecer a todas las madres que dan a luz la presencia sin restricciones durante el parto de los acompañantes que ella elija, incluyendo padres, conjugues, hijos, familiares y amigos. Acceso sin restricciones al apoyo emocional y físico continuado de una mujer capacitada o profesional de apoyo al parto. Acceso a la atención de una partera.
- 2- Ofrecer al público información descriptiva y estadística detallada sobre sus prácticas y procedimientos en la atención del parto, incluyendo la frecuencia de las intervenciones y los resultados.
- 3- Ofrecer una atención culturalmente apropiada, es decir, una atención sensible y que responda a las creencias, valores y costumbres específicas de la etnia y religión de la madre.
- 4- Ofrecer a la parturienta la libertad de caminar, moverse y adoptar las posiciones que elija durante la dilatación y el expulsivo, (salvo que se requiera específicamente una restricción para prevenir una complicación) y desaconsejar la posición de litotomía (acostada, boca arriba, con las piernas elevadas).
- 5- Tener Normas y Procedimientos claramente definidos para colaborar y mantener consultas durante el período perinatal, con otros servicios de maternidad, incluyendo la comunicación con el profesional que ha atendido previamente a la madre cuando es necesario el traslado de un lugar de nacimiento a otro con los recursos pertinentes de la comunidad, incluyendo el seguimiento prenatal posterior al alta y el apoyo a la lactancia materna.
- 6- No emplear en forma rutinaria prácticas y procedimientos que no estén respaldados por evidencias científicas actualizadas, lo que incluye pero no se limita a los siguientes: *rasurado del vello púbico, enemas, perfusión endovenosa (goteo)*,

ayuno y prohibición de líquidos por boca, rotura precoz de membranas, monitoreo fetal electrónico.

Otras intervenciones están sujetas a las siguientes limitaciones:

La tasa de uso de oxitocina para la inducción y/ o conducción del parto debe ser del 10% o menor.

La tasa de episiotomía deber ser del 20% o menor con una meta del 5% o menos.

La tasa global de cesáreas debe ser del 10% o menos en los hospitales del primer nivel (de referencia) y del 15% o menor en los hospitales del tercer nivel o de mayor complejidad perinatal.

La tasa de parto vaginal después de una cesárea debe ser del 60% o mayor con una tasa del 75%.

- 7- Educar al personal sobre métodos no farmacológicos de alivio del dolor. No se recomienda el uso de analgésicos o anestésicos si estos no son requeridos específicamente para corregir una complicación.
- 8- Animar a todas las madres y familiares, incluyendo a aquellas con recién nacidos o lactantes enfermos o prematuros o con problemas congénitos, a tocar, tomar en brazos, dar el pecho y cuidar a su hijo en la medida compatible con cada situación.
- 9- Desaconsejar la circuncisión del recién nacido por motivos no religiosos.
- 10- Aplicar los Diez Pasos de la Iniciativa "Hospital Amigo de los Niños" de la OMS y UNICEF para promover una lactancia feliz.

También es imprescindible hacer referencia a las **Ocho Recomendaciones para un Parto Seguro (OMS)**:

- 1- Garantizar información sobre salud reproductiva y derechos de la mujer.
- 2- Garantizar la asistencia durante el embarazo, parto y puerperio y planificación familiar.
- 3- Incentivar el parto normal y humanizado.
- 4- Tener rutinas escritas para normalizar la asistencia.
- 5- Poseer estructura adecuada para la atención materna y perinatal.
- 6- Poseer archivo o sistema de información.
- 7- Evaluar periódicamente los indicadores de salud materna y perinatal.

PUERPERIO

Definición:

Es un período de transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional en el cual regresan, paulatinamente todas las modificaciones grávidas que se operan por un proceso de involución hasta casi restituir las a su estado pregravídico. En este período, se dan además reajustes psicológicos.

Sólo la glándula mamaria hace excepción a lo expresado, puesto que alcanza gran desarrollo y actividad.

La duración del puerperio se ha fijado en:

Puerperio inmediato: las primeras 24 horas. Después que se produce la etapa del parto, el útero experimenta una situación de alivio y bienestar. En algunas ocasiones sobrevienen molestias que se caracterizan por una sensación de quemazón a nivel de la vulva, o también en las mujeres que en el período de parto ha sido largo, aparece dolor causado por fatiga muscular en la cara anterior interna de los muslos. Pero el fenómeno más molesto que puede producirse son los escalofríos, en este caso la puérpera se pone pálida y es atacada bruscamente por un temblor generalizado (castañeteo de dientes) que es de carácter benigno.

Puerperio mediato: los primeros 10 días. Corresponde al período máximo de involución de los órganos genitales, de mayor derrame loquial y de la instalación de la secreción láctea.

Modificaciones locales; después de nacido el bebé el útero pesa entre 1200 y 1500 grs. y tiene 25 – 30 cms en sentido vertical. La involución uterina se extiende prácticamente hasta la aparición de la primera menstruación. Histológicamente se observa disminución y luego desaparición del edema producido por la inhibición grávida. Estrechamiento y luego desaparición de los senos sanguíneos que contribuían a la irrigación placentaria. Regresión del músculo uterino.

El miometrio involuciona por un doble proceso inverso al que se produjo en el embarazo. Las fibras musculares hipertrofiadas vuelven a su tamaño normal y desaparece también en ellas los fenómenos de maduración grávidas. A menudo esta involución muscular es exagerada de modo que los puerperios de repetidas gestaciones empobrecen la túnica muscular del útero.

El cuello uterino dilatado, flácido y congestivo, el primer día recupera su consistencia por desaparición del edema y alcanza una longitud casi normal al tercer día, el fondo del útero desciende 2 cm por día, se produce una disminución y luego una desaparición del edema producido por la inhibición grávida.

Disminuye la frecuencia de las contracciones y la intensidad de la misma, a las 12 horas después del parto los valores llegan a una contracción cada 10 minutos.

Comienza la regeneración del endometrio a partir de los fondos de saco glandulares, el cuello se cierra.

Los genitales externos retoman su aspecto normal con rapidez; las varices vaginales se borran y casi desaparecen, la vagina recupera su tonicidad y los músculos elevadores recobran su resistencia.

Modificaciones generales; la pigmentación de la piel en cara, senos y abdomen se aclaran lentamente. Desaparece la hipertrichosis gravídica, no solo cae el vello de las regiones en que apareció anormalmente sino que aún se experimenta el mismo proceso, pero en forma parcial, en las regiones pilosas (cabeza, monte de Venus, etc.).

Hay caída de los estrógenos y progesterona y elevación de la prolactina.

Puerperio alejado: se extiende hasta los 40 días y en ocasiones con el retorno de la menstruación. Al finalizar este período concluye prácticamente la involución genital y se alcanza en términos generales el estado pregravídico.

El útero pesa 60 gramos al finalizar este período, a los 25 días termina la cicatrización del endometrio a partir de allí la acción hormonal comienza a manifestarse, y pronto puede encontrarse un endometrio proliferativo estrogénico y en menor frecuencia uno de tipo luteal o progesterónico. Esta proliferación se debe al despertar de la función ovárica y esto sucede en mujeres que lactan y en las que no. En contraste con lo que ocurre en el endometrio, la vagina sufre en su mucosa un proceso de atrofia transitoria que dura más en la que lacta.

Puerperio tardío: Abarca el período entre los 45 y 60 días aunque este último límite marcado por el retorno de la menstruación es sumamente impreciso.

Se observa por lo general una vagina bien evolucionada y un endometrio hipertrófico. Hay un bloqueo de los órganos genitales por la función láctea que puede llevar a una hiperinvolución del útero, aunque normalmente al cabo de cierto tiempo el ovario se libera y comienza a funcionar.

Durante el puerperio hay una eliminación líquida por la vulva, formada por la sangre que mana de la herida placentaria y de las excoriaciones del cuello y la vagina, a la que se agregan el líquido de exudación de dichas lesiones, fragmentos de caduca en degeneración grasa y las células de descamación de todo el trayecto genital. Este flujo líquido recibe el nombre de **LOQUIOS**.

En los loquios corresponde estudiar la duración del derrame, su cantidad, aspecto, composición, olor y significación clínica.

La duración del derrame loquial y su abundancia son variables. Por lo general, el flujo loquial dura alrededor de 15 días, aunque es común que muchas mujeres tengan serosas hasta el retorno de la menstruación.

La cantidad se calcula en 800 a 1000 g en los primeros 5 días, para llegar en total a 1500 g en el resto del puerperio.

El aspecto y color de los loquios después del parto es el de la sangre pura (loquios sanguíneos). En los días siguientes (3º y 4º) la sangre se mezcla con los exudados, los glóbulos rojos están alterados y existe un aumento de los leucocitos; el derrame es entonces rosado (loquios serosanguinolentos). Desde el 7º día disminuye en cantidad como también en elementos sanguíneos (hematíes y leucocitos), predominando la secreción de las glándulas del tracto genital, por lo que el exudado se aclara (loquios serosos). A los 21 días se observa un ligero derrame sanguíneo, sin significación patológica, que recibe el nombre de "pequeño retorno".

Normalmente en los loquios, fuera del bacilo de Döderlein, se encuentran estafilococos dorados y blancos, estreptococos hemolíticos, Proteus y colibacilos. Estos gérmenes tienen

en los casos normales un poder patógeno nulo, ya que al parecer los loquios ejercen una acción frenadora sobre los cultivos microbianos.

El olor de los loquios recuerda al del esperma, olor a hipoclorito de sodio; a veces, en cambio, puede ser desagradable y fétido, característico de algunos procesos infecciosos.

Los loquios patológicos son turbios, achocolatados o purulentos. En ocasiones no se acompañan de ningún otro síntoma y pueden ser consecutivos a infecciones perineovulvares o a su descomposición secundaria por estancamiento en la vagina o en el apósito.

La ausencia de loquios significa su retención (loquiómetra). En caso de infección, los loquios fétidos son de mejor pronóstico (infección por colibacilo o anaerobios) que los no fétidos (infección por estreptococos y estafilococos, más graves).

La presencia de sangre en los loquios más allá de las épocas señaladas debe ser considerada como un hecho patológico.

Durante el período del Puerperio se orienta a favorecer la **rehabilitación perineal** mediante la **promoción de la comodidad, el reposo, la deambulación y el ejercicio.**

• **Comodidad:**

Muchas mujeres experimentan intensos temblores durante las dos primeras horas del puerperio inmediato, que se parecen a los escalofríos de una infección. Esta sensación puede relacionarse con la liberación súbita de la presión ejercida por la cabeza del feto sobre los nervios pélvicos. De acuerdo con esta teoría, los escalofríos pueden ser sintomáticos de una transfusión del feto a la madre que se presenta en algunos casos durante la separación placentaria, o también como resultado de una reacción a la epinefrina (adrenalina) producida durante el parto o a la anestesia peridural. La enfermera puede contribuir a que la mujer se relaje y se sienta cómoda ofreciéndole mantas calientes y tranquilizándola en el sentido de que esos temblores son comunes después del parto y no se relacionan con ninguna infección; algunas mujeres experimentan los temblores sin escalofríos; también se benefician si se les cubre con una manta caliente. Los temblores por lo general son autolimitados y duran un corto tiempo. La mayoría de las mujeres experimentan algún grado de dolor durante el post parto (ver lo referido a dolor). Las intervenciones de enfermería están diseñadas bien sea para eliminar del todo el dolor o bien para reducirlo hasta un nivel tolerable que permita a la mujer cuidar de sí misma y de su bebé. Las enfermeras pueden emplear medidas farmacológicas y no farmacológicas para alcanzar el alivio de las molestias. Por lo general el dolor se alivia si se usa más de un método. Los entuertos son calambres parecidos al cólico menstrual experimentados por muchas mujeres cuando el útero se contrae después del parto. Estas molestias pueden aminorarse con calor local, distracción, imaginación, contacto terapéutico, relajación, e interacción con el bebé.

La episiotomía o las laceraciones perineales con frecuencia se suman a las molestias de la puerpera. Justo después del parto se aplican bolsas de hielo en el perineo directamente sobre la episiotomía para minimizar la formación de edema; después de las primeras dos horas, no obstante, las bolsas de hielo surten poco efecto; se usan entonces para mejorar la comodidad porque adormecen el área.

Después de las primeras 24 horas, el calor aplicado al perineo hace que el flujo sanguíneo se incremente estimulando así la cicatrización; las fuentes comunes de calor incluyen lámparas de calor radiante, duchas limpiadoras, hot pack (bolsas con agua caliente).

Otras intervenciones simples son estimular a la mujer a yacer de costado siempre que le sea posible y que use una almohada cuando esté sentada. Muchas de estas intervenciones también son efectivas para aliviar la incomodidad de las hemorroides, en especial las bolsas de hielo, los baños de asiento y las aplicaciones tópicas; también se le puede sugerir la técnica de sentarse con los glúteos contraídos y relajarlos una vez que se haya sentado, cuidando de mantener una postura erguida, derecha sin realizar torsión del torso.

Las molestias asociadas con la congestión mamaria pueden reducirse con la aplicación ya sea de hielo o de calor en las mamas y el uso de un sostén elástico bien ajustado.

• **Reposo:**

Poco después del parto la nueva madre puede darse cuenta de que está completamente agotada. Un parto largo o difícil puede haberle hecho gastar tanta energía que una de sus primeras necesidades sea un sueño prolongado y reparador. Por lo contrario, la emoción y el gozo experimentados después del nacimiento hacen que en ocasiones le sea difícil reposar. La nueva madre que está temerosa de su incapacidad de cuidar de su hijo o que se siente incómoda puede tener dificultad para dormir. En los días siguientes, las demandas del bebé, aunadas a las intromisiones del ambiente hospitalario, las rutinas y las visitas frecuentes, hacen que su patrón de sueño se altere.

Deben planificarse intervenciones para satisfacer las necesidades individuales de sueño y reposo de la mujer. Puede recurrirse a los masajes en la espalda, como medidas de comodidad y promover el sueño. También pueden ajustarse las rutinas hospitalarias y de enfermería para satisfacer las necesidades individuales de las pacientes. Además, la enfermera puede ayudar a la familia a limitar el número de visitantes y proporcionar una silla cómoda o una cama al acompañante.

• **Deambulación:**

Es posible que la mujer que acaba de dar a luz manifieste su deseo de permanecer en cama durante un rato para permitir que sus sistemas orgánicos tengan tiempo de ajustarse a los cambios de los líquidos corporales. La enfermera debe considerar varios factores antes de ayudarla a salir de la cama por primera vez, como la presión arterial basal, la cantidad de sangre perdida y el tipo, la cantidad y la dosis de los analgésicos o anestésicos administrados. La mujer que ha recibido anestesia regional puede permanecer en cama hasta que pueda moverse sola y recupere las sensaciones en sus piernas.

Se estimula la deambulación frecuente y precoz porque ayuda a reducir el riesgo de tromboembolismo y promueve una más rápida recuperación de la fuerza. Después de que termina el período inicial de recuperación se invita a la madre a que deambule con frecuencia. También se debe valorar el temor al dolor a nivel de los músculos perineales al deambular. Una idea sensata es hacer que un integrante del personal del hospital o un miembro de la familia estén presentes la primera vez que ella deja el lecho después del parto porque la mujer puede sentirse débil, mareada, a punto de desmayarse.

• **Ejercicio:**

La mayoría de las mujeres que acaban de dar a luz están sumamente interesadas en recuperar la figura que tenían antes. El ejercicio puede comenzarse poco después del parto, aunque debiera haberse realizado durante el embarazo para obtener mejores resultados; hay que indicar a la mujer que es preferible que comience con ejercicios suaves y simples que progresen poco a poco hasta los más intensos. Los *ejercicios de Kegel* son muy importantes para fortalecer el tono muscular, en particular después del parto vaginal. Para realizarlos, la mujer contrae y relaja alternativamente los

músculos de la vagina, el recto y los glúteos. Estos ejercicios le ayudan a recuperar el tono muscular que con frecuencia se ha perdido cuando los tejidos pélvicos se desgarran y se estiran durante el embarazo y el parto. Las mujeres que mantienen la fortaleza muscular pueden beneficiarse años más tarde porque sufrirán menos incontinencia urinaria de esfuerzo (Sampelle, 1990).

También para llevar a cabo dicha rehabilitación, se realiza la promoción de una buena nutrición, ya que la restricción del consumo de alimentos y la pérdida de líquidos (sangre, transpiración o emesis) durante el parto hacen que muchas mujeres se sientan muy hambrientas o sedientas poco después del parto. De nuevo, no obstante, la enfermera tiene que considerar muchos factores antes de ofrecer alimentos o líquidos a una mujer. Si el parto fue vaginal y se ha recuperado ya de los efectos de la anestesia, los signos vitales están estables, el útero está firme, y el flujo de los loquios es escaso o moderado, la mujer puede recibir algunos sorbos de líquido, seguidos de una dieta corriente. Debe urgírsela a que beba pequeñas cantidades de líquido al comienzo porque beber con rapidez y grandes sorbos puede precipitar la aparición de náuseas y vómitos. A una mujer que sangra profusamente nunca se le da nada por vía oral hasta que se haya controlado la hemorragia, puesto que un sangrado profuso puede señalar una atonía uterina o una retención de fragmentos placentarios, y cualquiera de estos dos casos podrá hacer indispensable una intervención quirúrgica. En la mujer que tiene orden de nada vía oral debe instaurarse una vía intravenosa o mantenerse si ya la tiene para lograr rápido acceso al sistema vascular en caso de que se requieran medicamentos o productos derivados de la sangre y proporcionarle líquidos y calorías para energía.

Durante la estancia en el hospital la mayoría de las mujeres muestran buen apetito y comen bien. Es importante valorar el peso de la mujer, sus hábitos alimenticios usuales, las preferencias culturales y su conocimiento sobre las necesidades nutricionales después del embarazo, así como los hallazgos de laboratorio (niveles de hemoglobina y hematocrito).

Las intervenciones de enfermería deben incluir las enseñanzas sobre el tipo de nutrición necesaria para facilitar la cicatrización y aumentar la energía; por lo general se recomienda una alimentación regular rica en proteínas, vitamina C y fibra, junto con líquidos suficientes y calorías para evitar el estreñimiento y promover el bienestar.

En cuanto a la promoción de patrones vesicales e intestinales normales, estos se orientan a que después de dar a luz la mujer debe presentar una micción espontánea en seis a ocho horas. Las primeras eliminaciones deben medirse para registrar la evacuación adecuada de la vejiga. El volumen esperado de cada micción debe ser de por lo menos 150 ml. Algunas mujeres experimentan dificultad en evacuar la vejiga, posiblemente como resultado de una disminución del tono vesical, del edema procedente del traumatismo o del miedo al dolor.

Las intervenciones de enfermería para promover la evacuación intestinal normal incluyen educar a la mujer sobre las medidas para prevenir el estreñimiento. Entre ellas están asegurar el consumo adecuado de fibra y líquidos y la promoción del ejercicio, advertir a la mujer sobre los efectos colaterales de algunos medicamentos como los analgésicos narcóticos. Puede estimularse a poner en práctica medidas para reducir el riesgo del estreñimiento, por ejemplo la necesidad eventual de tomar suavizantes de las heces o laxantes durante el post parto inmediato. Con el alta precoz, es probable que la puérpera esté en casa antes de su primera deposición.

ZONA PERINEAL

El perineo está formado por los músculos y fascias de los diafragmas urogenital y pélvico. El diafragma urogenital pasa a través del arco púbico por encima de la fascia perineal superficial o fascia de Colles, y está formada por los músculos perineales transversos profundos y el constrictor de la uretra.

El diafragma pélvico está formado por dos músculos, el coccígeo y el elevador del ano, que está compuesto a su vez de tres porciones: iliococcígeo, pubococcígeo y puborrectal. Estos músculos forman una banda que sostiene las estructuras pélvicas; entre ellas pasan la uretra, la vagina y el recto.

El puborrectal y el pubococcígeo constriñen la vagina y el recto y forman un eficiente esfínter rectal.

El rafe medio de los elevadores del ano, entre el ano y la vagina, está reforzado por el tendón central del perineo, en el cual convergen por ambos lados el bulbocavernoso, el perineal transverso superficial y el esfínter externo del ano.

Estas estructura contribuyen a la formación del *cuerpo perineal* y forman el principal soporte del suelo perineal.

En cuanto a la **Flora bacteriana**; en la piel, en los orificios corporales y en la mayor parte del tubo digestivo habitan millones de bacterias que forman una parte importante de los mecanismos protectores del organismo. Sin esa flora normal, el organismo estaría mucho más expuesto a las infecciones.

El cuerpo humano y la flora bacteriana normal mantienen unas relaciones de beneficio mutuo, que recibe el nombre de comensalismo. Técnicamente, el organismo está "infectado", pero no sufre ninguna enfermedad porque la flora normal está bajo el control del sistema inmunitario. A su vez, la flora normal inhibe el crecimiento de los microorganismos patógenos, protegiendo al cuerpo frente a las enfermedades. La flora normal puede 1) consumir todos los nutrientes disponibles, 2) crear un pH ambiental poco adecuado para los microorganismos patógenos o 3) inhibir directamente el crecimiento o la fijación de los mismos a las células epiteliales.

La flora bacteriana de la piel y del aparato digestivo suelen ser inocuas para la persona, sin embargo, cuando el sistema inmunitario no funciona de manera adecuada, esta flora normal es la primera en sacar ventaja de la disminución de la resistencia del huésped; se vuelve patógena y provoca infecciones.

Otros microorganismos que producen habitualmente infecciones oportunistas son: *Cándida albicans*, *Pseudomonas aeruginosa*, etc.

Las infecciones que se presentan más comúnmente durante la gestación y luego de esta son las infecciones producidas en el tracto urinario y generalmente hay predominio de los gramnegativos en el 80% a 90% de los casos se individualiza la *Escherichia coli*. También se pueden encontrar gérmenes grampositivos, en particular *Staphylococcus aureus*. Son menos frecuentes las ocasionadas por *Proteus*, *Aerobacter* y *Chlamydia trachomatis*.

Ciertas características anatómicas de la mujer y las modificaciones fisiológicas que produce el embarazo sobre el aparato urinario son los factores principales que predisponen a la infección urinaria (así como también una inadecuada higiene perineal).

También se producen infecciones localizadas en vagina y vulva, cabe destacar que a nivel de la vagina cuenta con un pH de 4 a 4,5 y la presencia constante del lactobacilo de Döderlein (flora tipo I). Durante el embarazo las mujeres presentan cambios en las secreciones cervicales y vaginales debido a las modificaciones hormonales, el pH aumenta y se presentan además piocitos los cuales pueden estar contaminados por bacilos coliformes, hongos, *Gardnerella* o *Mycoplasma* (flora tipo II). La flora tipo III denota la infección genital, muestra abundantes piocitos, desaparición del bacilo de Döderlein y presencia de una flora patógena variada que puede estar constituida por *Trichomonas vaginalis*, *Cándida albicans* o *Haemophilus vaginalis* y la participación de la flora anaerobia, integrada frecuentemente por peptococos y peptobacilos, *Veillonella*, *Mycoplasma*, *Klebsiella*, etc..

En ocasiones, se pueden presentar infecciones localizadas a nivel del perineo luego de la reparación de un desgarro o de la herida de la episiotomía, estos ocurren por la pérdida de la barrera de protección que es la piel y por factores que resultan de las modificaciones producidas durante la gestación haciendo que sea una puerta de entrada para los gérmenes oportunistas.

La **EPISIOTOMÍA** es una incisión quirúrgica realizada en los músculos de la vagina y del periné de la mujer para ampliar el canal por donde sale el feto y evitar así desgarros en la musculatura del suelo de la pelvis. Se realiza durante la fase de expulsión del bebé. Tras el nacimiento, el corte se cose con puntos de sutura.

El tipo de episiotomía se designa de acuerdo con el punto y la dirección de la incisión, existen tres tipos de incisión:

- *La media o vertical*; se realiza en dirección al recto. Aunque provoca menos pérdidas de sangre y produce menos molestias en el postparto, debe ser muy pequeña para que no llegue nunca al ano. Es menos frecuente.
- *La media lateral o lateral*; ésta se aleja del recto hacia un lado del periné que es una zona más segura. La pérdida de sangre también es mayor y la reparación más difícil y más dolorosa que cuando se hace la episiotomía mediana.

Hay un amplio debate sobre las bondades e inconvenientes de la episiotomía. Quienes defienden el uso de la episiotomía dicen que sirve a los siguientes propósitos:

1).- Previene el desgarro del perineo. Una incisión limpia y hecha en el lugar apropiado cura de forma más adecuada que un desgarro; algunas condiciones que predisponen a las mujeres al desgarro vaginal y que, por tanto, son limitaciones para la episiotomía son: el parto de un bebé grande, los partos rápidos en los cuales el tiempo es suficiente para la dilatación del perineo, un arco subpúbico estrecho con una salida angosta y las malas presentaciones del feto.

2).- posiblemente minimiza el estiramiento prolongado y severo de los músculos que sujetan la vejiga o el recto, lo que puede más tarde conducir a la incontinencia urinaria de esfuerzo o al prolapso de los órganos pélvicos (útero, vejiga, recto). La investigación no apoya la afirmación de que el soporte pélvico resulta protegido cuando se practica este procedimiento (Paciornik, 1990; Torpe, Bowes, 1989).

3).- reduce la duración de la segunda etapa, lo que puede ser importante por razones maternas (por ejemplo, en los estados hipertensivos) o fetales (una bradicardia persistente).

4).- agranda la vagina en caso de que se necesite una manipulación para facilitar el nacimiento del bebé (por ejemplo, en la presentación de la pelvis o para la aplicación de los fórceps o el extracto de vacío).

Quince se oponen al uso rutinario de la episiotomía sostienen lo siguiente:

1).- el perineo puede prepararse de antemano para el nacimiento mediante el uso de los ejercicios de Kegel y del masaje en el período prenatal. El uso de estos ejercicios en el postparto mejora y restaura el tono y la fuerza de los músculos perineales. Las prácticas sanas, incluyendo una buena nutrición y medidas higiénicas apropiadas, ayudan a mantener la integridad del tejido perineal (Warren 1989).

2).- las posiciones en cuclillas o lateral durante el parto que estimulan a la mujer a pujar a medida que su cuerpo les dice que lo hagan, y que controlan la salida de la cabeza fetal a medida que la mujer jadea, aumentan la posibilidad de que el perineo permanezca intacto o que, en caso de que se presente un desgarro, éste será menos severo (Golay, 1993; Paciomik, 1990; Warren 1989).

3).- Incluso en presencia de una episiotomía pueden presentarse desgarros.

4).- El dolor y la incomodidad resultante de la episiotomía pueden interferir con las relaciones entre la madre y el bebé; y el restablecimiento de las relaciones sexuales de la pareja.

5).- Las episiotomías están indicadas: a) para acortar la segunda etapa del parto si el bienestar de la mujer o el feto están en peligro; b) para facilitar la extracción en el parto asistido con extractor de vacío o con fórceps; c) para prevenir la hemorragia cerebral que puede presentarse por la fragilidad capilar en el nacimiento de un bebé prematuro; d) para facilitar el nacimiento de un bebé grande (de más de 4.000 gramos) o e) para facilitar la mayoría de los partos de nalgas (Röchner, Wahlberg, Olund, 1989).

A continuación se presentaran datos extraídos de un estudio en el cual se hace referencia a la práctica de la Episiotomía en el parto vaginal.

El objetivo principal de dicha revisión fue el de evaluar el uso restrictivo de la episiotomía en comparación con su utilización rutinaria durante el parto vaginal.

Para lograr alcanzar dicho objetivo, se investigaron los Registros de Ensayos Clínicos mantenidos y actualizados por el Grupo Cochrane de Embarazo y Parto (Cochrane Pregnancy and Childbirth Group).

En cuanto al criterio de selección; se incluyeron todos los ensayos controlados aleatorizados que comparan el uso restrictivo de la episiotomía respecto de su utilización rutinaria; el uso restrictivo de la episiotomía mediolateral en comparación con su utilización rutinaria; el empleo restrictivo de la episiotomía de la línea media en comparación con su uso rutinario; utilización de la episiotomía de la línea media con la mediolateral.

La recopilación y análisis de los datos principales, fueron llevados a cabo por dos revisores que evaluaron la calidad de los ensayos y extrajeron los datos de manera independiente; y se incluyeron seis estudios.

Los resultados principales fueron los siguientes; en el grupo de episiotomía rutinaria, al 72,7% de las mujeres (1752/2409) se les realizó episiotomía, mientras el índice en el grupo de uso restrictivo de episiotomía fue de 27,6% (673/2441). El uso restrictivo de la episiotomía comparado con la aplicación sistémica se asocia con un riesgo reducido del

traumatismo perineal posterior (Riesgo Relativo (RR) 0,88, Intervalo de Confianza (IC) 95% 0,84, 0,92); de la necesidad de sutura (RR 0,74; IC 95% 0,71, 0,77); y menos complicaciones de la cicatrización (RR 0,69, IC 95% 0,56, 0,85). El uso restrictivo de la episiotomía se asocia con un mayor riesgo de trauma perineal anterior (RR 1,79, IC 95% 1,55, 2,07). No hubo diferencias en el riesgo de trauma vaginal o perineal graves (RR 1,11, IC 95% 0,83, 1,50); dispareunia (RR 1,02, IC 95% 0,90, 1,16); incontinencia urinaria (RR 0,98, IC 95% 0,79, 1,20); o medidas relacionadas con dolor severo

Las conclusiones a las cuales llegaron los revisores son las siguientes; la practica de la episiotomía restrictiva parece tener un cierto número de beneficios cuando se compara con la practica de la episiotomía rutinaria. Hay menos trauma perineal posterior, menos sutura y menos complicaciones, no hay diferencias con respecto a la mayoría de las medidas de dolor severo y con el trauma perineal o vaginal severos. Hubo un mayor riesgo de trauma perineal anterior con el uso restrictivo de la episiotomía.

MECANISMO DE CICATRIZACION DE LAS HERIDAS

El cuerpo humano es extremadamente eficiente en su capacidad para recuperarse de traumatismos.

La herida quirúrgica del paciente comienza de hecho a cicatrizar inmediatamente después de que el cirujano efectúa la incisión de la piel.

La cicatrización de las heridas tiene tres fases:

Fase de Sustrato:

La primera etapa en la cicatrización de las heridas se conoce como fase de sustrato, que usualmente va del primer al cuarto día. Inmediatamente el tejido responde al trauma con un breve período de vasoconstricción. Los pequeños vasos sanguíneos se contraen y luego se dilatan. Este mecanismo aporta un incremento del flujo sanguíneo al área injuriada y contribuye también con proteínas plasmáticas y otros agentes que colaboran con la defensa de la zona lesionada. Esta fase inflamatoria es seguida por una de hemostasis. Los pequeños vasos sanguíneos se contraen en un intento de controlar la hemorragia. Las plaquetas comienzan a llenar la luz de los pequeños capilares y arteriolas, actuando como taponetes diminutos. Después de una complicada serie de reacciones químicas a nivel de la herida, el organismo libera una sustancia llamada fibrina en el tejido lesionado, la que inicia la aglutinación. La fibrina forma redes que atrapan los glóbulos rojos, los glóbulos blancos y las plaquetas. Alrededor de 14 horas después del traumatismo comienzan a aparecer cambios celulares en el sitio de la herida. Glóbulos blancos especiales liberan sustancias en el tejido que ayudan a limpiar la herida de detritos, componentes celulares innecesarios y bacterias.

Fase de Proliferación:

Esta segunda fase de la cicatrización de las heridas dura desde el quinto día al veinte. Es durante esta fase que se efectúa la reparación efectiva del tejido. Nuevas células se forman y en algunas áreas del organismo, la herida se contrae. Esto ocurre cuando una gran herida se contrae sin formación de cicatriz o tejido fibroso permanente. Las contracciones de las heridas se observan principalmente en la espalda, en las nalgas y en la región posterior del cuello.

Fase de Remodelación:

Esta última etapa en la cicatrización de las heridas ocurre a partir del día veintiuno. Es durante esta etapa que la herida recupera su fortaleza original, a través de una compleja serie de actividades celulares se forma el colágeno, una proteína fibrosa que es responsable de la fortaleza de la herida.

Las heridas se clasifican por la forma en la que son reparadas y cicatrizadas:

- La herida quirúrgica limpia que una vez suturada cicatriza sin incidentes y con una cicatriz mínima, lo hace por **Primera intención**.
- Si la herida no se cierra, como ocurre en presencia de infección, cicatriza a través de un proceso que se llama granulación (cicatrización desde la profundidad hacia la superficie), y se la llama cicatrización por **Segunda intención**.

- Cuando fracasa la cicatrización por primera intención, así como cuando se desarrolla una infección y las suturas se abren; se deja abierta la herida hasta que la infección se resuelve. Luego se la vuelve a cerrar, a esto se lo llama **Sutura secundaria**.
- Si en el momento de la cirugía ya se sabe que la herida está infectada y se la deja abierta para suturarla en una fecha posterior, a este cierre se lo llama **Cierre primario diferido**.

El proceso normal de cicatrización en la púérpera a la cual se le a realizado episiotomía o se ha reparado un desgarro, puede verse alterado por la anatomía de la zona, la flora bacteriana oportunista (ver anatomía de la zona perineal), como también por la presencia de los loquios (ver puerperio) y por las alteraciones que presente ésta en su sistema inmunitario.

En cuanto a los factores que pueden alterar la cicatrización:

Nutrición:

La deficiencia de nutritivas se asocian a una deficiente cicatrización de las heridas, y su tratamiento comienza con la valoración preoperatoria, el establecimiento de una nutrición adecuada y la identificación de los pacientes con riesgo de malnutrición. Los elementos nutritivos esenciales para la cicatrización de las heridas son las proteínas, los carbohidratos, las grasas, las vitaminas y los minerales.

Circulación y Oxigenación:

Para que los tejidos reciban elementos nutritivos y oxígeno, leucocitos y fibroblastos y sean retirados los detritus una vez fagocitados, es necesario que la circulación sea adecuada. Los pacientes con enfermedades vasculares u otras causas de alteración circulatoria pueden sufrir un retraso en la cicatrización. Los principales problemas que colocan a los pacientes en un mayor riesgo de deficiencia de la perfusión y la oxigenación de los tejidos son la diabetes, la estasis venosa, la insuficiencia vascular, las enfermedades cardiopulmonares, la radiación, el edema, la hipovolemia y el tabaco. Dado que el tejido adiposo tiene una irrigación escasa, la obesidad también puede retrasar la cicatrización.

Drenajes:

Cuando en una herida o localización quirúrgica se acumula líquido, se produce una interferencia en la cicatrización de la herida al crearse un "espacio muerto" en el que no existe circulación. Además, ello supone un medio óptimo para el crecimiento bacteriano y dificulta la aproximación de los tejidos, lo que puede dar lugar a la irritación de los mismos. El tejido situado por encima de la zona se puede romper a causa de la ausencia de soporte y de riego. Las colecciones de líquidos pueden deberse a hemorragias, infección o exudación de la herida. Cuando se prevé esta circunstancia, se suele dejar un drenaje en el interior de la herida con el fin de evacuar el líquido antes de que pueda acumularse e interferir en la cicatrización.

Infección:

La contaminación bacteriana de la herida es una de las causas más frecuentes de alteración del proceso de cicatrización. La contaminación de la herida puede producirse tras

la intervención (por traumatismos, infección de la piel o por cortes o abrasiones relacionadas con el afeitado preoperatorio), durante la misma (por exposición al contenido intestinal o al pus) o en el postoperatorio. Si la cantidad de bacterias presente en la herida es suficiente o las defensas inmunitarias están alteradas, se puede producir una infección clínica. La infección retrasa la cicatrización debido a la prolongación de la fase inflamatoria, a la competencia que se establece en la herida por los elementos nutritivos y al daño que producen los productos químicos y las enzimas.

PROCESO INFLAMATORIO

Inflamación:

“Es una respuesta protectora localizada inducida por lesión o destrucción de tejidos, que actúa destruyendo, diluyendo o desprendiendo el agente agresor y el tejido lesionado.”

La respuesta inflamatoria puede ser provocada por agentes físicos, químicos y biológicos, que incluyen el traumatismo mecánico, la exposición a cantidades excesivas de luz solar, rayos X y materiales radiactivos, productos químicos corrosivos, temperaturas extremas de frío y calor, y agentes infecciosos como bacterias, virus y otros microorganismos patógenos.

Los signos clásicos de la inflamación son: *calor, rubor, tumefacción, dolor y pérdida de la función*. Éstas son manifestaciones de alteraciones fisiológicas que pueden ocurrir durante el proceso inflamatorio. Los tres componentes principales de este proceso son:

- 1).- Alteración el calibre de los vasos sanguíneos y la velocidad del flujo sanguíneo que pasa por ellos (alteraciones hemodinámicas). Las *alteraciones hemodinámicas* se inician poco después de ocurrida la lesión y progresan a velocidades variables, de acuerdo con la extensión del daño. Esta serie de episodios comienza con la dilatación de las arteriolas y la abertura de nuevos lechos capilares y venulares en la región. Con estos cambios se produce una aceleración del flujo sanguíneo, responsable de los signos de calor y enrojecimiento. A esto le sigue un aumento de la permeabilidad de la microcirculación, que permite la salida del líquido extravascular, que es responsable del edema inflamatorio
- 2).- Aumento de la permeabilidad capilar.
- 3).- El *exudado leucocitario* se produce según la siguiente secuencia: primero los leucocitos se desplazan hacia el revestimiento endotelial de los pequeños vasos (Marginación), tapizando el endotelio en una formación apretada (pavimentación). Con el tiempo éstos leucocitos se desplazan a través de los espacios endoteliales y escapan hacia el espacio extravascular (emigración), una vez fuera de los vasos sanguíneos se encuentran libres para moverse y por quimiotaxis son dirigidos hacia el sitio de la agresión, la acumulación de neutrófilos y de macrófagos en la región de la inflamación produce la neutralización de las partículas extrañas por fagocitosis.

Los mediadores químicos del proceso inflamatorio incluyen una variedad de sustancias originadas en el plasma, en las células de tejido no lesionados y posiblemente en el tejido dañado. Las clases principales de mediadores son:

- 1).- Aminas vaso- activas, como histamina y serotonina.
- 2).- Proteasa plasmática que comprende tres sistemas interrelacionados, el sistema quinina, el sistema del complemento, que produce proteínas que actúan con los complejos antígeno-anticuerpo y actúan como mediadores en la región e inflamación inmunológica y el sistema de la coagulación que aumenta la permeabilidad vascular y la actividad quimiotáctica para los leucocitos.
- 3).- Prostaglandinas, que pueden reproducir varios aspectos del proceso inflamatorio.
- 4).- Productos de los neutrófilos.
- 5).- Factores linfocitarios.

6).- Otros mediadores como la sustancia de reacción lenta de la anafilaxia (SRS-A) y pirógeno endógeno.

Respuesta hormonal, algunas hormonas como el cortisol, tiene una acción antiinflamatoria que limita la inflamación a una reacción local mientras que otras la favorecen. Por consiguiente el sistema endocrino ejerce un efecto regulador sobre el proceso de la inflamación de manera que pueda ser equilibrado y beneficioso en los intentos del organismo para recuperarse de la lesión.

En cuanto a la inflamación en la zona de la episiotomía, esta se encuentra agravada por la zona anatómica en la cual se encuentra, puesto que esta continuamente comprimida, es una zona de apoyo, es una herida quirúrgica; y también se ve afectada por las actividades más comunes que desempeña la usuaria como la deambulacion y el cuidado del bebé, la evacuación intestinal, el uso de ropa interior maternal, etc.

DOLOR

El dolor es una experiencia universal, compleja y subjetiva que corresponde a una multitud de situaciones y matices cuyo único nexo común está en la naturaleza desagradable de la sensación – percepción que da lugar a una experiencia emocional particular, en donde las terminaciones sensitivas se muestran excitables frente a una gran diversidad de estímulos que tienen la cualidad de ser real o potencialmente nociceptivos. El umbral de esta excitabilidad tiene la particularidad de ser mucho más elevados que las otras terminaciones sensorio – perceptivas.

Una de las mejores definiciones del dolor es la que de DeCaffery enunció: “Dolor es todo lo que la persona que lo sufre considera como tal y existe siempre que esa persona afirma sentirlo”.

El dolor se puede clasificar en función a su tipo:

<u>TIPO de DOLOR</u>	<u>ORIGEN</u>	<u>DESCRIPCIÓN</u>
A). Superficial	Surge de tejidos localizados relacionado por lo general con una alteración de las terminales nerviosas.	Bien localizado, se suele describir como constante, agudo, hormigueante o palpitante.
B). Visceral	Surge de estructuras somáticas o viscerales (músculo, periosteo, órganos)	Localización profunda difícil de localizar; puede ser sordo o apagado.
C). Referido	Se percibe en una zona distinta de donde se localiza la lesión primitiva; su origen suele encontrarse en una víscera.	Un ejemplo frecuente es el paciente con infarto de miocardio al que le duele el hombro.
D). Central	Se debe a la destrucción o lesión de una zona del sistema nervioso central, como sucede en las neuralgias, dolores de miembros fantasmas.	Suele ser muy intenso y quemante; este tipo de dolor no siempre responde a los opiáceos.

Las herramientas para valorar el dolor permiten evaluar la percepción del dolor. Para que tales herramientas sean útiles, deben satisfacer los siguientes criterios; ser de fácil comprensión y uso, requerir poco esfuerzo por parte del paciente, poderse calificar con facilidad y ser sensible a cambios menores en la intensidad del dolor.

Para reunir con exactitud los datos y registrar la valoración del dolor, es necesario utilizar algún tipo de herramienta de valoración o al menos una escala analógica visual.

Intensidad: una escala numérica es una forma útil y sencilla para que el paciente proporcione la mejor información acerca del dolor que experimenta. Es una escala de 0 al

5, el 0 representa la ausencia de dolor y el 5 el peor dolor imaginable. El simple número en la escala, también ofrece al personal de enfermería un lenguaje común para valorar el alivio del dolor.

Comodidad: algunos pacientes describen mejor el alivio del dolor que su intensidad, de ahí la importancia de valorar el dolor de ambas formas. También aquí se utiliza una escala numérica para valorar la intensidad, 0 equivale a ausencia de alivio y 5 al alivio completo.

En lo que respecta a la puérpera, la mayoría de las mujeres experimentan algún grado de dolor durante el post parto. Las causas de esta molestia incluyen los entuertos, la episiotomía o los desgarros perineales, las hemorroides y la congestión mamaria. La descripción que hace la mujer del tipo y severidad de su dolor constituyen la mejor guía para que la enfermera pueda escoger la intervención apropiada. Para confirmar la localización y la extensión de la molestia la enfermera debe examinar y palpar las áreas de dolor según sea apropiado en busca de enrojecimiento, inflamación, descarga y calor y observar la tensión corporal, los movimientos defensivos y la tensión facial; la presión sanguínea, el pulso y la frecuencia respiratoria pueden estar elevados en respuesta al dolor agudo; el dolor severo puede acompañarse de diaforesis. La ausencia de síntomas objetivos no necesariamente significa que no hay dolor ya que puede haber también un componente cultural en la forma como la mujer lo expresa (ver promoción de comodidad, etc.).

EFFECTOS FISIOLÓGICOS Y TERAPÉUTICOS, EN LA APLICACIÓN DE LAS MEDIDAS FÍSICAS

Las terapias usando calor (termoterapia) y usando frío (crioterapia) no llevan a la cura de ninguna enfermedad, pero son instrumentos importantes que auxilian en el tratamiento de varias patologías. Aplicados adecuadamente, reducen el espasmo muscular y alivian la sintomatología dolorosa.

Hay varios tipos de alteraciones, en donde el calor y el frío producen efectos semejantes, en los espasmos musculares que acompañan a la hernia de disco, en las lumbalgias, en las cervicalgias, y en problemas articulares pueden ser reducidos por esos dos procesos.

TERMOTERAPIA:

La termoterapia es una técnica muy difundida porque es casi tan antigua como el hombre, es de fácil aplicación, no precisa prescripción facultativa y usada con precaución posee muchos beneficios.

En nuestros días se ha visto favorecida por los avances en el conocimiento de los fundamentos científicos de los efectos del calor sobre los tejidos y por la aparición de nuevas fuentes de calor con el progreso técnico.

Se define a la termoterapia como el uso del calor con fines terapéuticos. En términos generales se puede aplicar en forma de calor seco (hot pack o bolsa de agua caliente) o húmedo (agua caliente como baños de asiento, baños por arrastre).

Las diferentes formas de aplicar calor son las siguientes:

Termoterapia por conducción: se aplica por contacto directo con un medio caliente, por tanto, su efecto es superficial, sólo penetra de 1 a 5 mm de profundidad en el músculo.

Las formas más típicas de termoterapia por conducción son las compresas calientes, las bolsas de agua caliente, los metales calientes y los baños de agua caliente.

Termoterapia por convección: se aplica sin contacto, es decir, de una manera indirecta, se transfiere por el aire o el agua que circula alrededor del cuerpo. Esta modalidad penetra algo más llegando a los vasos subcutáneos. El tratamiento se realiza por medio de lámparas de infrarrojos.

Termoterapia por conversión: es la producción de calor a través de otras formas de energía. Es la que penetra más profundamente de todos. En este grupo tenemos terapia de microondas y onda corta donde la energía eléctrica se transforma en calor y los ultrasonidos que son las ondas sonoras las que se convierten en calor.

Efectos Fisiológicos del Calor:

- Dilata los vasos sanguíneos lo que conlleva un aumento del flujo de la sangre con su correspondiente incremento en el aporte de oxígeno y nutrientes, y la mejora del drenaje venoso y linfático. También crece la permeabilidad capilar.
- Acrecienta el metabolismo celular local, que unido al incremento del flujo sanguíneo, produce un marcado aumento de leucocitos y fagocitos.
- También induce a una mayor actividad de los axones y aumenta la elasticidad tisular actuando sobre las fibras de colágeno.
- Como consecuencia de todo ello tiene un efecto antiinflamatorio, reduciendo la inflamación, el edema y el exudado.

- Además es analgésico porque eleva el umbral del dolor, y relajante porque disminuye directamente el tono muscular.
- También se ha comprobado que facilita la curación de las heridas.

Efectos Terapéuticos del Calor:

- Alivia el dolor.
- Aumenta la flexibilidad de los tejidos músculo tendinoso.
- Disminuye la rigidez de las articulaciones.
- Mejora el espasmo muscular.
- Mejora la circulación.

Contraindicaciones Generales de la Aplicación:

No se debe aplicar la termoterapia en las siguientes situaciones:

- En general en las lesiones agudas de origen infeccioso.
- Hipo o anestesia, por el riesgo a sufrir quemaduras.
- Hiper e hiposensibilidad al calor.
- Alteraciones circulatorias, hemorragias.
- Donde existan tumores.
- Sobre el abdomen de las gestantes.
- En áreas del cuerpo de personas inconscientes.

Formas de Aplicación:

- **Calor seco:** se coloca un paño previamente calentado con una plancha, o un hot pack, sobre la zona determinada durante 10 a 20 minutos, descansando por aproximadamente 10 minutos y aplicar de nuevo, repitiendo esta secuencia durante una hora, 3 veces al día. La temperatura a la cual debe encontrarse el agua de las bolsas de agua o un guante de látex es de 40 °C a 45°C. No se deben aplicar de forma directa sobre la piel, sino que se debe proteger la zona cubriendo las bolsas de agua caliente con un paño o una toalla.
- **Calor húmedo:** se coloca un paño empapado en agua caliente sobre la zona a tratar. Además de disminuir la inflamación facilita la fistulización porque macera la piel.

CRIOTERAPIA:

Es la utilización del frío con fines terapéuticos. Su aplicación disminuye el dolor (acción analgésica), la inflamación y enfría los tejidos actuando contra la vasodilatación. Cuando se produce una lesión de partes blandas normalmente ocurre una hemorragia con la consiguiente tumefacción, dolor y sensibilidad. Un enfriamiento rápido de la zona lesionada reduce la extensión del sangrado y se formará menos tejido cicatricial recuperándose antes de la lesión.

El hielo es muy utilizado en la fisioterapia deportiva; la terapia por el frío reúne muchas ventajas (acción rápida, sencilla y muy asequible) y mínimos inconvenientes.

Efectos Fisiológicos del Frío:

- El frío produce una vasoconstricción dérmica, con palidez inmediata de la misma (efecto vasomotor), posteriormente existe una termo analgesia en la superficie, al afectar a los receptores cutáneos.

- Produce analgesia y anestesia de la zona tratada.
- Disminuye el espasmo muscular por adormecimiento.
- En términos generales, produce un aumento del tono muscular (escalofrío), pero en aplicaciones locales, se produce una relajación del tono muscular a medida que se va enfriando la zona.
- Reduce el flujo sanguíneo, vasoconstrictor.
- Disminuye el edema y la inflamación.
- Disminuye el metabolismo local vascular y la demanda de oxígeno.
- Disminuye la velocidad de conducción nerviosa.

Efectos Terapéuticos del Frío:

- Disminuye el espasmo muscular.
- Alivia el dolor.
- Previene y disminuye el edema.
- Disminuye las reacciones inflamatorias.

Contraindicaciones Generales de la Aplicación:

- Por la vasoconstricción que produce se contraindica en las anemias.
- Procesos graves como neoplasias.
- En alteraciones vasculares (con problemas de vasoconstricción y vasodilatación).
- Enfermedad de Reynaud (trastorno circulatorio crónico).
- Cardiopatías.
- Crioglobulinemia (las globulinas del plasma cristalizan por el frío).

Formas de Aplicación:

- **Crioterapia húmeda:** es más efectivo si se aplica directamente sobre la piel, se realiza mediante compresas frías enrollando una toalla o compresa empapada. También mediante baños de agua fría por inmersión y por líquidos en aerosoles o atomizadores que producen frío por congelación al pulverizar sobre la piel (estos no deben aplicarse en rostro y heridas abiertas).
- **Crioterapia seca:** bolsas de hielo o hielo picado; bolsas con productos químicos (líquido- polvo) al unirse el líquido y el polvo dan lugar a una reacción química que produce frío durante un tiempo. Las bolsas de hielo no deben colocarse nunca directamente sobre la piel, sino que hay que separarlas mediante vendajes, toallas o paños, ya que pueden producir quemaduras. El hielo no debe aplicarse directamente sobre las heridas. La mejor forma de utilizar el hielo es aplicarlo durante 10- 15 minutos, descansar 10- 15 minutos y aplicar nuevamente, repitiendo esta secuencia durante una hora y continuar durante las primeras 48- 72 horas de producida la lesión. Posteriormente se puede seguir aplicando hielo, pero durante 20 minutos y con intervalos de 11 hora. A los 2 minutos de aplicar el hielo la temperatura de la piel desciende y alcanza valores de 12 y 13°. Mediante bolsa de hielo el descenso puede ser de -19° o -23°. El efecto anestésico verdadero se aprecia entre los 4- 5 minutos, permitiendo el ejercicio activo y pasivo del área. La duración del efecto analgésico es de 3 o 5 horas, dependiendo de la zona de aplicación; la piel recupera su temperatura a la hora de cesar el frío. En profundidad, el músculo desciende su temperatura 1,3 – 2,2 °C a los 5- 10 minutos de aplicarlo.

DISEÑO METODOLOGICO

TIPO de ESTUDIO:

➤ *Pre Experimento*, ya que no hay una clara manipulación de las variables, longitudinal y prospectivo. Utilizaremos un diseño pre prueba y pos prueba, ya que se aplicará una medición previa y otra post estímulo en el mismo grupo. Dos grupos se expondrán a la manipulación (grupos experimentales) y otro no (grupo control).

AREA TEMÁTICA:

➤ Mujeres y el autocuidado de la Salud.

AREA de ESTUDIO:

➤ El estudio se llevara a cabo en la República Oriental del Uruguay, en el departamento de Montevideo, en el barrio Aguada; Unidad Perinatólogica de un Sanatorio perteneciente a un Organismo Paraestatal, en el sector de puerperio y alojamiento conjunto (planta baja y 1º piso).

UNIVERSO y MUESTRA:

➤ *Universo*; mujeres multíparas que se encuentren cursando el puerperio inmediato a las cuales se les haya realizado episiotomía, institucionalizadas en la Unidad Perinatólogica de un Sanatorio perteneciente a un Organismo Paraestatal, en el sector de puerperio y alojamiento conjunto, en el período comprendido entre el 14/2/06 al 24/5/06.

➤ *Muestra*; estará compuesta por 60 usuarias que se encuentren cursando el puerperio inmediato a las cuales se les haya realizado episiotomía y se encuentren institucionalizadas en la Unidad Perinatólogica de un Sanatorio perteneciente a un Organismo Paraestatal, en el sector de puerperio y alojamiento conjunto. A 20 de las usuarias que constituyen una parte de la muestra se les aplicará la técnica de frío en el periné, a otras 20 se les aplicará la técnica de calor en la misma región; y a las 20 restantes no se les realizará ninguna técnica (grupo control).

DEFINICIÓN de VARIABLES:

➤ **Molestias Perineales:** variable cualitativa nominal.

Definición Conceptual: Son las manifestaciones de alteraciones fisiológicas que pueden ocurrir en la zona perineal, luego de transcurrido el parto y/ o cuando se realiza episiotomía (incisión quirúrgica en el perineo).

Definición Operativa: ◆ Inflamación.
◆ Dolor.

◆ **Inflamación:** respuesta protectora localizada inducida por lesión o destrucción de tejidos, que actúa destruyendo, diluyendo o desprendiendo el agente agresor y el tejido lesionado. Los signos clásicos de la inflamación son: calor, rubor, tumefacción y dolor.

Dimensiones: Calor: Def. Conceptual: es el aumento de la temperatura en la zona valorada (perineal).

Def. Operativa: es la percepción al tacto de un aumento de la temperatura en la zona valorada (perineal), en comparación a otra zona del cuerpo.

Categorías: (en la valoración previa a la aplicación de la técnica)

- ◆ Presenta.
- ◆ No presenta.

Rubor: Def. Conceptual: episodio de enrojecimiento de la zona afectada, producido como consecuencia de la dilatación de las arteriolas.

Def. Operativa: observando la zona afectada y comparándola con otra zona del cuerpo.

Categorías: (en la valoración previa a la aplicación de la técnica)

- ◆ Presenta.
- ◆ No presenta.

Tumefacción: Def. Conceptual: hinchazón, aumento del volumen de una zona del cuerpo, por herida, inflamación, golpe, etc.

Def. Operativa: observando la zona afectada y comparándola con otra zona del cuerpo.

Categorías: (en la valoración previa a la aplicación de la técnica)

- ◆ Presenta.
- ◆ No presenta.

➤ **Dolor:** El dolor es una experiencia universal, compleja y subjetiva que corresponde a una multitud de situaciones y matices cuyo único nexo común está en la naturaleza desagradable de la sensación – percepción que da lugar a una experiencia emocional particular, en donde las terminaciones sensitivas se muestran excitables frente a una gran diversidad de estímulos que tienen la cualidad de ser real o potencialmente nociceptivos. El umbral de esta excitabilidad tiene la particularidad de ser mucho más elevados que las otras terminaciones sensorio – perceptivas.

Una de las mejores definiciones del dolor es la que de DeCaffery enunció: “Dolor es todo lo que la persona que lo sufre considera como tal y existe siempre que esa persona afirma sentirlo”.

Def. Operacional: es la manifestación de la persona sobre la presencia del dolor e intensidad de acuerdo a una escala numérica que va desde el 0 al 5.

Categorías: (en la valoración previa a la aplicación de la técnica)

- 0.- no presenta.
- 1-2.- dolor leve.
- 3-4.- dolor moderado.
- 5.- dolor intenso.

➤ **Allivio de las Molestias Perineales:** variable cualitativa nominal.

Definición Conceptual: es la sensación agradable a nivel físico y mental, que se da como consecuencia a los cambios producidos en los signos y síntomas de las molestias perineales.

Definición Operativa: ➤ Inflamación.
➤ Dolor.

➤ **Inflamación:** respuesta protectora localizada inducida por lesión o destrucción de tejidos, que actúa destruyendo, diluyendo o desprendiendo el agente agresor y el tejido lesionado. Los signos clásicos de la inflamación son: calor, rubor, tumefacción y dolor.

Dimensiones: Calor: Def. Conceptual: es el aumento de la temperatura en la zona valorada (perineal).

Def. Operativa: es la percepción al tacto de un aumento de la temperatura en la zona valorada (perineal), en comparación a otra zona del cuerpo.

Categorías: (en la valoración inmediatamente a la aplicación y a las 24 horas de continuar aplicando la técnica).

- Desaparece.
- Disminuye.
- Se mantiene.
- Aumenta.
- Otros; aparece calor.

Rubor: Def. Conceptual: episodio de enrojecimiento de la zona afectada, producido como consecuencia de la dilatación de las arteriolas.

Def. Operativa: observando la zona afectada y comparándola con otra zona del cuerpo.

Categorías: (en la valoración inmediatamente a la aplicación y a las 24 horas de continuar aplicando la técnica).

- ◆ Desaparece.
- ◆ Disminuye.
- ◆ Se mantiene.
- ◆ Aumenta.
- ◆ Otros; aparece rubor.

Tumefacción: Def. Conceptual: hinchazón, aumento del volumen de una zona del cuerpo, por herida, inflamación, golpe, etc.

Def. Operativa: observando la zona afectada y comparándola con otra zona del cuerpo.

Categorías: (en la valoración inmediatamente a la aplicación y a las 24 horas de continuar aplicando la técnica).

- ◆ Desaparece.
- ◆ Disminuye.
- ◆ Se mantiene.
- ◆ Aumenta.
- ◆ Otros, aparece tumefacción.

◆ **Dolor:** El dolor es una experiencia universal, compleja y subjetiva que corresponde a una multitud de situaciones y matices cuyo único nexo común está en la naturaleza desagradable de la sensación – percepción que da lugar a una experiencia emocional particular, en donde las terminaciones sensitivas se muestran excitables frente a una gran diversidad de estímulos que tienen la cualidad de ser real o potencialmente nociceptivos. El umbral de esta excitabilidad tiene la particularidad de ser mucho más elevado que las otras terminaciones sensación – perceptivas.

Una de las mejores definiciones del dolor es la que de DeCaffery enunció: “Dolor es todo lo que la persona que lo sufre considera como tal y existe siempre que esa persona afirma sentirlo”.

Def. Operativa: es la manifestación de la persona sobre la presencia del dolor e intensidad de acuerdo a una escala numérica que va desde el 0 al 5.

Categorías: (en la valoración inmediatamente a la aplicación y a las 24 horas de continuar aplicando la técnica).

- ◆ Desaparece.
- ◆ Disminuye.
- ◆ Se mantiene.
- ◆ Aumenta.
- ◆ Otros, aparece dolor.

METODO, PROCEDIMIENTO e INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN de DATOS:

➤ *Método:* observación no participativa ya que no seremos parte del universo. La investigación se llevará a cabo en la Unidad Perinatológica de un Sanatorio perteneciente a un Organismo Paraestatal, en el periodo comprendido entre el 14/2/06 al 24/5/06; se realizará la aplicación de calor o frío a las usuarias que cumplan con los criterios de inclusión de nuestra muestra (muestreo por conveniencia). Dichas técnicas serán aplicadas por la Licenciada en Enfermería (Lic. Alicia Pérez), estas serán aplicadas de forma aleatoria; la asignación al azar nos asegura probabilísticamente que dos o más grupos son equivalentes entre sí. Es una técnica de control que tiene como propósito proveer al investigador la seguridad de que variables extrañas conocidas o desconocidas, no afectan sistemáticamente los resultados del estudio (Christensen, 1981). La asignación al azar se lleva a cabo mediante pedacitos de papel, se escribirán las técnicas y grupo control; y se saca un papel. De acuerdo a cual sea éste se comenzará con esa técnica.

La recolección de datos se hará mediante un instrumento, el cual fue elaborado en base al que realizaron las Licenciadas (Hernández Verónica; Labrea Claudia; Martinelli Vilna; Santos Virginia), en su tesis de "¿Cómo actúa el tratamiento con frío en púerperas con diagnóstico de ingurgitación mamaria, en el Sanatorio Cansani, en el periodo entre el 11/04/05 al 14/06/05?". Para la implementación de dicho instrumento se solicitará autorización a las Licenciadas antes mencionadas.

Para la recolección de datos de las usuarias a las cuales se les aplicarán las técnicas, el instrumento está compuesto por los datos patronímicos de la usuaria, así como también la autorización brindado por ésta para la aplicación de la técnica, como también por datos que son importantes en nuestra valoración (ejemplo si se le administro analgesia), una pregunta semi-abierta que se le realizará a las 24 horas de continuar aplicándose la técnica y la valoración en la cual se encuentran incluidas las variables en estudio. La recolección de los datos se hará en tres momentos

- Un primer momento es cuando se selecciona a la usuaria y es previo a la aplicación de la técnica. En este momento es en donde se recolectan los datos patronímicos de las usuarias, si se ha administrado analgesia o no y se realiza la primera valoración de la zona perineal.
- El segundo momento, es inmediatamente a la aplicación de la técnica y en éste se procede a una nueva valoración, teniendo en cuenta la satisfacción de la usuaria con respecto a la técnica aplicada, mediante una pregunta abierta.
- El tercer y último momento, es a las 24 horas de continuar aplicándose la técnica, es en éste momento que se le pregunta a la usuaria cuantas veces se realizó la técnica y se evalúa nuevamente la satisfacción de la aplicación de la técnica.

Cabe destacar, que las valoraciones que se realizarán posteriormente a la aplicación de la técnica, tienen como referencia la valoración que se realiza previo a la aplicación de ésta; mediante esto se podrá determinar si existieron cambios.

Se contará con un grupo control al cual se le aplicará un instrumento similar al antes mencionado (ver anexo), siendo éste el grupo de referencia para ver si existe alguna efectividad en el alivio de las molestias luego de aplicar las técnicas.

En cuanto a los momentos en los cuales se realizará la valoración de la zona, debe ser hecha por los mismos investigadores, puesto que es la única forma de valorar si hubo realmente cambios. Esto determina que para la aplicación de la técnica y el seguimiento

de las usuarias se deberán formar dos grupos, uno compuesto de dos investigadores y otro de tres.

Técnicas:

A un grupo, se le realizará la aplicación de guantes con hielo (más específicamente 7 cubitos de hielo) en la zona del perineo por un tiempo de aproximadamente 10 a 15 minutos, se dejará de aplicar por también aproximadamente unos 10 minutos y luego se continuará con la aplicación de frío hasta haber realizado el procedimiento por una hora. Debe tenerse en cuenta que el guante con hielo no debe aplicarse directamente sobre el perineo sino que se cubrirá con un apósito, evitándose el contacto directo con la piel y evitándose las lesiones; dicho procedimiento le será explicado y demostrado a la usuaria también por la Licenciada en Enfermería, y se fomentará la realización del mismo cuando la usuaria lo vea necesario o como mínimo tres veces al día.

A un segundo grupo se le aplicará calor con un guante que contendrá agua a una temperatura de 40°C la cual será verificada mediante la medición con un termómetro, se obtendrá directamente del grifo, del baño de la unidad. Se aplicará en la zona del perineo, no directamente sino que recubierto con un apósito, evitándose así el contacto directo con la piel; por un tiempo de 20 minutos, se dejará de aplicar por aproximadamente unos 10 minutos y luego se realizará una nueva aplicación de 20 minutos, previo a esto se colocara agua que se encuentre a la temperatura adecuada (40° C); se continuará con la aplicación de calor hasta haber realizado el procedimiento por una hora; dicho procedimiento le será aplicado por la Licenciada en Enfermería, por lo menos tres veces en 24 horas.

Se contará con un tercer grupo, al cual no se le aplicará ninguna de las técnicas antes mencionadas, siendo éste el grupo con el cual se comparará si las técnicas fueron efectivas si o no (grupo control).

Previo a la realización del trabajo de investigación, se solicitará entrevista con el Gerente de la Unidad, Dr. Garayalde; con el Jefe de Enfermería, Lic. Mello; y al Jefe de sector de Puerperas, Dr. Viera, pidiéndoles autorización y colaboración para llevar a cabo dicho trabajo en la institución mencionada.

En cuanto a la información que se obtendrá, ésta será presentada en *cuadros o representaciones tabulares*; también se emplearán *gráficos*.

En el caso de nuestras variables utilizaremos el *Diagrama Sectorial o Ciclograma* en el cual se representaran las frecuencias relativas porcentuales (FR%) de cada variable. Para la comparación en cuanto a la efectividad de la aplicación de las medidas físicas y el grupo control, como también para comparar cual de las técnicas fue más efectiva (frío o calor); emplearemos *Gráficos de Barras Horizontales* en los cuales, se representan también las FR%.

El análisis se realizará en base a los porcentajes obtenidos, luego de haber procesado la información y de esta manera se llevará a cabo el análisis de las representaciones antes mencionadas. En base a esto surgirán las conclusiones de la investigación.

INSTRUMENTO

Técnica Aplicada:

Iniciales: *Piso:* *Sala:*..... *Cama:*.....

Horas de puerperlo:

Analgesia: *Si*
p/ calmar dolor *No*

Vía de Administración:

Horas de Administrada:

1).-¿ Ud. está de acuerdo en ser parte de la Investigación?

Si.....

No.....

2).- ¿Cuántas veces se realizó la técnica en 24 horas, luego de enseñada y demostrada su realización?

Ninguna

¿Por qué?

1 a 3

4 o más

3).- a).- ¿Sintió Uds. algún alivio luego de realizada la técnica (inmediatamente)?

Si

No

b).-En cuanto a la aplicación de la técnica; ¿se encontró cómoda, le resulto beneficiosa en el alivio de las molestias?

Si

No

Porque

2).-

<i>Signos y Síntomas</i>	<i>Valoración previa a la aplicación de la técnica.</i>	<i>Valoración Inmediatamente a la aplicación de la técnica.</i>	<i>Valoración luego de 24 horas de continuar aplicando la técnica.</i>
<i>Calor</i>	<i>Presenta</i> <i>No presenta</i>	<i>Desaparece</i> <i>Disminuye</i> <i>Se mantiene</i> <i>Aumenta</i> <i>Otros; aparece calor</i>	<i>Desaparece</i> <i>Disminuye</i> <i>Se mantiene</i> <i>Aumenta</i> <i>Otros; aparece calor</i>
<i>Rubor</i>	<i>Presenta</i> <i>No presenta</i>	<i>Desaparece</i> <i>Disminuye</i> <i>Se mantiene</i> <i>Aumenta</i> <i>Otros; aparece rubor</i>	<i>Desaparece</i> <i>Disminuye</i> <i>Se mantiene</i> <i>Aumenta</i> <i>Otros; aparece rubor</i>
<i>Tumefacción</i>	<i>Presenta</i> <i>No presenta</i>	<i>Desaparece</i> <i>Disminuye</i> <i>Se mantiene</i> <i>Aumenta</i> <i>Otros; aparece tumefacción</i>	<i>Desaparece</i> <i>Disminuye</i> <i>Se mantiene</i> <i>Aumenta</i> <i>Otros; aparece tumefacción</i>
<i>Dolor</i>	<i>No presenta</i> <i>Dolor leve</i> <i>Dolor moderado</i> <i>Dolor intenso</i>	<i>Desaparece</i> <i>Disminuye</i> <i>Se mantiene</i> <i>Aumenta</i> <i>Otros; aparece dolor</i>	<i>Desaparece</i> <i>Disminuye</i> <i>Se mantiene</i> <i>Aumenta</i> <i>Otros; aparece dolor</i>

INSTRUMENTO GRUPO CONTROL..

Iniciales: Piso: Sala:..... Cama:.....

Horas de puerperio:

Analgesia: SI Vía de Administración:
p/ calmar No.
dolor . Horas de Administrada:

1).-¿ Ud. está de acuerdo en ser parte de la investigación?

SI..... No.....

2).-

<i>Signos y Síntomas</i>	<i>Valoración inicial.</i>	<i>Valoración a las 24 horas.</i>
<i>Calor</i>	<i>Presenta No presenta</i>	<i>Desaparece Disminuye Se mantiene Aumenta Otros; aparece calor</i>
<i>Rubor</i>	<i>Presenta No presenta</i>	<i>Desaparece Disminuye Se mantiene Aumenta Otros; aparece rubor</i>
<i>Tumefacción</i>	<i>Presenta No presenta</i>	<i>Desaparece Disminuye Se mantiene Aumenta Otros; aparece tumefacción</i>
<i>Dolor</i>	<i>No presenta Dolor leve Dolor moderado Dolor intenso</i>	<i>Desaparece Disminuye Se mantiene Aumenta Otros; aparece dolor</i>

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

<i>ETAPA</i>	<i>ACTIVIDADES</i>	<i>PERIODO</i>
<i>Primer Etapa</i>	<ul style="list-style-type: none"> *Presentación por parte de la Cátedra del Área Temática. *Determinación del tema a investigar. *Revisión bibliográfica. *Presentación a la Cátedra de justificación de la elección del problema y objetivos de la investigación. *Tutoría. *Revisión bibliográfica. *Entrega de nueva justificación. *Tutoría. *Elaboración de protocolo de investigación. *Presentación a autoridades. 	<ul style="list-style-type: none"> *Diciembre del 2004. *Marzo – Abril del 2005. *Marzo – Abril del 2005. *Mayo del 2005. *Mayo del 2005 *Junio – Agosto del 2005. *Septiembre del 2005. *Septiembre del 2005. *Octubre – Noviembre del 2005. *Diciembre del 2005.
<i>Segunda Etapa</i>	<ul style="list-style-type: none"> *Entrevista con autoridades de la institución en la cual se realizará la investigación. * Tutoría *Revisión bibliográfica. *Recolección de datos de la investigación. *Tutoría 	<ul style="list-style-type: none"> *Febrero del 2006. *Febrero del 2006 *Febrero – Abril del 2006. *Febrero – Mayo del 2006. *Mayo del 2006
<i>Tercer Etapa</i>	<ul style="list-style-type: none"> *Revisión bibliográfica. *Análisis de los datos recabados. *Tutoría *Elaboración de Informe Final. *Tutoría. *Entrega de Informes al DIBA. *Defensa de la Investigación. 	<ul style="list-style-type: none"> *Junio del 2006 *Junio del 2006. *Junio del 2006 *Julio del 2006. *Agosto del 2006 *Agosto del 2006 *Septiembre del 2006

PRESUPUESTO

Rubro	PRIMER ETAPA		SEGUNDA ETAPA		TERCER ETAPA	
	Cantidad	Total	Cantidad	Total	Cantidad	Total
Viajes						
Transporte Local	120	1920 \$U	320	5120 \$U	94	1500 \$U
Materiales						
Fotocopias	220	110 \$U	0	0	0	0
Disquete	2	30 \$U	0	0	7	105 \$U
Cuadernos	1	25 \$U	0	0	0	0
Lapiceras	5	50 \$U	0	0	0	0
Tiempo internet	24 hrs.	360 \$U	10 hrs.	150 \$U	0	0
Hojas de computadora	20	40 \$U	0	0	1000	192 \$U
Cartuchos :						
Negro	0	0	0	0	2	200 \$U
Color	0	0	0	0	1	150 \$U
Encuadernación	0	0	0	0	4	200 \$U
Imprevistos						
Gran total		2535 \$U		5270 \$U		2347 \$U

Cabe aclarar que las impresiones de la tercer etapa se contabilizan junto con los cartuchos a utilizar; y el siguiente presupuesto es de un **TOTAL: 10152 \$U**. Esto puede variar de acuerdo a si surgieran imprevistos en el transcurso de la investigación.

Montevideo, Febrero 13 del 2006.

Sr. Gerente de la Unidad, Dr. Garayalde:

Presente:

A través de la presente nos dirigimos a usted con el fin de solicitar autorización, para llevar a cabo en esta Institución un trabajo de investigación de la carrera Licenciatura en Enfermería.

El mismo será realizado por los siguientes estudiantes; Andrea Arroyo, Angela Carlón, Noelia Domínguez, Elena Fernández y Pablo Granoche.

Esperando una respuesta favorable, saludan atentamente quienes suscriben.

(Copia fiel de original).