



Enfermería Actual en Costa Rica

E-ISSN: 1409-4568

anaguz2610@yahoo.com

Universidad de Costa Rica

Costa Rica

Coto Vargas, Natalia; Molina Chaves, Rebeca; Rivera Soto, Randall
Intervención de Enfermería Obstétrica: un estudio de caso
Enfermería Actual en Costa Rica, núm. 16, abril-septiembre, 2009, pp. 1-21
Universidad de Costa Rica
San José, Costa Rica

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44812769002>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Intervención de Enfermería Obstétrica: un estudio de caso.¹

COMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Coto Vargas, Natalia; Molina Chávez, Rebeca; Rivera Soto, Randall. *Intervención de Enfermería Obstétrica: un estudio de caso. Rev. Enfermería Actual en Costa Rica [en línea]. 2009, No.16 [citado (fecha)]. Disponible World Wide Web: <<http://www.revenf.ucr.ac.cr/intervencionobstetrica.pdf>> ISSN 1409-4568*

Natalia Coto Vargas²
Rebeca Molina Chaves²
Randall Rivera Soto²

RESUMEN

El siguiente artículo presenta la intervención de enfermería a partir de un caso de estudio, tomando en cuenta los diferentes elementos en que se enmarca la Salud Sexual y Reproductiva para aplicar la intervención de Enfermería obstétrica. Participó una usuaria gestante de 32 años, víctima de agresión física y abuso sexual que consintió en brindar la información necesaria para realizar la intervención, previo análisis de datos. El proceso de atención de enfermería estuvo sustentado en los principios que establece la teoría de Dorothea Orem. La metodología utilizada fue la de estudio de caso, ya que permite describir una situación que surge en un momento determinado de una manera más clara y detallada. Esta metodología es útil para asesorar y desarrollar procesos de intervención en personas y se ajusta perfectamente con la aplicación del proceso de intervención de enfermería, ya que suministra alternativas de solución a los diferentes problemas de las personas.

Dentro de los resultados más relevantes se encuentra que la mujer que sufre condiciones opresivas de vida se ve limitada para desenvolverse, lo cual incide en su desarrollo pleno emocional, físico, económico y sociocultural.

Palabras Claves: salud sexual, salud reproductiva, enfermería, agresión física, abuso sexual.

¹ **Fecha de recepción:** noviembre 2008

Fecha de aceptación: marzo 2009

² Enfermeros, estudiantes de la Maestría Ginecológica, obstétrica y perinatal de la Universidad de Costa Rica. Correos electrónicos: natycoto@gmail.com; rebeca.m29@gmail.com y rivosfit@hotmail.com

ABSTRACT

The following article presents the intervention of nursing from a case study, that took different elements of sexual and reproductive health to implement the intervention of obstetrical nursing. The case, was a 32 year old, pregnant woman, victim of sexual abuse and physical assault, who consented to provide the information necessary to make the intervention, after data analysis. The nursing care process was based on the principles established by the theory of Dorothea Orem. The methodology used was the case study, because it allows to describe a situation more detailed. This methodology is useful to advise and develop intervention in people and fits perfectly with the implementation of the nursing intervention, and providing alternative solutions to the problems of people.

Among the most relevant results found were that women who are suffering oppressive conditions of life affects their full development in the emotional, economic sociocultural and physiopathologic factors.

Keywords: sexual health, reproductive health, nursing intervention , physical aggression , sexual abuse

INTRODUCCIÓN

Enfermería es una compleja red de posibilidades para el abordaje en distintos escenarios particulares, tal como lo expone Lyer (1995) en el siguiente párrafo:

La práctica de enfermería se define como el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a problemas físicos y emocionales, reales y potenciales, a través de servicios como la búsqueda de casos, educación para la salud, consejo sanitario y la prestación de atención sanitaria para mantenimiento y reestablecimiento de la vida y del bienestar (...) (p. 7).

El proceso de atención de enfermería permite un acercamiento más profundo con la realidad que vive una persona, con la finalidad de conocer aspectos de su vida de tipo social, económico, biológico y del medio en que se desarrolla, logrando identificar problemas o necesidades actuales o potenciales, clasificarlos por prioridad y planificar u organizar el abordaje que se dará a las mismas.

Debido a las características del mismo, puede ser implementado para esta situación específica y abordar situaciones de riesgo de la mujer en estado de embarazo y las posibles complicaciones posteriores al término del mismo.

Esta herramienta permite considerar alternativas novedosas para la atención, además de que es única enfocada en las necesidades particulares de una persona con determinadas características. Busca mejorar la calidad de vida de las personas, restablecer su condición de salud, informar o educar sobre algún tema o enseñar a las personas a asumir sus necesidades de autocuidado cualesquiera que estas sean.

La situación expuesta requiere de soluciones prontas y de un análisis exhaustivo desde diferentes perspectivas, como las que exponen los derechos sexuales y reproductivos, la bioética y los principios del autocuidado.

Este estudio se fundamenta en los principios que establece la teoría de

Dorothea Orem (1983), en donde menciona sobre la importancia de:

(...) identificar los requisitos de autocuidado de los pacientes (...) seleccionar o confirmar los métodos generales por los cuales cada requisito identificado puede y debe ser satisfecho (...) identificar las acciones que se deben tomar para satisfacer cada requisito específico de autocuidado. (p. 60)

La enfermera o enfermero ginecoobstetra logra estas actividades a través de su actuar, guiando, enseñando, apoyando o proporcionando un entorno para el desarrollo. Busca intervenir brindando soluciones oportunas para ayudar a la persona a que él o ella misma logre implementar acciones o mantener hábitos y conductas que le lleven a recuperar su salud, conservar la vida o afrontar situaciones de una manera que le proporcione bienestar.

El objetivo de este estudio es analizar la situación de una mujer en estado de gravidez y su familia, desde la perspectiva de la salud sexual y reproductiva, género, bioética, factores biológicos, patológicos, socioeconómicos y emocionales abordados a través de la teoría del autocuidado de Dorothea Orem.

MATERIALES Y MÉTODOS

Los materiales que se utilizaron para la realización del abordaje del caso fueron la recopilación y revisión de libros, antologías, tesis y artículos, así como documentos oficiales y páginas de Internet. Se contrastaron las fuentes con la información suministrada por la usuaria y la teoría para ofrecer un panorama objetivo de su situación. Se desarrolló la metodología de estudio de caso, la cual es definida por Hernández, Fernández y

Baptista (2003) como la unidad básica de investigación que puede tratarse de una persona, un objeto, un sistema, una comunidad, entre otros y que permite describir una situación que acontece en un momento determinado de la forma más intensa y detallada posible.

El estudio de caso debido a su carácter particular es útil para asesorar y desarrollar procesos de intervención en personas y en el cual se dan recomendaciones o cursos de acciones a seguir. Esta metodología se ajusta perfectamente con la aplicación del proceso de intervención de enfermería, ya que como se mencionó anteriormente, permite suministrar alternativas de solución a los diferentes problemas, que las personas –si lo desean- pueden implementarlas en su vida.

El abordaje desde Enfermería se dio a través del proceso de atención de enfermería que se define como:

(...) el método que permite la aplicación de la base teórica del ejercicio de Enfermería. Es un planteamiento para resolver problemas basado en una reflexión. Su objetivo principal, es contribuir a una estructura que puede cubrir las necesidades ya sea del individuo, la familia y/o la comunidad. (Solano, s.a.:24)

El proceso de atención de enfermería está constituido por 4 etapas: valoración, diagnóstico, planeación, implementación y evaluación. Cada uno con características propias, las cuales se presentan a continuación, de la forma en que fueron aplicadas.

Valoración: su objetivo fue recolectar toda la información referente a los aspectos sobre la salud sexual y

reproductiva, derechos sexuales y reproductivos, principios bioéticos, género, factores biológicos, fisiopatológicos, socioeconómicos, culturales y emocionales de la usuaria, con el fin de identificar sus necesidades y problemas. Al respecto se presenta la información recopilada.

La usuaria participante en este estudio, tiene 32 años, es casada, dedicada al hogar, de religión católica, con escolaridad secundaria completa. Su Grupo y RH es: O+, talla: 152cm, peso de 48 kg. Su familia es extensa, integrada por 10 personas, sus suegros, 2 cuñados adolescentes de 18 y 16 años, su esposo y 4 hijos de 2, 4, 8 y 10 años. Su esposo es albañil y solo tiene trabajo eventualmente, recibiendo aproximadamente 300.000 colones mensuales. La señora refirió que le va bien con su esposo, él le da 5.000 colones semanales y lo demás lo gasta con los amigos tomando licor.

Ella asistió al servicio de urgencias por presentar abundante flujo amarillento fétido que le ocasionaba prurito, ardor e irritación en los genitales y sangrados intermitentes. La mujer expresó que su marido fue quien la contagió, debido a que en varias ocasiones la obligaba a tener relaciones sexuales, durante la consulta ella se notó muy nerviosa, frotándose las manos constantemente y con la cara agachada.

Asistió a un total de 4 consultas prenatales desde la semana 25 de embarazo, actualmente tiene 35 semanas de gestación, con un riesgo alto por presentar últimamente elevación de tensión arterial llegando a las cifras de 130/90 en 2 ocasiones, actualmente está tomando 30mg. de hidralacina, reposo

relativo y dieta normo sódica hiperproteica.

A la exploración física, presentó una temperatura corporal de 36°C, pulso de 120 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 24 respiraciones por minuto, presión arterial de 130/90 mm de Hg. Se le encontraron múltiples equimosis en piernas y brazos, al preguntarle que le había ocurrido ella respondió nerviosa que se tropezó; sin embargo, presentó en antebrazos marcas de dedos, su expresión fue de dolor, con la mirada triste y angustiada, palidez de tegumentos, mucosas deshidratadas, abdomen hipertónico, muy doloroso a la palpación, apenas se ausculta frecuencia cardíaca fetal de aproximadamente 80 latidos por minuto. A la exploración genital se apreció sangrado abundante de color rojo oscuro sin coágulos. Por ultrasonido se observó área hiperecogénica e isogénica, la placenta estaba engrosada de aspecto heterogéneo, hallazgos inespecíficos de márgenes placentarios redondeados y eco lucidez interplacentaria.

Los valores de laboratorio demostraron hemoglobina de 10.4g, hematocrito 30%, fibrinógeno 110g/dl y tiempos de coagulación ligeramente alterados.

Diagnóstico: posterior a la valoración se realizó un análisis de la información obtenida para establecer los principales problemas encontrados, y a partir de los mismos se formularon los diagnósticos de enfermería y se elaboró un plan de atención.

Planeación: incluyó la construcción de un plan de atención, el cual se presenta a continuación:

1. Diagnóstico: Déficit de autocuidado en el periodo prenatal relacional con

manifestación clínicas secundarias a un desprendimiento prematuro de la placenta normoinsera.

Objetivo: la usuaria, con la ayuda de la enfermera (o) obstetra, mejora su estado general.

Actividades a realizar: explicar a la usuaria sobre la situación de salud que atraviesa, referir a la usuaria a un centro de salud especializado, pedir su consentimiento ante la posible realización de ciertos procedimientos, después de haberlos explicado ampliamente, proveer espacios de privacidad para la expresión de sentimientos por parte de la usuaria (escucha activa), controlar y evaluar sus signos vitales cada 15 min, control y evaluación de ingesta y excreta, evaluar el sangrado, evaluar hemorragia oculta, controlar y evaluar por signos de shock hipovolémico, mantener a la usuaria nada vía oral (NVO), mantener a la usuaria cómoda, manejo del dolor por métodos alternativos (masaje, respiración, relajación).

Evaluación de las actividades: retroalimentación oral, con el internamiento pronto de la usuaria, firma del consentimiento o negativa de la usuaria, a través del logro de la expresión de sus sentimientos, registro de los signos cada 15 minutos en la hoja correspondiente y verificar que los valores se mantengan estables y dentro de los parámetros normales, registro de la cantidad en la hoja correspondiente y verificar que los valores estén dentro de los parámetros normales, saturación de una toalla sanitaria en una hora, pesar las toallas 1g = 1mL, observar características del sangrado, midiendo la altura uterina cada 15 minutos y marcando las mediciones para notar cambios, presencia de signos como: deshidratación, palidez

tegumentaria, piel fría y pegajosa, taquipnea, taquicardia, pulso débil, ansiedad, sudoración, disminución o ausencia del gasto urinario, presión sanguínea baja, confusión, hipotermia y pérdida de conocimiento, verificando que la usuaria no haya ingerido ningún alimento, mediante el interrogatorio a la usuaria, pidiendo a la usuaria que señale la intensidad de su dolor en una escala de 1-10.

2. Diagnóstico: déficit de autocuidado en el periodo prenatal relacionado con manifestaciones clínicas secundario a Hipertensión Arterial Inducida por el Embarazo.

Objetivo: la usuaria con ayuda del profesional en Enfermería obstétrica mantiene su presión arterial dentro de parámetros normales.

Actividades a realizar: toma de la presión arterial cada 15 minutos, evaluar por signos y síntomas de agravamiento del cuadro hipertensivo.

Evaluación de las actividades: los valores deben mantenerse estables y no deben ser disminuidos bruscamente por otros medios debido a que puede reducir la perfusión en la unidad fetoplacentaria, presencia de signos como: aumento en la tensión arterial, proteinuria, cefalea, trastornos visuales, epigastralgia.

3. Diagnóstico: déficit de autocuidado en el periodo prenatal relacionado con manifestaciones clínicas secundarias a infección de transmisión sexual por Tricomonas vaginalis.

Objetivo: la usuaria con ayuda del profesional de enfermería obstétrica mejora su condición general de salud.

Actividades a realizar: evaluar los signos y síntomas de infección por Tricomonas

vaginalis, explicar a la usuaria en que consiste dicha patología y cual es el tratamiento a seguir para eliminar la infección, referir a la usuaria para que le sea elaborada la receta con el tratamiento farmacológico para esta condición patológica.

Evaluación de las actividades: presencia de signos como: flujo espumoso, blanco – amarillento – verdoso, maloliente, prurito vulvar, edema vulvar, dispaurenia, micciones frecuentes, retroalimentación oral por parte de la usuaria, efectividad de la referencia con la elaboración de la respectiva receta con el tratamiento farmacológico a seguir.

4. Diagnóstico: déficit de autocuidado en la alimentación relacionado con ingesta inadecuado de alimentos en el periodo prenatal.

Objetivo: la usuaria, con asesoramiento del profesional en Enfermería obstétrica, consume una dieta balanceada.

Actividades a realizar: realizar una anamnesis nutricional y un recordatorio de 24 horas, conectar con redes de apoyo para suplir las necesidades alimentarias, diseñar un menú con tres tiempos de comida y dos meriendas con el contenido calórico apropiado para la recuperación de su peso, recordar la importancia de consumir hierro y ácido fólico, aún después del parto.

Evaluación de las actividades: a través de estos instrumentos se evalúa la ingesta alimentaria y las carencias que hayan, respuesta de trabajo social y de instituciones como el IMAS, a través de una aplicación de un recordatorio de 24h y un consumo usual para evaluar si la usuaria ha podido seguir el menú o necesita readecuación del mismo, durante

las consultas subsecuentes al parto, a través del interrogatorio a la madre.

5. Diagnóstico: déficit de autocuidado durante el periodo prenatal relacionado con condiciones opresivas de vida secundarias a agresión física.

Objetivo: la usuaria con ayuda del profesional en enfermería obstétrica aplica los derechos sexuales y reproductivos.

Actividades a realizar: proveer un espacio privado para que la usuaria pueda expresarse cómodamente, promover la expresión de sentimientos desde su propia vivencia, no emitir juicios de valor ni realizar comentarios que se relacionen con mitos culturales o de género, escuchar activamente, contactar a trabajo social para que realicen una intervención.

Evaluación de las actividades: a través del logro de la comunicación fluida con la usuaria, la usuaria expresa su vivencia y se da cuenta de su situación, mediante la abstención del profesional de emitir comentarios de este tipo, retroalimentación de lo que la usuaria comunica, a través de la demostración de empatía, efectividad de la interconsulta.

6. Diagnóstico: déficit de autocuidado en el periodo prenatal relacionado con condiciones opresivas de vida secundarias a escaso aporte económico del esposo.

Objetivo: la usuaria, con asesoramiento del personal de salud, mejora su situación económica.

Actividades a realizar: contactar al Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS) y exponer la situación de la usuaria, contactar a trabajo social para que colaboren en el abordaje.

7. Diagnóstico: déficit de autocuidado durante el periodo prenatal relacionado con baja autoestima secundario a agresión física.

Objetivos: la usuaria con apoyo del profesional en enfermería obstétrica aumenta su autoestima.

Actividades a realizar: establecer una Relación Interpersonal de Ayuda (RIA) en la cual la usuaria: pueda explicar cuál es su problema, que siente, que le molesta; además guiarla a través de sus mismas palabras para ayudarla a buscar formas de solucionar el problema, y empoderarla durante el proceso a través de ejercicio de percepción y de autoimagen.

Evaluación de las actividades: la mejora en la autoestima, es un proceso largo que se evalúa a través del tiempo, en consultas subsecuentes.

8. Diagnóstico: déficit de autocuidado en el periodo prenatal relacionado con condiciones opresivas secundario a abuso sexual y violación de sus derechos sexuales y reproductivos.

Objetivos: la usuaria con asesoramiento del profesional en enfermería obstétrica logra un empoderamiento de los derechos sexuales y reproductivos.

Actividades a realizar: explicarle a la usuaria, cuales son sus derechos sexuales y reproductivos, realizar una interconsulta con Enfermería en Salud Mental (de estar disponible en el centro de salud) y con Trabajo Social para que colaboren en el manejo del caso, contactar al Instituto Nacional de la Mujer (INAMU) y exponer la situación de la usuaria.

Evaluación de las actividades: retroalimentación oral por parte de la

usuaria, respuesta de las interconsultas, respuesta de la institución.

Finalmente, para llevar a cabo cada una de estas actividades, se tomó en cuenta los principios y elementos que establece la teoría de Dorothea Orem (1983), la cual propone que el autocuidado es la contribución constante de un adulto a su propia vida, salud y bienestar continuo. Aunque se busca promover en las personas el sentido de responsabilidad, encargándolas de su propio cuidado, en algunas ocasiones, éstas no pueden realizarlo, por lo que se establece un agente de autocuidado, el cual tiene la función de realizar las acciones por la otra persona, como es el presente caso, en el que la usuaria al no poder realizar completamente su autocuidado, el o la profesional en Enfermería obstétrica funge como agentes de autocuidado.

Orem (1983) plantea que la satisfacción del autocuidado se da por medio de tres requisitos: universales, de desarrollo y de alteración de la salud. La labor en este caso de la enfermera o el enfermero obstetra fue identificar los requisitos que debían ser satisfechos en la señora por medio de la elaboración de los diagnósticos de enfermería, además de los métodos y acciones necesarias para la consecución del requisito.

Dentro de los métodos de ayuda que Orem (1983) refiere, se utilizaron los siguientes: “actuando por otro”, el cual requiere que el agente de autocuidado utilice sus capacidades para satisfacer las necesidades de la señora, ya que ésta no puede realizarlo sola, “orientando a otro”, es considerado como método de asistencia en situaciones donde las personas deben tomar decisiones y seguir un curso de acción con supervisión y

dirección, “apoyando a otro”, este método permite a la persona con necesidad de apoyo hacer algo sin exceso de tensión, por ejemplo al iniciar o persistir en una tarea, pensar o a tomar una decisión, por último el método “enseñar a otro”, el cual es un método válido para ayudar a una persona que necesita una instrucción para desarrollar conocimientos o habilidades específicas.

En conjunto con los métodos de ayuda se utilizan sistemas de enfermería para satisfacer los requisitos de autocuidado. En este caso en particular se utilizaron dos sistemas: “el parcialmente compensatorio” en el que la enfermera o el enfermero obstetra y la usuaria participan en medidas de cuidado y el “sustentador-educativo” el cual se implementó en situaciones donde la usuaria aprendió a realizar acciones de autocuidado terapéutico, pero no las puede llevar a cabo sin asistencia.

RESULTADOS

En relación con la salud sexual y reproductiva se encontró que la usuaria desconoce cuáles son sus derechos sexuales y reproductivos y no ejerce su capacidad de decisión en cuanto a estos temas, por desconocimiento, falta de empoderamiento o violación de su principio de autonomía.

La usuaria no goza de un bienestar emocional adecuado en el ámbito sexual, del mismo modo su bienestar psicológico se encuentra violentado, al no vivir placenteramente de la relación sexual coital, además de sufrir agresión física de su pareja actual.

La intervención de enfermería estableció como objetivo principal, ante esta problemática que la usuaria conociera sus derechos sexuales y

reproductivos con el fin de empoderarla en cuanto a la práctica de los mismos en su vida diaria. Además, se creó un espacio para la retroalimentación oral por parte de la usuaria donde se corroboró la introyección de los mismos.

Como parte del aspecto cultural, la problemática encontrada se concentró en las inequidades de género que contribuyen a que la mujer esté sometida a las situaciones opresivas propias de un sistema patriarcal, y se le señale como ama de casa, cuidadora de hijos, quien debe satisfacer las demandas de su pareja y que, cuando no puede cumplir con este papel, es sometida a insultos, agresiones físicas y otros tipos de maltrato.

En cuanto a los aspectos relacionados con el género propiamente, la dinámica familiar, la señora es víctima de violencia intrafamiliar, producto de las marcadas desigualdades de género que provienen de la cultura patriarcal. Aunado a esto las situaciones de agresión física y sexual son sostenidas por éstas mismas desigualdades.

Este tipo de situaciones con características tan marcadas y manejo tan complejo, constituye todo un reto para los y las profesionales en enfermería obstétrica y el objetivo que se planteó para su abordaje fue el brindar espacios de confidencialidad que favorecieron el diálogo fluido, la expresión de sentimientos desde la vivencia de la usuaria y la escucha activa, asertiva que permitió proporcionar a la señora ayuda oportuna.

Esto se logró a través de la aplicación de los principios bioéticos, evitando los juicios de valor y las opiniones que pudiesen nublar el criterio del profesional y dificultar la intervención.

Otro aspecto que se evidenció fue el escaso aporte económico por parte del esposo para cubrir las necesidades básicas de la familia, lo cual limita en la señora una ingesta adecuada de alimentos, el mantenimiento de una higiene personal apropiado y en el hogar, el acceso a servicios de salud y públicos como el agua potable.

La condición económica también limita el acceso a los servicios de salud, principalmente los servicios de salud privados, al acceso a medicamentos y el transporte a instituciones de tercer nivel de atención que se encuentran alejadas.

Para buscar una solución a este problema se puso en contacto a la usuaria con instituciones del gobierno que ayudan a familias de escasos recursos para que mejoren su condición socioeconómica, tales como el IMAS. También se contactó con los profesionales de Trabajo Social para que colaboraran en el abordaje de esta familia.

Finalmente, en relación con los aspectos patológicos se encontraron los siguientes problemas de salud:

★ El bajo peso materno, el cual puede provocar una restricción del crecimiento intrauterino y una pobre capacidad de afrontamiento a las situaciones propias del parto, del neonato y su alimentación posterior. Para afrontar esta situación se aplicaron una serie de instrumentos para analizar la condición nutricional de la señora, se utilizó una anamnesis nutricional y un recordatorio de 24 horas y se detectaron las carencias nutricionales, con el objetivo último de promover el consumo de una dieta balanceada y que llene los requerimientos nutricionales de la madre, de acuerdo con su capacidad adquisitiva.

★ Presencia de abundante flujo amarillento fétido que le ocasionaba prurito, ardor e irritación en los genitales y sangrados intermitentes, signos y síntomas que indican una infección de transmisión sexual por *Trichomonas vaginalis*, que puede provocar una amenaza de parto prematuro. Para lograr la identificación del germen, en primera instancia, se valoró la aparición de los signos de infección, para poder referir al personal médico para que recibiera el tratamiento adecuado.

★ Hipertensión arterial inducida por el embarazo al registrar valores de presión arterial de 130/90 mm Hg en dos ocasiones. El objetivo alcanzado con la intervención de enfermería fue mantener los niveles de tensión arterial dentro de parámetros normales.

★ Palidez de tegumentos, mucosas deshidratadas, abdomen hipertónico, muy doloroso a la palpación, con una frecuencia cardíaca fetal apenas audible de aproximadamente 80 latidos por minuto. A la exploración genital se apreció sangrado abundante de color rojo oscuro sin coágulos, por ultrasonido se observó área hiperecogénica e isogénica, placenta engrosada de aspecto heterogéneo, hallazgos inespecíficos de márgenes placentarios redondeados y eco lucidez interplacentaria que sugieren un desprendimiento prematuro de placenta normoinsera grado III.

Para el manejo de esta problemática se buscó el mantenimiento general del estado de salud a través de medidas como monitorear los signos vitales cada 15 minutos y evaluar que los mismos se encontraran dentro de los parámetros normales. Igualmente importante fue la realización del monitoreo de ingesta y excreta y la

evaluación del mismo, con el fin de verificar que los valores de entrada y salida de líquidos mantuvieran un equilibrio. Se evaluó el volumen del sangrado con el fin de evitar un shock hipovolémico.

DISCUSIÓN

A continuación se realiza un análisis según los problemas detectados y la intervención de enfermería realizada desde la óptica de la salud sexual y reproductiva, derechos sexuales y reproductivos, principios bioéticos, género, factores emocionales y culturales, factores socioeconómicos y los factores biológicos y patológicos que sufrió la usuaria.

Salud Sexual y Reproductiva, Derechos Sexuales y Reproductivos.

Partiendo del concepto fundamental de salud sexual y reproductiva, se observó que la mujer del caso analizado, no goza de bienestar emocional adecuado en el ámbito sexual y reproductivo, ya que es sometida a realizar actos sexuales, sin su consentimiento, del mismo modo su bienestar psicológico se encuentra agredido, al no disfrutar del acto sexual, y al maltrato físico por parte de su marido.

Con respecto a la agresión que sufre la usuaria -evidenciada en el estudio- tiene características similares a las que presentan mujeres con índices de alfabetismo bajo, como lo describen documentos de la Organización Mundial de la Salud, sobre salud sexual y reproductiva en países con ingresos bajos e intermedios. A esto se suma el ser portadora de una infección de transmisión sexual, transmitida por su pareja que sufre de alcoholismo, aspecto que contribuye a una sinergia epidemiológica que la hace

más vulnerable de contraer el virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH-SIDA), o desarrollar otras complicaciones que comprometen tanto su vida como la de su bebé.

Es importante destacar que en este hogar viven dos parientes (cuñados) adolescentes, los cuales se encuentran en un periodo donde construyen su identidad y se establecen los roles de género, que pueden estar basados en una información y educación inapropiada, al tener como modelo un hermano agresor. Lo anterior puede influir en sus vidas futuras, repitiendo las mismas actitudes visualizadas en este núcleo familiar en donde no existe una cultura de planificación.

Analizando por separado los derechos sexuales implicados se evidencia que el derecho a la vida está comprometido por el hecho de que su padecimiento de desprendimiento prematuro de placenta no fue tratado oportuno y correctamente y al ser víctima de violencia doméstica esto multiplica los riesgos de complicaciones más severas. También el derecho a la libertad y la seguridad se encuentran comprometidos porque la joven fue sometida a sostener relaciones coitales sin su consentimiento. Además, no goza de su derecho a la información y a la educación porque no ha contado con suficiente información y educación en aspectos sobre salud sexual y reproductiva como son la regulación de la fecundidad y de protección ante posibles infecciones de transmisión sexual.

Finalmente, el derecho a decidir si se tienen hijos o no y cuándo tenerlos se violenta en el momento en que no se contó con los servicios de consejería sobre la tecnología anticonceptiva moderna, segura y aceptable para regular

la fecundidad, incluida la anticoncepción de emergencia.

Aspectos Bioéticos.

Desde la bioética, el abordaje del problema se realizó a través del enfoque principialista, planteado por Tom L. Beauchamp y James F. Childress, quienes

(...) formularon cuatro principios generales fundamentales para orientar moralmente las decisiones de los investigadores y de los clínicos en el campo de la biomedicina. Estos principios son: 1) respeto por la autonomía, 2) beneficencia, 3) no maleficencia y 4) justicia. (Ferrer y Álvarez, 2003).

Con respecto al principio de autonomía, el profesional en enfermería debe respetar la capacidad de decisión de la mujer y ponerla al tanto sobre cuáles son sus derechos en cuanto al abuso que recibe por parte de su compañero. Es importante que se le ofrezcan las diversas opciones con las que ella cuenta, desde los aspectos legales que la amparan para protegerse a sí misma y a su familia contra el abuso hasta las instituciones que prestan un servicio más especializado para sobrellevar su condición de maltrato, como lo es el Instituto Nacional de la Mujer (INAMU). Una vez provistas estas opciones, el profesional no debe interferir en la toma de decisiones de la mujer, sino más bien permitirle contar con un espacio para que ella medite sobre su situación y decida libremente, sin ningún tipo de coerción.

El principio de autonomía, de acuerdo con lo expuesto por Sgreccia (1996) se basa en la moralidad inspirada en el respeto mutuo y en llevar a cabo acciones en alianza con los individuos, en

ambientes de libertad y diálogo. De ahí la importancia de intentar establecer comunicación fluida con la usuaria y permitirle expresar sus ideas y sentimientos, en búsqueda de un acercamiento terapéutico.

Este acercamiento no necesariamente significa que se darán resultados inmediatos y que la problemática que atravesaba la usuaria se iba solucionar rápidamente, ya que de acuerdo con un estudio realizado por Berlinger (1998) en el tema del maltrato hacia la mujer se menciona que la víctima promedio deja a su agresor unas siete veces antes de, realmente, tomar la decisión de no regresar con él y que las usuarias necesitan más ser escuchadas, comprendidas e informadas primeramente y no tanto que se le busque una solución definitiva a su situación.

Al respecto Robledo, Fuentes, Salamanca y Sancho (2006) citando a Berlinger explican lo siguiente:

El autor demuestra que para ayudar a una víctima ni hace falta ser un experto, ni se necesita tanto tiempo como se piensa. Afirma que sólo hay que seguir unos pasos y mostrar apoyo e interés. Además, aconseja no sentirse frustrada sea cual sea el resultado que obtenga la enfermera tras su actuación, ya que la finalidad no es rescatar a la víctima para que abandone a su agresor, ni tampoco convencerla de que debe denunciar a la pareja, sino escucharla, asesorarla y mostrar apoyo y comprensión. (Berlinger, 2002).

Esta afirmación anterior es muy importante, el profesional en enfermería debe tener claro que para ayudar a una

usuaria no es necesario ser experto o intervenir por muchísimo tiempo, solo se debe ser asertivo y saber escuchar.

En relación con el principio de no maleficencia, se afirma que las y los profesionales en salud tienen la obligación de no hacer daño intencionalmente (Ferrer y Álvarez, 2003). Este principio es importante de considerar ya que en ocasiones la y el profesional en enfermería que se enfrenta a una situación de violencia contra una usuaria, como en este caso, decide obviar que ha detectado distintas condiciones que indican agresión, no siendo esto muy difícil debido a que las usuarias que sufren esta problemática, usualmente no desean hablar o compartir abiertamente sobre el tema.

Sin embargo, el ignorar los signos y no afrontarlo con la usuaria sería incorrecto, y es deber moral fundamental del profesional en enfermería el enfrentar la realidad que se le manifiesta, estimular a la mujer a que comparta su situación y que exprese su sentir, manteniendo una escucha activa y asertiva. Finalmente, lo más importante es su bienestar y que cuente con la información necesaria para que tome una decisión consciente.

El tercer principio de beneficencia, menciona que se debe evitar realizar un mal al otro, se debe contribuir a su bienestar, actuando con bondad, misericordia y caridad (Ferrer y Álvarez, 2003).

Este principio implica que las y los profesionales deben hacer efectivamente el bien y no solamente querer hacerlo o desear hacerlo (Sgreccia, 1996). Por esto es sumamente importante tener conciencia de la responsabilidad en el trabajo que se realiza y llevar a cabo el mismo con conciencia moral de las

acciones que se realizan, pues las mismas afectan la vida y la realidad de otros, por lo cual el efecto debe ser positivo y buscar la mejoría en la condición y calidad de vida de otros y otras.

Finalmente, el principio de justicia contenido dentro del enfoque, expresa la obligación de tratar a todas las personas que se atienden con igualdad, distribuyendo equitativamente los bienes y recursos con los que cuenta el servicio de salud. La aplicación de este principio conlleva entregar a las personas lo que les corresponde, ya sean beneficios o responsabilidades. La omisión en estas acciones conllevan a la injusticia, por lo que para no incurrir en estos actos se debe aplicar criterios de justicia que guíen la distribución de los beneficios que reciben todas las personas, con el fin de que reciban lo mismo. Por esto fue importante proveer a la usuaria todas las opciones disponibles por los servicios de salud y el Estado para buscar soluciones a su situación y tratarla como a cualquier persona, sin que otras circunstancias o atenuantes se conviertan en obstáculos para que reciba ayuda.

Dentro del análisis de los aspectos bioéticos también es importante tomar en cuenta la normativa existente que señala que todos los seres humanos son sujetos de derecho, a través de códigos como el de los Derechos Humanos. Dicha normativa es más específica en cuanto a su contenido y tiene un campo de acción más concreto que los principios (Ferrer y Álvarez, 2003), por lo que es importante tomar en cuenta los artículos específicos como el artículo 3 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos que hace referencia al respeto y mantenimiento de la dignidad humana, sus derechos y libertades de las que goza.

Por lo tanto, es deber del profesional procurar que la usuaria conozca y comprenda que posee otras opciones y que no debe estar sometida al maltrato, pero en última instancia será su decisión, lo cual también es expresado por el artículo 5 de la misma declaración, que explica que al individuo se le debe respetar su autonomía, pero que la persona debe comprender a su vez que debe asumir con responsabilidad sus actos.

Por otro lado, el artículo 6 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos hace referencia al consentimiento informado y a que cualquier intervención que se realice debe llevarse a cabo previo consentimiento libre e informado de la persona, basado en la información completa y necesaria, sin omitir ningún detalle o situación, aunque sea considerado negativo y que genere que la persona decida no realizarse el procedimiento. En el caso particular de la mujer, cualquier decisión que se tome en la consulta, con respecto a su salud debe estar autorizada por ella. Se le debe explicar a que será sometida y permitirle que exprese todas las dudas que presente.

Otro aspecto por considerar es el expuesto por el artículo 8 de la declaración en mención, el cual se refiere a la vulnerabilidad humana y la integridad personal. Es deber de todo personal de salud proteger a la usuaria y considerarla como un ser humano complejo, con muchas situaciones especiales que necesitan ser tomadas en cuenta al momento de intervenir con ella, siempre respetando su integridad y autonomía.

Igualmente importante es, que al tener esta usuaria problemas de tipo social -que usualmente son estigmatizados dentro de la sociedad-, se

debe mantener su confidencialidad durante todo momento, mientras ella se encuentre en el centro de salud. Se le deben proporcionar espacios de privacidad en el caso de que ella desee compartir su situación. La información que sea externada no debe ser utilizada con otros fines que no sean los de ayudarla.

La usuaria necesita una atención integral, amplia, de calidad y pronta, debido a su situación de salud y otras necesidades apremiantes que presenta. Por ello deberá ser tratada con igualdad, justicia y equidad, tal como lo expresa el artículo 10 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

Como parte de la labor del profesional en Enfermería y siendo concluyentes con el artículo 14 de la Declaración, las y los profesionales deberán permitir que la mujer tenga acceso a una atención médica de calidad, que pueda acceder a los medicamentos que necesite y que las instituciones gubernamentales, a través de las conexiones necesarias, podrán evaluar su caso y ayudarla para que así pueda tener acceso a una alimentación adecuada, su nivel de pobreza se disminuya y no sea maltratada por su familia.

Con respecto a la adopción de decisiones y el tratamiento de cuestiones bioéticas, se remite a las y los profesionales a promover el profesionalismo, la honestidad, integridad y transparencia en la toma de decisiones. El diálogo es fundamental para conocer las dificultades o necesidades de las personas que se atienden, con el fin de proporcionar toda la información y recursos necesarios y dejar que cada persona escoja según sus deseos, con conciencia y responsabilidad

de la decisión que se toma y de las consecuencias de la misma.

Es realmente importante que cada profesional en el área de enfermería obstétrica aprenda a desarrollar un sentido de responsabilidad y una conciencia hacia cada acción que lleva a cabo. En ocasiones no se medita en cuanto a lo que se dice o se hace, y se debe recordar que la responsabilidad en esta profesión es doble, pues son dos vidas en las manos de quien los atienden. De ahí que estos temas, sean vitales para la práctica de la Enfermería obstétrica.

Género y Factores Emocionales y Culturales.

Está claro que la usuaria vive en un hogar que está regido bajo la cultura patriarcal, donde su esposo tiene el papel de proveedor y que está limitado simplemente a llevar dinero a la casa y ella el papel de madre, que dentro de sus funciones debe cuidar a los hijos, mantener limpio el hogar y satisfacer a su esposo sexualmente.

Parece que esto no ha cambiado desde la antigüedad, así lo expresa Lerner, G. (1986), la cual refiere que:

El patriarcado es una creación histórica elaborada por hombres y mujeres en un proceso que tardó casi 2.500 años en completarse. La primera forma de patriarcado apareció en el estado arcaico. La unidad básica de su organización era la familia patriarcal, que expresaba y generaba constantemente sus normas y valores. (p. 311).

Estas normas y valores hoy en día siguen vigentes, pues muchas de las familias siguen regidas bajo las normas

del proveedor principal del hogar, y que en la mayoría de los casos sigue siendo el hombre.

Sin embargo, si se realiza una revisión histórica de cómo se organizó la sociedad desde tiempos remotos, Vega, M. (2004) refiere que:

Se puede observar que antes del inicio del patriarcado existía una sociedad de tipo matrilineal, en la cual los grupos sociales se organizaban alrededor de la madre y las mujeres eran las poseedoras del saber, el cual se encontraba asociado a capacidad de procrear, es decir, a su maternidad. (p. 33)

Lo anterior se debía a que se consideraba a la mujer y a la naturaleza como una sola, debido a la posibilidad de dar vida, por lo tanto eran consideradas como sagradas, lo cual predominaba en lo simbólico. Por lo tanto, el dominio de la mujer existió y fue desplazado por los hombres a través de los años, situación que hoy en día permanece aunque se podría decir que con menor fuerza.

Siguiendo con el caso en análisis, es evidente que la señora se debe ajustar al poco dinero que su pareja le da, sin derecho a reclamar o a solicitar un poco más, ya que esto significaría que su pareja disponga de menos dinero para ir a gastar con los amigos, lo que podría desatar su enojo e incluso acabar en una golpiza.

Lerner, G. (1986), plantea que el colectivo masculino tenía unos derechos sobre las mujeres que el colectivo femenino no tenía sobre los hombres, por lo tanto según esta autora, el hombre tiene unos derechos adquiridos por ser el jefe de hogar que la mujer misma no tiene a pesar de ser la reina del hogar.

De lo anterior Vega, M. (2004), indica que (...) Para cumplir y sostener el poder, a los hombres se asignan una serie de normas, valores y funciones que los sitúan en una posición de dominación, mientras que a las mujeres se le enseña a ser sumisas y pasivas para cumplir un papel de subordinación y dependencia. (p. 37)

En este contexto, un factor desencadenante de la infección en la mujer puede deberse a las prácticas sexuales de su pareja. Ella al verse enferma, tendría que negarse a compartir relaciones coitales por las molestias asociadas al tipo de enfermedad, pero debido a la agresión que vive, su negativa podría desencadenar lesiones físicas por parte de su pareja sentimental, con el fin de someterla a un círculo de sumisión y de esta manera satisfacer sus deseos. Todo lo anterior, produce sentimientos de angustia, tristeza, ansiedad, inquietud e incluso vergüenza por lo que le está pasando.

Por lo cual surge la pregunta sobre, el ¿por qué la señora no abandona a su esposo a pesar de los maltratos físicos e incluso emocionales? Una respuesta la brinda Marcela Lagarde (1992), citada por Vega, M. (2004), que hace referencia al amor romántico de la siguiente manera

Este tipo de amor, se caracteriza por exaltar la necesidad de la existencia de la persona amada, el sufrimiento por su ausencia, donde la necesidad del otro se vive y se actúa intensamente. La norma del amor romántico sería: dime cuanto sufres y te diré cuanto amas. Es un amor donde se interpreta como una dicha el sufrimiento por el otro (p. 39)

En otras palabras, la mujer mantiene una actitud de servicio y disposición para satisfacer las necesidades de los otros, especialmente del hombre. Aquí entra en juego la construcción social de la feminidad, donde el eje principal o primordial está constituido en una sexualidad para otros, la cual establece que su única finalidad es la reproducción.

En este caso particular, la señora se encuentra embarazada de su quinto hijo, por lo cual su rol primordial ha sido de procreadora, función que puede ser resumida en la ideología de ser para y de otros. Marcela Lagarde (1992), citada por Vega, M. (2004), menciona que este tipo de sexualidad se encuentra separada en dos dimensiones: la procreadora y la erótica. “Debido a esta escisión, las mujeres se ven imposibilitadas de concebirse como personas, quedándose en la dimensión de objetos, ya sea para ser madre o mujer erótica en función de otro.” (Vega, M. 2004: 46)

Marcela Lagarde (1992), refuerza la posición anterior, expresando que es una función que se les enseña desde pequeñas y se refuerza durante toda la vida, ya sea jugando a ser mamás de las muñecas, hasta maternalizando las relaciones de pareja, las amistades y la propia familia.

Si se hace mención al papel del esposo de la mujer, es necesario mencionar la construcción social de la masculinidad, para poder así interpretar el rol que éste ha desarrollado en su relación conyugal. Él cumple el papel de proveedor de alimentos y de procreador de hijos, lo que lo convierte en un hombre indispensable dentro del núcleo familiar.

Esta construcción de lo masculino sucede en oposición a lo femenino, es

decir, ser hombre es no ser mujer, lo cual se expresa en no actuar, no pensar, ni relacionarse, ni sentir como la mujer, por el contrario alejarse de todo lo que pueda llevarlo a parecerse a ellas.

Moore y Gillette (1993) citados por Vega (2004), hacen referencia al amor masculino, y expresan que en la vivencia del amor el hombre ha sido socializado para ocupar el papel de Rey. "Ser el Rey es ser el centro de la atención, implica ser servido y ser lo más importante" (p. 61). En este sentido, el amor masculino demanda ser el centro de la vida de su figura amada, sujeto de adoración y veneración, ser cuidado, atendido y satisfecho.

Todo lo anterior, concuerda con la actitud que señala la joven sobre su esposo, situación que ha recaído sobre la salud de ella y en la del bebé que está esperando, la cual se deteriora poco a poco, dejando claro que los factores emocionales y culturales que giran en torno a una mala calidad de vida y a una mala relación sentimental, afectan directamente a la salud de la persona que se encuentra inmersa en el contexto.

Se podría pensar, que la separación o rompimiento de la relación conyugal solucionaría los problemas que la señora puede estar atravesando, tanto familiares como de la salud, sin embargo el entorno sociocultural afecta de manera indirecta, como lo menciona Lagarde (1992) citada por Vega, (2004), a continuación

(...) la dependencia de la relación con el hombre para tener existencia social e individual, vinculaciones que se encuentran caracterizadas por una dependencia vital y por el sometimiento al poder masculino.

En este sentido, la mujer existe a partir de relaciones de parentesco que la estructuran, tales como ser hija de, hermana de o esposa de. (p. 48)

De lo anterior, se deriva que la mujer que no tiene pareja es concebida como carente, como si le faltara algo, la no realización como mujer, haciendo alusión a la necesidad de ser nombrada a través de otra persona que le dé un significado social. Por lo tanto, el que la usuaria se separe de su cónyuge traería probablemente consecuencias sociales y señalamientos, lo que lograría afectar sus sentimientos y emociones y traer consecuencias mayores sobre sí misma y su nuevo bebé.

Más allá de los problemas bio-socio-culturales, es posible que una razón para seguir bajo este tipo de convivencia, a parte de la limitación para conseguir un trabajo debido a su estado gestacional, puede ser el miedo de quedar sola, que nadie la ame y no tener los medios económicos ni el apoyo para salir adelante.

Zamora, Quirós y Fernández (1996) citados por Vega, M. (2004), hacen referencia a lo expuesto anteriormente:

El miedo a ser abandonadas, a que les dejen de amar es tan fuerte, que prefieren no hacer ningún intento de cambio y aceptar con gran facilidad cualquier culpa arrojada sobre ellas (p. 46)

Lo anterior es una situación muy común que se presenta en nuestra sociedad y en las sociedades y entornos de otros países, sin embargo la mujer afectada es la única con la posibilidad de seguir o detener este tipo de situaciones.

Es posible seguir analizando y obteniendo opciones del por qué suceden las cosas, ofreciendo soluciones o futuras posibilidades, sin embargo, se deben brindar herramientas para optar por las soluciones más adecuadas.

Factores Socioeconómicos.

La usuaria se desarrolla en una familia muy numerosa. Cada persona que la integra se encuentra en un ciclo vital diferente, con necesidades diferentes. Su esposo no la apoya, además tiene 4 hijos más que cuidar y 5.000 colones por semana no son suficientes para cubrir lo básico: alimentación, vivienda, vestido, salud y servicios públicos como agua y electricidad. Además, el trabajo del esposo de la usuaria es eventual dificultando aún más la situación. Aunado a esto el esposo tiene un problema de alcoholismo y todo el dinero que gana lo destina a este fin. El estado nutricional de la madre, el feto, y del resto de los hijos está en riesgo y eso los predispone a enfermedades y a un deterioro general de la salud física y mental, secundaria también a toda la problemática social que envuelve a la familia.

Factores Biológicos y Patológicos.

La mujer participante está presentado cuatro condiciones patológicas; la primera es un bajo peso materno para la edad gestacional, el cual puede estar asociado a mala alimentación producto de un bajo nivel socioeconómico u otros problemas de fondo. Así lo registra el Normograma para la clasificación de la mujer peso/talla y la curva Peso/Talla según Edad Gestacional, inserta en el carné perinatal que se utiliza en el sistema de salud de Costa Rica.

La segunda condición es una vulvovaginitis, producida por

Trichomonas Vaginalis, la cual según refiere Schwarcz (2005) es una infección de transmisión sexual, que dentro de la sintomatología presenta flujo abundante, amarillento, fétido que ocasiona prurito en los genitales, cuadro clínico que presenta la usuaria.

La tercera es una hipertensión gestacional, evidenciada por valores de 130/90mmHg en dos ocasiones la cual coincide con la definición establecida por Caldeyro (s.a.): "...una presión arterial diastólica igual (PAD) o mayor a 90 mmHg, obtenida en dos o más medidas consecutivas, con un intervalo de cuatro horas o más".

Además, la detección de ésta elevación en la presión arterial sucedió posterior a la semana 20 de gestación, requisito importante para establecer este diagnóstico. Asimismo la usuaria no presentó proteinuria característica establecida en la clasificación del National Health Institute (2000) para esta complicación del embarazo la cual se define como: "...la detección de la elevación en la presión arterial posterior a las 20 semanas de gestación, sin proteinuria".

Si bien es cierto esta patología no tiene una causa primaria, hay muchos factores de riesgo que pueden propiciar su aparición, entre ellos Caldeyro (s.a.) considera que el nivel socioeconómico bajo -como es el caso de la mujer participante-, incide en la aparición de la Hipertensión Gestacional debido a que se relaciona con la no asistencia de las mujeres al control prenatal y a la aparición de complicaciones durante la gestación en condiciones de pobreza y analfabetismo.

Finalmente, la cuarta condición que presenta la usuaria es un Desprendimiento Prematuro de la Placenta Normoinsera (DPPNI) o Abruptio Placentae. La cual puede estar relacionada con la Hipertensión Gestacional, así lo menciona Lowdermilk, Perry y Bobak (2003) ya que ésta es un factor de riesgo para que se desarrolle ésta patología.

Los signos y síntomas como el abdomen hipertónico y doloroso a la palpación, refieren una hipertonía uterina, la cual según Olds, London y Ladewig (1995) se relaciona con ésta patología, también se presentó sufrimiento fetal (Frecuencia Cardíaca Fetal 80 latidos por minuto), como consecuencia de la reducción del aporte de oxígeno.

Por otro lado los datos del ultrasonido que presentó la usuaria, como el sangrado intermitente, abundante, de color rojo oscuro y sin coágulos, hacen referencia a una hemorragia oculta o hematoma retroplacentario, así lo refiere la Clínica al Día (2007) en su artículo Desprendimiento Prematuro de la Placenta:

Una hemorragia aguda se ve como un área hipercogénica e isoecogénica, con relación a la placenta, que se hace ecolúcida en 2 semanas si no se repite el sangrado. Sin embargo, a menudo los hematomas retroplacentarios agudos pueden ser difíciles de reconocer porque disecan la placenta o el miometrio y son similares en ecogenicidad a la placenta. En estos casos, el ultrasonido puede demostrar solamente la placenta engrosada de aspecto heterogéneo, así como hallazgos inespecíficos de

márgenes placentarios
redondeados y ecolucidez
intraplacentaria. (s.p.)

Al reunir ambos datos, se obtiene que la usuaria presentó una hemorragia de tipo mixta, la cual refiere la University of Virginia Health System (s.a.) se da cuando hay hemorragia que diseca las membranas placentarias y fluye hacia fuera a través de la vagina y una hemorragia retroplacentaria presentes al mismo tiempo.

Aunado a lo anterior, la usuaria presentó 120 latidos por minuto (taquicardia), 24 respiraciones por minuto (taquipnea), una temperatura de 36°C (no es hipotermia aún, pero la temperatura ha empezado a descender), palidez tegumentaria y deshidratación de las mucosas, lo que demuestra que la mujer participante desarrolló un shock hipovolémico, ya que todos estos signos y síntomas son característicos de este cuadro, así lo refiere MedlinePlus (2006), no obstante, no se presentó presión sanguínea baja, debido a que la usuaria cursó con hipertensión gestacional.

Además, la mujer participante presentó valores de laboratorio alterados. Los cuales según Lowdermilk, Perry y Bobak (2003) indican coagulopatía materna otra manifestación clínica de este cuadro, asimismo Cunningham et al (2005) menciona que la hipofibrinogenemia presentada puede ser también un signo temprano de una de las complicaciones de la DPPNI, la cual es la Coagulación Intravascular Diseminada (CID) o Coagulopatía de Consumo.

Es importante aclarar que las complicaciones patológicas que presentó son el resultado, no sólo de la misma interacción de factores biológicos y

fisiopatológicos, sino que también se suman los factores de género, culturales, emocionales y socioeconómicos que la usuaria estaba viviendo.

Además el control prenatal que la mujer tuvo no fue el adecuado debido a que asistió de manera tardía a éste, siendo su primera consulta en la semana 25 y llevando hasta la fecha (semana 35) 4 consultas prenatales, en las que únicamente se le clasificó como de alto riesgo por la elevación de la tensión arterial.

Asimismo, las consultas no fueron programadas adecuadamente, debido a que una usuaria con alto riesgo, máximo debe citarse cada 2 semanas lo que indicaría que la mujer, para la semana 35 debió tener 6 consultas, de acuerdo con lo establecido en la guía de atención integral a las mujeres, niños y niñas en el período prenatal, parto y posparto (2008).

También el enfoque de riesgo no se maneja apropiadamente, ya que sólo registra la tensión arterial elevada, pero no se registran datos del bajo peso materno para la edad gestacional, lo que indica que la ganancia de peso no se evaluó en las consultas, igualmente no se detectaron signos y síntomas de estadios de separación leve o moderada en la DPPNI, como por ejemplo el sangrado vaginal que se detecta durante la exploración física, lo que hace suponer que la misma no fue realizada de la forma adecuada durante la consulta.

En resumen, el control prenatal de la señora no fue ni precoz, ni con la periodicidad adecuada, ni completo, ni con un adecuado enfoque de riesgo, lo que aunado a los demás factores citados anteriormente, propicio el cuadro fisiopatológico que la usuaria presentó.

CONCLUSIONES

★ Los derechos sexuales y reproductivos reconocen la capacidad de todas las personas a decidir con libertad y responsabilidad el número de hijos que quieren tener, con qué frecuencia y en qué momento, a disponer de la información y los medios para lograrlo y el pleno disfrute de su sexualidad.

★ El tema de la bioética y la aplicación de sus principios es un elemento indispensable de la práctica de la Enfermería obstétrica, con el fin de que los usuarios y usuarias que reciben el cuidado, este sea integral, de calidad y que abarque todas sus necesidades.

★ La señora participante en el estudio vive en un hogar que está regido bajo la cultura patriarcal, donde su esposo tiene el papel de proveedor y ella el papel de madre, y que dentro de sus funciones debe cuidar de los hijos, de otros adultos y satisfacer las necesidades sexuales de su cónyuge, sin importar si la usuaria está de acuerdo o no.

★ La señora es víctima de abuso y agresión por lo cual presentó sentimientos de angustia, tristeza, inquietud e incluso vergüenza.

★ Las complicaciones patológicas que la usuaria presentó son el resultado, no sólo de la misma interacción de factores biológicos y fisiopatológicos, sino que también se suman los factores de género, culturales, emocionales y socioeconómicos.

★ El control prenatal de la mujer no fue ni precoz, ni con la periodicidad adecuada, ni completo, ni con un adecuado enfoque de riesgo, lo que aunado a los demás factores citados

anteriormente, propicio el cuadro fisiopatológico que la usuaria presentó.

★ El éxito total de la intervención radica en el hecho de unir esfuerzos interdisciplinarios de todos los sectores de salud implicados, para proporcionar el bienestar de la usuaria durante el embarazo y parto.

BIBLIOGRAFÍA

- Caldeyro, R. (s.a.) **Estados Hipertensivos del Embarazo**. Programa Especial de Salud Materno-Infantil y Población Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano CLAP-OPS/OMS.
- Caja Costarricense del Seguro Social (2008) **Guía de Atención Integral a las Mujeres Niños y Niñas en el periodo prenatal, parto y postparto**. Costa Rica.
- Clínica al Día (2007) **Desprendimiento Prematuro de la Placenta**. Extraído de 17 de Octubre del 2008 desde <http://obstetriciayginecologiaaldia.blogspot.com/2007/10/desprendimiento-prematuro-de-placenta.html>.
- Cunningham, F y otros (2005) **Williams Obstetrics**. (22nd Edition) Estados Unidos: McGraw-Hill.
- Declaración de los Derechos Sexuales y Reproductivos. (Declaración del 13avo. Congreso Mundial de Sexología, 1997, Valencia, España) (1997). **Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología 14º Congreso Mundial de Sexología**, Hong Kong. 1999,26, Agosto.
- Declaración Universal de Derechos Humanos** (Resolución 217 A (III)). (1948, Diciembre, 10). Asamblea General de las Naciones Unidas. 1948, 10, Diciembre.
- Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos** (2005). UNESCO. 2005,19, Octubre.
- Ferrer, J. y Álvarez, C. (2003). **Para fundamentar la bioética. Teorías y paradigmas teóricos en la bioética contemporánea**. España: Desclée De Brouwer.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2003). **Metodología de la Investigación**. (3^{era}. Ed.): México: Mc Graw-Hill.
- Lerner, G. (1986). **La creación del patriarcado**. Editorial crítica: Barcelona, España.
- Lowdermilk, D., Perry, S y Bobak, I (2003) **Enfermería Materno Infantil**. España: Harcourt/ Oceano.
- Lyer, P. (1995). **Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería**. México: Mc Graw-Hill Interamericana:
- MedlinePlus. (2006). **Shock Hipovolémico**. Extraído el de 18 de octubre del 2008 desde: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000167.htm>.
- Nacional Health Institute y The National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure on Pregnancy. (2000) **Working Group Report on High Blood Pressure on Pregnancy**. Estados Unidos: Nacional Health Institute
- Olds, London, y Ladewig (1995) **Enfermería Materno Infantil**. (2da ed.) México: Interamericana McGraw-Hill
- Orem, D (1983) **Normas Prácticas de Enfermería**. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Robledo, De la Fuente, Salamanda, y Sánchez (2006). **Percepción de las mujeres maltratadas sobre la atención sanitaria recibida**. Extraído el 18 de octubre desde: http://www.nureinvestigacion.es/FICHERO_S_ADMINISTRADOR/INV_NURE/PRO YECTO20.pdf
- Schwarcz, Fescina, y Duverges (2005) **Obstetricia**. (Sexta edición.) Buenos Aires: Editorial El Ateneo.
- Sgreccia, E (1996). **Manual de Bioética**. México: Editorial Diana.
- Solano, O (s.a.) **Proceso de Atención de Enfermería, Texto Básico para una Autoinstrucción**, Módulo Autoinstruccional. Universidad de Costa Rica, Colegio de Enfermeras de Costa Rica y Proyecto Fundación W.K. Kellogg.

University of Virginia Health System (s.a.) **El embarazo de Alto Riesgo. Sangrado en el Embarazo, la Placenta Previa, el Desprendimiento Normoplacentario (Abruptio Placentae).**

Extraído el 18 de octubre de 2008 desde http://www.healthsystem.virginia.edu/UVAHealth/peds_hrpregnant_sp/bleed.cfm.

Vega, M. (2004). **La cultura patriarcal. Una revisión histórica.** Caja Costarricense del Seguro Social, Costa Rica.