

Olga Muñoz Roca
Cristina González Osorio
Norma Silva Lima
Ketty Sánchez Vera
Jairo Zambrano Muñoz



**CUIDADOS OBSTÉTRICOS
DE ENFERMERÍA, BASADO
EN CASOS**

CUIDADOS OBSTÉTRICOS DE ENFERMERÍA,
BASADO EN CASOS

Autores:

Olga Muñoz Roca
Cristina González Osorio
Norma Silva Lima
Ketty Sánchez Vera
Jairo Zambrano Muñoz

CUIDADOS OBSTÉTRICOS DE ENFERMERÍA,
BASADO EN CASOS

Autores.

Olga Muñoz Roca
Cristina González Osorio
Norma Silva Lima
Ketty Sánchez Vera
Jairo Zambrano Muñoz

Primera edición: noviembre 2021

© Ediciones Grupo Compás 2021

ISBN: 978-9942-33-472-5

Diseño de portada y diagramación: Grupo Compás

Este texto ha sido sometido a un proceso de evaluación por pares externos con base en la normativa del editorial.

Quedan rigurosamente prohibidas, bajo las sanciones en las leyes, la producción o almacenamiento total o parcial de la presente publicación, incluyendo el diseño de la portada, así como la transmisión de la misma por cualquiera de sus medios, tanto si es electrónico, como químico, mecánico, óptico, de grabación o bien de fotocopia, sin la autorización de los titulares del copyright.

Guayaquil-Ecuador 2021



Cita.

Muñoz, O., González, C., Silva, N., Sánchez, K., Zambrano, J. (2021) CUIDADOS OBSTÉTRICOS DE ENFERMERÍA, BASADO EN CASOS , Editorial Grupo Compás, 74 pag

INDICE

CAPITULO I	8
I.-SCORE MAMÁ.....	8
1.1.-Definición.....	8
I.1.1.-Pasos a seguir en el score mamá	15
I.1.1.-Activación de la Clave Azul.	15
I.1.2.-Ante la presencia de uno o más criterios de severidad realice:.....	16
I.1.3.-Intervenciones de enfermería.....	17
I.1.4.-Administración de sulfato de magnesio cuidados de enfermería	18
1.2.1.-Manejo del Síndrome de HELLP	19
I.1.5.-Manejo de la clave roja	19
hemorragias obstétricas.....	19
I.1.6.-Manejo de la clave amarilla	24
CAPITULO II PATOLOGÍAS DEL I TRIMESTRE DEL EMBARAZO	30
2.1. Anemia en el embarazo.....	30
2.1.1. Definición.....	30
2.1.2. Manifestaciones clínicas	30
2.1.3. Factores de riesgo de la patología.	31
2.1.4. Complicaciones	31
2.1.5. Exámenes de laboratorio y de imágenes que permiten diagnosticar la enfermedad.	31
2.1.6. Procedimiento de enfermería para la administración de hierro.....	32
2.1.7. Cuidados de enfermería.....	32
2.1.8.-Caso clínico	33
2.1.9.-Cuidados generales.....	33
2.1.10.-Plan de Cuidados.....	34
2.2. Amenaza de parto pretérmino	42
2.2.3.- Riesgo de parto pretérmino.....	44
2.2.4.-Cuidados de enfermería en el parto pre termino.....	44
Caso clínico.....	45
Plan de cuidados.....	45
2.3. Desprendimiento prematuro de la placenta.....	47

2.3.3.-Manifestaciones clínicas	48
2.3.4.-Exámenes complementarios	48
2.3.5. Valoración de enfermería.....	49
Caso clínico.....	50
Plan de cuidados.....	50
2.4. ABORTO.....	52
2.4.3.-Cuidados de enfermería:	54
Plan de cuidados.....	54
2.5. EMBARAZO ECTÓPICO	57
2.5.2.-Manifestaciones Clínicas	58
2.5.3.-Exámenes de laboratorio y medios de diagnósticos	58
2.5.4.-Tratamiento.....	58
2.5.5.-Cuidados de enfermería en la paciente con embarazo ectópico.....	58
CASO CLÍNICO.....	59
PLAN DE CUIDADOS	59
2.6.-ENFERMEDAD TROFOBLASTICA GESTACIONAL	61
2.6.2.-Causas.....	61
2.6.3.-Factores de riesgo	61
2.6.4.-Clasificación.....	61
Embarazo molar completo	61
2.6.5.-Manifestaciones clínicas	62
2.6.6.-Pruebas y exámenes.....	63
2.6.7.-Tratamiento.....	63
Caso clínico	64
Plan de cuidados.....	64
CAPITULO III	66
3.-PATOLOGIAS DEL II Y III TRIMESTRE DE EMBARAZO	66
3.1.-DIABETES GESTACIONAL	66
Insulinoterapia en diabetes gestacional.....	69
Caso clínico	69
PLAN DE CUIDADOS	70
3.2.-HIPERTENSIÓN EN EL EMBARAZO	73
3.2.2.-Preeclampsia.....	73

3.2.3.-Eclampsia:	74
3.2.4.-Manifestaciones clínicas	74
3.2.4.-Factores de riesgo	74
3.2.5.-Complicaciones	75
3.2.6.-Exámenes Complementarios	75
Caso clínico.....	76
PLAN DE CUIDADOS	77
3.3.-Síndrome de Hellp	80
3.3.2.-Manifestaciones clínicas	80
3.3.3.-Factores de riesgo	81
3.3.4.-Complicaciones maternas	81
3.3.5.-Complicaciones fetales	81
3.3.6.-Exámenes de laboratorio	81
3.3.7.-cuidados de enfermería	82
3.3.8.-Caso clínico	82
3.3.9.-Plan de cuidado.....	82
CAPITULO IV	87
4.1.-PATOLOGIAS POST PARTO	87
4.1.1.-HEMORRAGIA POST PARTO	87
4.1.2.-Hemorragia posparto primaria o inmediata.....	87
Hemorragia posparto secundaria o tardía	87
4.1.3.-Atonia Uterina	87
4.1.4.-Los factores predisponentes de la atonía uterina incluyen:.....	87
4.1.5.-Lesiones del canal de parto.....	88
4.1.6.-Retención placentaria.....	88
4.1.7.-Coagulopatías	88
4.1.8.-Manifestaciones clínicas	88
4.1.9.-Argumentos para el diagnóstico diferencial de un sangrado vaginal posparto.....	88
4.1.10.-Tratamiento	89
4.1.11.-Los fármacos uterotónicos disponible son los siguientes:	90
4.1.12.-Esquemas farmacológicos para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto (adaptado de FIGO):	90
4.1.13.-Manejo General:.....	91

4.1.14-Caso clínico	91
4.1.15-Actuaciones de Enfermería ante una hemorragia:	92
4.1.16-Actuaciones según etiología:	92
4.1.17.-Plan de cuidados	92
4.2.-INFECCIONES POSTPARTO	101
4.2.1.-Endometritis	101
4.2.2.-Etiología.....	101
4.2.3.-Signos y síntomas.....	102
4.2.4.-Diagnóstico	103
4.2.5.-Tratamiento	103
4.2.6.-Cuidados de enfermería	104
4.2.7.-Caso clínico	104
4.2.8.-Plan de cuidado.....	105
4.3.-INFECCIÓN DE LAS HERIDAS QUIRÚRGICAS(Cesárea).....	106
4.3.1.-Definición.....	106
4.3.2.-Factores que afectan a la cicatrización de la herida.....	106
4.3.4.- Clasificación	110
4.3.5.-Caso clínico	110
4.3.6.-Plan de cuidados.....	110
Diagnóstico.....	110
DOLOR AGUDO.....	110
5.1MASTITIS.....	115
5.1.1.-Definición.....	115
5.1.2.-Manifestaciones clínicas. -	115
5.1.3.-Factores causales. -	116
5.1.4.-Factores de riesgo	116
5.1.5.-Complicaciones	116
5.1.6.-Prevención	117
5.1.7.-Cuidados de enfermería	117
5.1.8.-Caso clínico	117
5.1.9.-Plan de cuidados.....	117
6.1.-CISTITIS.....	121
6.1.1.-Definición.....	121

6.1.2.-Diagnostico	121
6.1.3.-Manifestaciones clínicas	121
6.1.4.-Factores de riesgo en las infecciones post parto.....	121
6.1.5.-Tratamiento.....	121
6.1.6.-Cuidados de enfermería	122
6.1.7.-Tratamiento.....	122
6.1.8.-Caso clínico de cistitis	123
6.1.9.-Plan de cuidados.....	123
7.1.-DEPRESIÓN POST PARTO	126
7.1.2.-Manifestaciones Clínicas:	126
7.1.3.-Factores de riesgo:	126
7.1.4.-complicaciones:.....	126
7.1.5.-Medios de diagnóstico:.....	127
7.1.6.-Tratamiento:.....	127
7.1.7.-Cuidados de Enfermería dependientes	128
7.1.8.-Cuidados de Enfermería independientes	128
Evaluación.....	129
7.1.9.-Caso clínico	130
7.1.10.-Plan de Cuidados.....	130
8.1.-Terminología	134
BIBLIOGRAFIA	162

PROLOGO

El ABP (Aprendizaje Basado en Problemas) es una estrategia de enseñanza – aprendizaje en la que la adquisición del conocimiento y el desarrollo de habilidades y actitudes tienen la misma importancia debido que buscan facilitar la formación del estudiante y desarrollar un razonamiento y el juicio crítico que le permitan enfrentarse a los desafíos de la vida profesional, todos aspectos relevantes que se contemplan en el módulo.

La Universidad elaboró el curso “Aprendizaje Basado en Problemas” dirigido a profesores y estudiantes con el fin de desarrollar competencias docentes para su utilización. Luego de haber participado en dicho curso, nace la inquietud de realizar el presente libro para reflexionar sobre el ABP y su aplicación como técnica didáctica en los problemas expuestos para resolución en este texto.

El libro contiene temas sobre las guías de atención del Ministerio de salud pública del cual se han extraído conceptos importantes de las diferentes patologías como definiciones, manifestaciones clínicas, exámenes de laboratorio e imágenes, tratamiento que deben ser comprendidos, analizados por los docentes y estudiantes a fin de llegar a decisiones que vayan en relación con el análisis, juicio crítico y decisión para tomar la lección indicada para la resolución de los diferentes casos que se presentan.

Los casos tendrán diferentes opciones y sus respuestas tendrán una opción fundamentada en la bibliografía consultada.

Capítulo I, trata sobre el Score mamá. - Es una herramienta de puntuación para detección de riesgo se aplica al primer contacto en emergencia. El registro del Score Mamá en las mujeres gestantes y puérperas es obligatorio y deberá ser colocado en la historia clínica perinatal, así como en la hoja de evolución de la paciente.

Capítulo II, Patologías del Primer trimestre de Embarazo en las que se detallan las patologías que afectan a la mujer, con un caso de la experiencia clínica en cada patología que permite un conocimiento crítico para la resolución de cada caso expuesto.

Capítulo III, Patologías del Segundo y tercer trimestre del embarazo al igual que el capítulo anterior.

Capítulo IV, Patologías pos parto en las que se detallan las patologías que afectan a la mujer, con un caso de la experiencia clínica en cada patología que permite un conocimiento crítico para la resolución de cada caso expuesto.

CAPITULO I

I.-SCORE MAMÁ

1.1.-Es una herramienta de puntuación para detección de riesgo se aplica al primer contacto en emergencia. escala de puntuación desarrollada para la detección temprana de morbilidad materna.

El registro del Score Mamá en las mujeres gestantes y puérperas es obligatorio y deberá ser colocado en la historia clínica perinatal, así como en la hoja de evolución de la paciente.

Eclampsia: es el desarrollo de convulsiones tónico - clónicas generalizadas y/o de coma inexplicado en mujeres con preeclampsia durante el embarazo, parto o puerperio, no atribuible a otras patologías ⁽¹⁰⁾.

Hipertensión en el embarazo: presión arterial sistólica ≥ 140 mm Hg y / o presión arterial diastólica ≥ 90 mm Hg, con base en el promedio por lo menos de 2 mediciones, tomadas al menos con 15 minutos de diferencia, utilizando el mismo brazo ⁽¹⁰⁾.

Hipertensión severa en el embarazo: presión arterial sistólica ≥ 160 mm Hg y / o presión arterial diastólica ≥ 110 mm Hg, con base en el promedio por lo menos de 2 mediciones, tomadas al menos con 15 minutos de diferencia, utilizando el mismo brazo ⁽¹⁰⁾.

Preeclampsia: es cuando:

- TA sistólica ≥ 140 y / o TA diastólica ≥ 90 mm Hg que debe confirmarse en otra toma con una diferencia de por lo menos 15 minutos¹⁰, presente a partir de las 20 semanas de gestación. Con la salvedad antes de las 20 semanas en Enfermedad Trofoblástica Gestacional, Síndrome de anticuerpos antifosfolípidicos o embarazo múltiple ⁽¹⁰⁾.
- Presencia de proteinuria ≥ 300 mg en orina de 24 horas, o relación proteinuria creatinuria en muestra aislada ≥ 30 mg/mmol o ≥ 26 mg/mg y solamente si estos métodos no están disponibles se puede realizar proteinuria en orina al azar con tira reactiva $\geq 1+$ ⁽¹⁰⁾.

Hemorragia posparto (HPP) primaria o inmediata (HPP): la HPP primaria o inmediata es aquella que se produce dentro de las primeras 24 horas posteriores al parto. Hemorragia posparto secundaria o tardía: se produce entre las 24 horas y seis semanas posparto. La mayoría de los casos de HPP tardía se deben a la retención de productos de la concepción, infección o ambas ⁽¹⁰⁾.

Aproximadamente, el 70% de los casos de HPP inmediata se producen debido a atonía uterina. Se define como atonía del útero a la incapacidad del útero de contraerse adecuadamente después del nacimiento del producto ⁽⁹⁾.

Sepsis Obstétrica: Situación clínica derivada de la invasión y proliferación de bacterias, virus y hongos en el torrente sanguíneo de la gestante o puérpera.

El hemocultivo positivo confirma la sepsis, y cuando el hemocultivo es negativo, la condición se considera como sepsis clínica ⁽¹¹⁾.

Signo cuantitativo: es el registro de la proteinuria reactiva en tirilla, para muestra en orina. Signos Vitales: para fines de este protocolo, los signos vitales incluyen el registro de: la frecuencia respiratoria, la temperatura, la frecuencia cardíaca de la madre, la presión arterial sanguínea, respuesta neurológica al dolor.

Síndrome de HELLP: Complicación de la preeclampsia severa o eclampsia que se caracteriza por presencia de hemólisis, disfunción hepática (enzimas hepáticas elevadas) y trombocitopenia. Ante la presencia de náusea, vómito o dolor epigástrico debe sospecharse en síndrome de HELLP. El 12 al 18% de pacientes diagnosticadas con síndrome de HELLP son normotensas, y el 13% no presenta proteinuria, por lo que se debe considerar este síndrome en las pacientes que carecen de los hallazgos clásicos de preeclampsia .

1. La transfusión de plaquetas se debe considerar antes del parto vaginal cuando el recuento de plaquetas es $< 20.000/uL$.
2. La transfusión de plaquetas se debe considerar antes de la cesárea cuando el recuento de plaquetas es $< 50.000/uL$
3. Usar sulfato de magnesio para prevención de convulsiones en HELLP
4. Los corticosteroides pueden ser considerados para las mujeres con un recuento de plaquetas

Frecuencia Respiratoria La frecuencia respiratoria es de toma obligatoria ya que cambios en estos signos vitales han sido identificados como ser el indicador más precoz y sensible del deterioro en el bienestar de la paciente (12). La evaluación de la frecuencia respiratoria debe llevarse a cabo durante 60 segundos, después de la evaluación de la frecuencia cardíaca, ya que si la mujer toma conciencia de la medición de sus respiraciones, las mismas se verán alteradas. Para realizar la técnica de la medición de la frecuencia respiratoria se debe simular la toma de frecuencia cardíaca, y se observara los movimientos de la caja torácica para el conteo (3). La frecuencia respiratoria deberá ser documentada con un valor numérico en la hoja de evolución en la sección de signos vitales, y en el formulario 051 en el espacio designado para este signo vital. Los valores normales aceptables en frecuencia respiratoria de

la gestante o puérpera son de 12 a 22 respiraciones por minuto. La taquipnea es evidencia de sepsis hasta que se pruebe lo contrario (12).

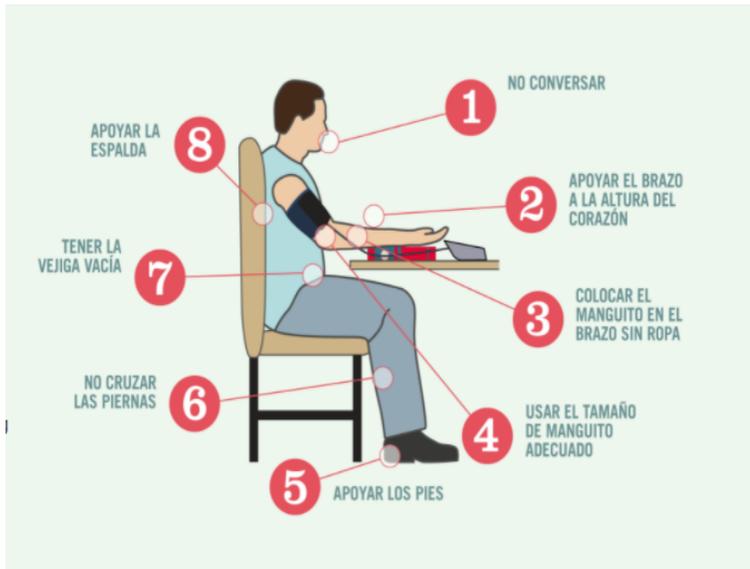
Presión sanguínea. -La presión arterial se mide utilizando un brazalete del tamaño correcto, se recomienda que la circunferencia media del brazo (CMB) debe ser medida en todas las mujeres embarazadas particularmente en aquellas con IMC > 29.9kg / m² en su primera visita prenatal. Si el CMB es > 33 cm se debe usar el brazalete de adulto grande ⁽¹⁰⁾.

Para realizar la medición, el estetoscopio debe ser colocado en el punto medio del brazo, el mismo que se determina midiendo la longitud de la parte superior del brazo, desde el hombro a la articulación de la fosa ante cubital.

Se toma el punto medio del brazo como el punto medio entre estos dos puntos de referencia ⁽¹²⁾.

Los tensiómetros deben ser calibrados cada 6 meses de manera estricta. Grabaciones electrónicas de la presión arterial pueden subestimar lecturas en hasta un 5%.

La toma de la presión sanguínea de manera electrónica puede subestimar la lectura. Se recomienda la toma de presión arterial sanguínea manual si se evidencia una presión elevada ⁽¹³⁾.



Figura# 1 Técnica correcta de control de la presión arterial

<https://www.paho.org/es/hearts-americanas/hearts-americanas-medicion-presion-arterial>

Frecuencia Cardíaca. - El sitio más comúnmente utilizado para evaluar la frecuencia cardíaca en el adulto es la arteria radial, ya que es fácilmente accesible. La arteria braquial se utiliza en la medición de la presión arterial y las arterias carótida y femoral puede ser palpado en el caso de colapso, donde el gasto cardíaco no puede ser detectado en la circulación periférica ⁽¹²⁾.

La arteria radial debe ser palpada mediante el índice y el dedo medio, en 30 segundos y se duplica si la tasa es regular, o sesenta segundos si la tasa es irregular

9 Ancho (cm)	Longitud (cm)	Circunferencia del brazo (cm)	Normal
12,0-13	0 - 23	Hasta 33	Adulto grande
12,5-13	0 - 35	Hasta 42	

Los oxímetros de pulso también dan una lectura del ritmo cardíaco. Sin embargo, si la mujer tiene una bradicardia o taquicardia detectada electrónicamente, el pulso debe ser evaluado de forma manual.

de saturación de oxígeno reflejan el porcentaje de la hemoglobina arterial saturada de oxígeno en la sangre, y se conoce como SpO₂ ⁽¹²⁾.

Los niveles de saturación de oxígeno se miden de forma rutinaria a todas las mujeres, y se prestan mayor atención en las siguientes circunstancias:

- Si la frecuencia respiratoria está fuera de los parámetros normales

- Si una condición médica / obstétrica requiere la medición de los niveles de saturación de oxígeno continuo, por ejemplo, trastorno respiratorio.

Temperatura corporal. - La temperatura debe ser registrado en el sitio apropiado (es decir, por vía oral, axilar, o timpánica) de acuerdo con las directrices locales, asegurando el uso correcto del termómetro, en el caso del SCORE MAMÁ se deberá registrar en la medida de lo posible axilar ⁽¹⁴⁾.

Los parámetros de temperatura aceptados son 35.6 a 37,2 ° C. Una caída o aumento de la temperatura y las oscilaciones fiebre puede indicar la sepsis ⁽¹¹⁾.

Nivel de Conciencia.- La respuesta neurológica es una medida de conciencia y de respuesta de la mujer gestante o puérpera ⁽¹⁾

La evaluación de respuesta neurológica debe ser documentada en la casilla correspondiente:

- Alerta

- Responde a voz

- Responde al dolor

- Ausencia de respuesta

Estado de Conciencia

- Proteinuria

Proteinuria. - La determinación de proteinuria, más la presencia de varios signos clínicos puede indicar, un trastorno hipertensivo del embarazo, una infección, una enfermedad renal subyacente, una muestra contaminada ⁽¹⁷⁾. Las pruebas positivas transitorias son generalmente insignificantes, debido a los cambios fisiológicos en el embarazo resultantes en presencia de pequeñas cantidades de albúmina y globulina en la orina ⁽¹⁰⁾. Según la Guía de práctica clínica de trastornos hipertensivos del embarazo y solamente si los métodos diagnósticos correspondientes no están disponibles, se puede realizar proteinuria en orina al azar con tira reactiva $\geq 1+$ ⁽¹⁰⁾. El método diagnóstico correspondiente es la presencia de proteinuria ≥ 300 mg en orina de 24 horas,

o relación proteinuria-creatinuria en muestra aislada es \geq de 30 mg/mmol o \geq 26 mg/mg ⁽¹⁰⁾.

Registro del score mamá. - El registro del Score Mamá en las mujeres gestantes y puérperas es obligatorio y deberá ser colocado en la historia clínica perinatal, así como en la hoja de evolución de la paciente. Manejo del puntaje del score mamá

El Score MAMÁ, consta de 6 (seis) signos vitales, y 1 (un) signo cuantitativo tal como se describió anteriormente:

- Frecuencia Cardíaca (FC)

- Presión arterial dividida en - Sistólica - Diastólica

- Frecuencia Respiratoria (FR)

- Saturación de Oxígeno (Sat)

Parámetros para valorar el estado físico de las gestantes y prevenir la muerte materna.

Clasifica la gravedad de las pacientes usada solo en los 3er nivel de atención.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DEL ECUADOR
GERENCIA DE IMPLEMENTACIÓN DE DISMINUCIÓN MORTALIDAD MATERNA
SCORE MAMÁ

Puntuación	3	2	1	0	1	2	3	Puntuación	TOTAL
FC	≤50	—	51 - 59	60 - 100	101 - 110	111 - 119	≥120	FC	
Sistólica	≤70	71- 89	—	90 - 139	—	140 - 159	≥160	Sistólica	
Diastólica	≤50	51 - 59	—	60 - 85	86 - 89	90 - 109	≥110	Diastólica	
FR	≤11	—	—	12 - 22	—	23 - 29	≥ 30	FR	
T (°C) (*)	—	≤35.5	—	35.6 - 37.2	37.3 - 38.4	—	≥38.5	T(°C)	
Sat (**)	≤85	86 - 89	90-93*	94 - 100	—	—	—	Sat	
Estado de Conciencia	—	confusa/ agitada	—	alerta	responde a la voz/ somnolienta	responde al dolor estuporosa	no responde	Estado de Conciencia	
Proteinuria (***)	—	—	—	(-)	(+)	—	—	Proteinuria	
<i>La adecuada toma de signos vitales puede salvar una vida.</i>								TOTAL SCORE MAMÁ	

Considere que en la labor de parto los valores de signos vitales podrían alterarse

(*) *Temperatura axilar*

(**) *Saturaciones de 90 a 93% en pacientes que viven sobre los 2.500 metros sobre el nivel del mar tendrán un puntaje de 0*
La Saturación se tomará sin ayuda de oxígeno suplementario

(***) *Sobre las 20 semanas de gestación*

Cada signo vital, tiene una puntuación asignada que va de 0 a 3 a la izquierda y derecha respectivamente.

Dependiendo de la variabilidad de los signos vitales se les ha asignado un puntaje altamente sensible para detectar a tiempo las gestantes o mujeres posparto con riesgos de morbilidad

Figura# 2 Tabla de parámetros de score mamá del MSP ecuador

I.1.1.-Pasos a seguir en el score mamá

Establecimientos tipo A, B, Puestos de salud y Prehospitalaria	
Puntaje	Pasos a Seguir
0	Evaluar y analizar factores de riesgo, bienestar materno-fetal y signos de alarma
1	Evalúe y analice factores de riesgo 1. Aplique Score MAMÁ c/4 horas y registre. 2. Reevalúe signos vitales. 3. Evalúe factores de riesgo y signos de alarma materna 4. Realice pruebas de bienestar fetal básicas utilizando estetoscopio, doppler fetal o campana de Pinar. 5. Considere exámenes complementarios y/o evaluación por interconsulta con especialista 6. Si revierte puntaje envíe a la casa y realice seguimiento (Agendamiento).
	Trate y refiera según el caso 1. Aplique Score MAMÁ c/ hora y registre. 2. Reevalúe signos vitales más signos de alarma. 3. Realice un diagnóstico primario basado en las Guías de Práctica Clínica. 4. Realice pruebas de bienestar fetal básicas utilizando (estetoscopio, doppler fetal o campana de Pinar) 5. Aliste, active y aplique CLAVE AZUL, ROJA O AMARILLA según sea el caso. 6. Elabore hoja de referencia (053) y envíe a nivel de capacidad resolutive según el caso. 7. Transfiera (acompañada por un profesional de salud). 8. Active cadena de llamadas: comunique a Director del establecimiento de salud y éste al Director Distrital. 9. Realice el seguimiento del caso.
≥ 5	Trate y refiera según el caso 1. Aplique Score MAMÁ c/ 30 minutos y registre. 2. Reevalúe signos vitales más signos de alarma 3. Realice pruebas de bienestar fetal básicas utilizando estetoscopio, doppler fetal o campana de Pinar. 4. Aliste, active y aplique CLAVE AZUL, ROJA O AMARILLA según sea el caso. 5. Elabore hoja de referencia (053) y envíe a establecimiento de salud de mayor complejidad según la emergencia obstétrica. 6. Transfiera acompañada por un profesional de salud. 7. Active cadena de llamadas: comunique a Director del establecimiento de salud y éste al Director Distrital o Zonal. 8. Realice el seguimiento del caso.

Figura# 3 pasos de seguir Guía del MSP Ecuador

Manejo de los trastornos hipertensivos del embarazo con criterio de severidad en establecimientos de salud del primer nivel tipo C y hospitales

1.1.1.-Activación de la Clave Azul. - La activación la realiza el primer profesional de salud que tiene contacto con la mujer que presenta un trastorno hipertensivo del embarazo con criterio de severidad. Esta activación de la clave azul puede ocurrir en el servicio de emergencia, en los pasillos, quirófanos, sala de labor de parto, sala de posparto, hospitalización o en cualquier otro servicio en donde se encuentre la paciente gestante o puérpera, por lo tanto, se debe definir un mecanismo rápido y eficiente para la activación del mismo que garantice que sea escuchado por el personal involucrado, sin

necesidad de realizar múltiples llamadas, por lo que se sugiere que sea por altavoz, alarma o timbre.



Figura# 4 ubicación del equipo de salud, Guía del MSP ecuador

- 1.1.2.-Ante la presencia de uno o más criterios de severidad realice:
1. Examen físico completo incluyendo evaluación de la vitalidad fetal con auscultación o empleo de Doppler fetal si dispone.
 2. Asegure dos accesos venosos con catéter No 16 o N°18.
 3. Proporcione oxígeno suplementario con mascarilla a 10 litros/minuto o anula nasal a 4 litros por minuto en caso de haber mascarilla.
 4. Coloque sonda vesical a drenaje con bolsa de recolección.
 5. Inicie sulfato de magnesio

Tratamiento con sulfato de magnesio en preeclampsia para prevención de convulsiones

<p>Dosis de impregnación en preeclampsia para la prevención de convulsiones: sulfato de magnesio 4 g IV en 20 minutos¹⁹.</p> <p>La presentación del sulfato de magnesio al 20% viene en ampolla de 10 mL (líquido parenteral), y cada ampolla contiene 2 g de sulfato de magnesio.</p>	<p>E - 1a</p> <p>R - A</p>
<p>Administración IV en bomba de infusión: diluya dos ampollas de sulfato de magnesio al 20% (20 mL corresponde a 4 g), en 80 mL de solución isotónica y administre el volumen total de 100 mL en bomba de infusión a razón de 300 mL/hora.</p> <p>De no disponer de bomba de infusión se debe administrar la preparación indicada con equipo de venoclisis a razón de 101 gotas por minuto.</p> <p>La paciente puede tener síntomas vasomotores como calor y rubor facial más acentuados mientras la infusión es más rápida. Si el sofoco causado es intolerable se debe reducir la velocidad de administración.</p>	
<p>Dosis de mantenimiento para prevención de convulsiones: sulfato de magnesio IV a razón de 1 g/hora en infusión continua¹⁰.</p>	<p>E - 1b</p> <p>R - A</p>
<p>Preparación para infusión IV en bomba de infusión: diluya cinco ampollas de sulfato de magnesio al 20% (50 mL corresponde a 10g), en 450 mL de solución isotónica y administre el volumen total de 500 mL a razón de 50 mL/hora.</p> <p>De no disponer de bomba de infusión se debe administrar la preparación indicada con equipo de venoclisis a 17 gotas por minuto.</p> <p>La opción presentada es solo una opción de administración; el personal médico o de enfermería puede optar por cualquier dilución.</p>	

<p align="center">CUADRO DE PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE SULFATO DE MAGNESIO EN PREECLAMPSIA</p>
<p>IMPREGNACIÓN: 20 mL de SULFATO DE MAGNESIO al 20% (4g) + 80 mL de SOLUCIÓN ISOTÓNICA, pasar a 300 ml/hora en bomba de infusión o 101 gotas/minuto con equipo de venoclisis en 20 minutos</p>
<p>MANTENIMIENTO: 50 mL de SULFATO DE MAGNESIO al 20% (10g) + 450 mL de SOLUCIÓN ISOTÓNICA, pasar a 50 mL/hora en bomba de infusión o 17 gotas /minuto con equipo de venoclisis (1g/hora)</p>

Figura# 5 cálculo de dosis para la administración de sulfato de magnesio Guía del MSP Ecuador

1.1.3.-Intervenciones de enfermería

- Control de los signos vitales cada 4/h y por razones necesarias.
- Administración de Oxígeno
- Abrir balance Hídrico
- Colocación de sonda vesical para el control de orina y balance hídrico
- Canalización de vía periférica
- Medidas de seguridad para evitar caídas por su nivel de conciencia

1.1.4.-Administración de sulfato de magnesio cuidados de enfermería

La administración de los medicamentos previa prescripción médica

Las convulsiones recurrentes deben tratarse con un bolo adicional de 2 g de sulfato de Magnesio en 5 a 10 minutos y un incremento de la infusión de mantenimiento a 2 g o 3 g/hora, con un monitoreo clínico frecuente para detectar signos de intoxicación por magnesio como pérdida del reflejo rotuliano, frecuencia respiratoria < de 12 por minuto. No se debe exceder la administración de 8 g del sulfato de magnesio sumados los bolos adicionales a la dosis de impregnación en caso de persistencia de convulsiones. Si dos de estos bolos no controlan las convulsiones otros fármacos deben considerarse.

- Diazepam 5 a 10 mg IV cada 5 a 10 minutos a una velocidad \leq a 5 mg/min y la dosis máxima de 30 mg. El Diazepam controla las convulsiones a los 5 minutos en más del 80% de las pacientes ⁽²⁷⁾.
- Midazolam 1 a 2 mg IV en bolo a una velocidad de 2mg/min. Se pueden administrar bolos adicionales cada 5 minutos hasta que cedan las convulsiones 65 (dosis máxima de 7.5 mg) ⁽¹⁰⁾.

En caso de Toxicidad por el sulfato de magnesio, aplicar gluconato de calcio al 10%, 1 g por vía intravenosa en 10 minutos.

Sulfato de Magnesio ($MgSO_4$)	
Signos de intoxicación	
SIGNOS TEMPRANOS	SIGNOS TARDÍOS- hasta niveles tóxicos
<ul style="list-style-type: none">• piel caliente• piel con rubor• sed fuerte• sudor profuso• depresión en los reflejos• flacidez del cuerpo	<ul style="list-style-type: none">• ansiedad• letargo• dificultad para hablar• depresión respiratoria- < 12/minuto respiraciones/minuto• eliminación de orina < 30 ml por hora• reflejos débiles o ausentes

Figura# 6 atención a los efectos adversos del sulfato de magnesio

Una vez estabilizada la paciente realice:

- Controle y registre signos vitales (TA, FC, FR, O2, sensorio), frecuencia cardiaca fetal y reflejos ostiotendinosos cada 15 minutos.
- Controle y registre diuresis.
- Asegure el suministro de oxígeno suplementario

- Evaluar continuamente la presencia de signos premonitorios o signos de encefalopatía hipertensiva.
- Evaluar el resultado de exámenes para descartar o diagnosticar Síndrome HELLP ⁽²⁸⁾.

1.1.5.-Manejo del Síndrome de HELLP

Tratamiento del Síndrome HELLP

No se recomienda la transfusión profiláctica de plaquetas, incluso antes de la cesárea, cuando el recuento de plaquetas sea > 50.000/uL y no hay sangrado excesivo o disfunción plaquetaria ⁴⁴ .	R - D
Para un recuento de plaquetas \geq 50.000/uL con hemólisis, enzimas hepáticas elevadas, síndrome de plaquetas bajas, la transfusión de plaquetas y/o paquetes globulares deben ser considerados antes de cesárea o parto vaginal sólo si hay sangrado activo excesivo, disfunción plaquetaria, el número de plaquetas cae rápidamente, o coagulopatía ¹⁰ .	R - B
Debería considerarse la posibilidad de ordenar los productos sanguíneos, incluyendo plaquetas, cuando el recuento de plaquetas es <50.000/uL, el recuento de plaquetas esté cayendo rápidamente, y/o si hay coagulopatía ⁴⁴ .	R - D
La transfusión de plaquetas se debe considerar antes del parto vaginal cuando el recuento de plaquetas es < 20.000/uL ¹⁰ .	R - D
Con plaquetas de entre 20.000 /uL a 40.000 x 10 ⁹ /uL con hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y plaquetas bajas, transfusión de plaquetas debe ser considerados antes de parto vaginal si hay es el sangrado activo excesivo, disfunción plaquetaria, el número de plaquetas cae rápidamente, o coagulopatía ¹⁰ .	R - D
La transfusión de plaquetas se recomienda antes de la cesárea cuando el recuento de plaquetas es <50.000/uL ¹⁰ .	R - D
Los corticosteroides pueden ser considerados para las mujeres con un recuento de plaquetas <50.000/uL.	R - D

Figura# 7 de la Guía del MSP ecuador

1.1.6.-Manejo de la clave roja

hemorragias obstétricas

La activación la realiza la primera persona de salud que tiene contacto con la paciente que presenta sangrado. La activación de la clave roja puede ocurrir en el servicio de emergencia, pasillos, quirófanos, sala de labor de parto, sala de posparto, hospitalización o en cualquier otro servicio en donde se encuentre toda paciente gestante o púérpera, por lo tanto, se debe definir un mecanismo rápido y eficiente para la activación del mismo que garantice que sea

escuchado por el personal involucrado, sin necesidad de realizar múltiples llamadas, por lo que se sugiere que sea por altavoz, alarma o timbre.

Figura# 8 de la Guía del MSP Ecuador



Active la clave roja

1. Todo el equipo de salud que atiende a la paciente obstétrica debe estar familiarizado con los signos clínicos de shock hemorrágico.
2. El grado de shock lo establece el peor parámetro encontrado (basado en la clasificación de Basket)
3. Ante Signos de shock y/o cálculo de sangrado superior a 1000ml
4. Activar al servicio de laboratorio y banco de sangre (donde sea disponible)
5. Alertar al servicio de transporte ambulancia por si la necesidad es de transferencia

Pérdida de Volumen en % y ml para una mujer embarazada de 50-70Kg	Sensorio	Perfusión	Pulso Lat/min	PA Sistólica mmHg	Grado de shock	Cristaloides a infundir en la primera hora
10-15% 500-1000	Normal	Normal	60-90	Normal	Compensado	Ninguno
16-25% 1000-1500	Normal y/o Agitada	Palidez, frialdad	91-100	80-90	Leve	3000-4500
26-35% 1500-2000	Agitada	Palidez, frialdad más sudoración	101-120	70-80	Moderado	4500-6000
>35 % 2000-3000	Letárgica, inconsciente	Palidez, frialdad más sudoración más llenado capilar >3"	>120	<70	Severo	>6000

Adaptado de Fescina R, De Mucio B, Ortiz E, Jarquin D. Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas. Montevideo: CLAP/SMR; 2012. (CLAP/SMR. Publicación Científica; 1594)

Figura# 9 de la Guía del MSP ecuator

Figura# 11 de la Guía del MSP Ecuador

De 1 a 20 minutos
 1. El equipo debe colocarse en sus posiciones asignadas, para realizar las funciones establecidas.

Diagnostique y Trate la causa	Estabilice y Decida
Primer trimestre del embarazo: -aborto y sus complicaciones, ectópico, mola.	1. Colocación del traje antishok no neumático. 2. Examen físico completo de la madre, más evaluación de vitalidad fetal (no aplica en posparto) con auscultación o empleo de doppler fetal si dispone
Segundo y tercer trimestre: -placenta previa, desprendimiento de placenta, ruptura uterina.	3. Asegure dos accesos venosos con catéter N° 16 o N°18. 4. Proporcione oxígeno suplementario con mascarilla a 10 litros/minuto o anula nasal a 4 litros por minuto en caso de haber mascarilla.
Hemorragia posparto: - 4T TONO TRAUMA TEJIDO, TROMBINA	5. Coloque sonda vesical a drenaje con bolsa de recolección Suministre oxígeno, máscara o Venturi 10 litros /minuto o cánula nasal 4litros /minuto 6. Mantenga temperatura corporal 7. Tome muestra para exámenes (usar tubo tapa roja, lila y celeste) -Biometría hemática con contaje de plaquetas -TP, TTP -Grupo sanguíneo y factor Rh -Fibrinógeno 8. Inicie bolo de cristaloides de 500ml cada 30 minutos y valore luego de cada 500 ml infundidos, ya que la reposición de la volemia es adecuada si se cumplen los 4 siguientes requisitos: a. Presión arterial sistólica igual o mayor a 90 mmHg. b. Diuresis mayor a 30 ml por hora o mayor o igual a 0.5 ml/kg/h. c. Temperatura mayor a 35° C d. Llenado capilar en las uñas menor de 3 segundos. e. Sensorio normal y pulso radial presente.
	9. Al normalizar todos los parámetros

Manejo avanzado

1. Disponer de quirófano, hemoderivados, unidad de cuidados intensivos
2. Monitoreo continuo de signos vitales y estado de conciencia
3. Mantener infusión de líquidos
4. Manejo por hematología, ginecología, intensivista
5. Reevaluar tiempos de coagulación, fibrinógeno, dímero D
6. Realizar Gasometría

7. Si Plaquetopenia $\leq 50.000/\text{ml}$: reponer plaquetas, cada unidad de 50 ml aporta 5000-8000 plaquetas/ ml.(Dr Rojas pone cada unidad de plaquetas aporta de 5000 a 10000 plaquetas/uL.
8. Si TP /TTP son mayores a 1.5 veces, utilizar plasma fresco congelado, dosis 12- 15 ml/kg.
9. Si fibrinógeno menor a 100 mg/dl o TP/TTP no se corrige con el plasma, administrar crioprecipitado, dosis 2ml/ kg.
10. Inicie sangre A, B, O RH especificas con pruebas cruzadas
11. Conserve el volumen circulatorio
12. Mantenga actividades de hemostasia
13. Evalúe necesidad de cirugía
14. Evalúe necesidad de unidad de cuidados intensivos
15. No cuenta con UCI TRANSFIERA

Los Objetivos principales son proveer de manera emergente la oxigenación y perfusión apropiada, además de mantener un nivel apropiado de factores de coagulación la Sociedad de Gineco-obstetricia recomienda las siguientes actividades:

Paquete de Glóbulos Rojos Considerar transfusión si la pérdida es mayor del 30% y está causando inestabilidad hemodinámica, o la pérdida se calcula mayor de 1500ml con sangrado activo.

En casos de emergencia y por la falta de resultados de laboratorios inmediatos, se puede administrar 2 paquetes de glóbulos rojos O negativo, hasta obtener las pruebas cruzadas. En los casos de una rápida pérdida masiva de volemia los resultados de laboratorio tienen utilidad limitada, sin embargo si las condiciones de la paciente lo permitieran si la hemoglobina es menor de 7g/dl, se considera hemoderivados. Cada paquete aumenta un 3% al hematocrito y 1g/dl a la hemoglobina ⁽¹⁹⁾.

Plaquetas Las indicaciones en la paciente obstétrica con sangrado activo la transfusión de está indicada para mantener el contaje por encima de 50.000/ mm³. Si es necesario cirugía se debe mantener entre 80- 100.000/mm³ ⁽¹⁹⁻²⁰⁾. Cada unidad de plaquetas incrementa el nivel de 5.000 a 10.000

plaquetas/mm³. No tienen que ser tipo específicas, pero si no son compatibles tienen una vida media más corta. En la paciente Rh negativa lo ideal es que las plaquetas a transfundir sean negativas, pero si no hay disponibles se puede transfundir con positivas y colocar después inmunoglobulina anti D (20-21).

Plasma fresco congelado Al ser congelado de -18 a -30 grados centígrados, se requieren 30 minutos para descongelarlo a temperatura ambiente. Contiene todos los factores de la coagulación y proteínas de la sangre total.

Las indicaciones: reemplazar los factores de la coagulación en hemorragia masiva, coagulación intravascular diseminada (CID) y reversar el efecto de la warfarina, TP y/o TPTa 1,5 veces el valor normal. Se debe utilizar plasma tipo específico, pero no es necesario realizar pruebas cruzadas ni tiene que ser Rh específico ⁽¹⁹⁻²⁰⁻²¹⁾. 44

Crioprecipitados Las indicaciones de administración de crioprecipitados cuando el Fibrinógeno < 100 mg/dl, si el TP y el TPTa no corrigen con la administración adecuada de plasma fresco congelado. Cada bolsa de crioprecipitado de 15 a 20 ml. contiene 200 a 300 mg de fibrinógeno y 100 unidades de factor VIII, von Willebrand, XIII y fibronectina. La dosis es 1-2 ml/k ⁽²²⁾.

CLAVE AMARILLA

1.1.7.-Manejo de la clave amarilla

Activación de la Clave La activación la realiza la primera persona de salud que tiene contacto con la paciente que presenta signos de SIRS, Sepsis severa o choque séptico.

Deberá ser médico ginecólogo, o médico general, obstetra u profesional de salud capacitado y con mayor experiencia en el manejo de trastornos hipertensivos severos del embarazo. Sin embargo, el médico especialista deberá acudir dentro de los primeros 20 minutos para la toma decisiones.

Esta persona debe estar posicionada en la parte inferior del cuerpo a nivel de la pelvis (útero). Sus funciones son:

1. Organiza el equipo

2. Con la información de los signos vitales y score mamá clasificara el grado de severidad del compromiso de la gestante: SIRS, Sepsis Severa o Choque séptico obstétrico.
3. Buscar la causa de SIRS, Sepsis, sepsis severa o choque séptico
4. Previa antisepsia evacua vejiga y coloca sonda Foley para medición de excreta urinaria
5. Toma de decisión de traslado o de asumir el caso de acuerdo a la capacidad resolutive de la unidad.
6. Ordena la aplicación de los antibióticos, previa realización de cultivos que no demoren más de 45 minutos, caso contrario iniciar tratamiento empírico.
7. Verifica continuamente las funciones de los asistentes y circulante y define cambios a realizar dependiendo de la evolución clínica de la paciente.
8. Brindar la información requerida para los familiares o acompañantes a través del circulante. (4)

Asistente 1.- el profesional de salud que se encuentre identificado y capacitado para realizar las funciones:

1. Se coloca en la cabecera de la paciente
2. Explicar a la paciente brevemente los procedimientos a seguir y brinda confianza
3. Permeabiliza la vía aérea con elevación de mentón en casos de pacientes con alteración del estado de conciencia. Maniobra de elevación de mentón: los dedos de una mano se colocan bajo la mandíbula, se jala un poco hacia arriba para llevar el mentón hacia adelante, el pulgar de la misma mano baja el labio inferior para abrir la boca. No se debe sobre extender el cuello.
4. Suministra el oxígeno suplementario con mascarilla a 10 litros/minuto o anula nasal a 4 litros por minuto en caso de haber mascarilla.
5. Tomar la presión arterial, el pulso, frecuencia respiratoria, temperatura, saturación de oxígeno y monitoriza eliminación urinaria y calcula el score mamá.
6. Registra eventos con tiempos en el formulario de la clave amarilla.
7. Revalúa el estado de choque luego de la administración de medicamentos e informa al coordinador.
8. Puede colaborar con el coordinador en la realización de procedimientos.
9. Cubre a la paciente para evitar la hipotermia

10. Si la paciente está embarazada con más de 20 semanas de gestación, verifica que este en posición con desviación uterina a la izquierda. (3)

Asistente 2.- profesional de salud que se encuentre identificado y capacitado para realizar las funciones:

1. Apertura del kit amarillo
2. Se coloca a un lado de la paciente
3. Garantizar el acceso de dos vías venosas con catéter N16 o 18, una en cada brazo. (Ideal brazo izquierdo medicación brazo derecho hidratación o manejo de fluidos)
4. Toma muestras sanguíneas en los tres tubos (tapa roja lila y celeste) y toma muestras para cultivos.
5. Realizar gasometría
6. Realiza las ordenes de laboratorio e imagen (Hemoglobina, hematocrito, plaquetas, tp, ttp, fibrinógeno, VSG, determinación de grupo sanguíneo Rh, y pruebas cruzadas, transaminasas, función renal, urea creatinina, bilirrubinas, lactato, procalcitonina) (cultivos para anaerobios, aerobios,), (radiografía, eco sonografía o resonancia)
7. Aplica los líquidos y medicamentos ordenados por el coordinador
8. Puede colaborar con el coordinador en la realización de procedimientos

Circulante. - profesional de salud que se encuentre identificado y capacitado para realizar las funciones:

1. Marca los tubos de las muestras sanguíneas y de cultivos
2. Garantiza que las muestras lleguen al laboratorio y que inicie el procesamiento
3. Garantizar que los profesionales de imagen de la unidad de salud acuden para la realización de exámenes a lado de la cama
4. Llama a más personal de acuerdo al requerimiento del coordinador
5. Puede ser requerido por el coordinador para asistir en un procedimiento
6. Establece contacto con la familia para mantenerla informada, y la información la define el coordinador
7. Encargado de activar la Red para realizar transferida si el caso lo amerita.
8. Llenado de formulario 053 para transferencia si el caso lo amerita ⁽²²⁾.



Hora Dorada (Reanimación Inicia) Reconocimiento temprano de la sepsis es de suma importancia porque la resucitación agresiva para restaurar y mantener la perfusión tisular dentro de las primeras 6 horas, mejora significativamente la supervivencia. Las metas de la reanimación: -Presión arterial media $> 65\text{mmHG}$ -Gasto Urinario $> 0.5\text{ ML/KG/HORA}$ -Saturación por oximetría $> \text{o igual a } 70\%$ - PVC 8 a 12 (mmHg)

1.1.8.-Aplicar el score obstétrico para identificar signos y síntomas de gravedad

2. Examen físico completo de la madre, más evaluación de vitalidad fetal (si está embarazada) con auscultación o empleo de doppler fetal si dispone 54

3. Asegure dos accesos venosos con catéter N° 16 o N°18.

4. Proporcione oxígeno suplementario con mascarilla a 10 litros/minuto o anula nasal a 4 litros por minuto en caso de haber mascarilla.

5. Coloque sonda vesical a drenaje con bolsa de recolección Suministre oxígeno, máscara o Venturi 10 litros /minuto o cánula nasal 4litros /minuto

6. Mantenga temperatura corporal

7. Tome muestra para exámenes de sangre (usar tubo tapa roja, lila y celeste) y cultivos

-Biometría hemática con conteo de plaquetas -TP, TTP -Grupo sanguíneo y factor Rh -Lactato sérico -VSG y Proteína C reactiva - Función Renal y Hepática -Glicemia -Fibrinógeno

-Hemocultivos para anaerobios y aerobios

8. Realizar Gasometría arterial

9. Tomar cultivos de nasofaringe y secreción vaginal

10. Si no se consigue el objetivo de saturación de oxígeno, considerar fluidos y transfusión de glóbulos rojos concentrado, para mantener hematocrito mayor

o igual y/o iniciar infusión de dobutamina (dosis máxima 20mgr (min) en pacientes con disfunción miocárdica)

11. Iniciar protección gástrica, de acuerdo a protocolo con remitidita u omeprazol de acuerdo a disponibilidad.

12. Iniciar antibióticos, sin que la obtención de los cultivos retrase la administración de antibióticos más 45 minutos (HORA DORADA), caso contrario iniciar tratamiento empírico de 1 o más antibióticos que tengan efectividad contra todos los patógenos, bacterias, hongos y viral. Y que penetren en concentraciones adecuadas a la fuente de la sepsis de acuerdo al protocolo tomando en cuenta:

- Historia de la paciente.

- Intolerancia a medicamentos

- Aplicación de antibióticos 3 meses previos

- Susceptibilidad de los patógenos en la comunidad y en el hospital previamente documentada - Enfermedades subyacentes de la paciente
Administrar antibiótico de amplio espectro

- Ampicilina/sulbactam 1,5 a 3,0 g IV cada 6 horas + Clindamicina 600 mg IV cada 6horas.

- Ceftriaxona 1 g IV cada 12 horas + Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas

- Piperacilina Tazobactam 4.5 g IV cada 6 horas.

- Gentamicina 3-5 mg/kg

NOTA: Cada unidad de salud de tercer nivel de acuerdo a su evidencia podrá manejar un protocolo de antibioticoterapia de acuerdo a sus protocolos internos ⁽²³⁾.

13. Restitución de Líquidos - Usar cristaloides o coloides: Administrar 1 lt de cristaloides, o 300 a 500 ml de coloide por 30 minutos, aumentar la velocidad si hay hipoperfusión. 55 -PVC >8 (en ventilación mecánica >12 mmHg)

14. Vigilancia Fetal

-Debe establecerse el momento preciso en el que el feto se encuentra con riesgo de pérdida de bienestar

-Elaborar un plan de seguimiento fetal que permite un momento óptimo para interrumpir la gestación

-En caso en el que el feto no se encuentre en etapas de viabilidad (dada por cada centro hospitalario) que según la literatura mundial es de 26 semanas, la conducta debe basarse en el riesgo materno y no en el estado fetal.

-La monitorización fetal está indicada a una edad gestacional compatible con el potencial de supervivencia extrauterina. Circunstancias en las cuales está indicada la interrupción del embarazo son:

- Deterioro considerable del estado materno
- Restricción del crecimiento intrauterino severo
- Anhidramnios
- Flujo diastólico reverso u ausente de arteria umbilical
- Madurez pulmonar fetal (5)

15. Iniciar asistencia hemodinámica y tratamiento auxiliar de acuerdo a las recomendaciones del protocolo de manejo de sepsis.

En un plazo de 3 horas

1. Medir el nivel de lactatos
2. Administrar antibiótico de amplio espectro
3. Administrar 30 ml/kg de cristaloides en caso de hipotensión a pesar de la reanimación inicial o si el lactato está menor a 4mmol/litro

En un plazo de 6 horas

1. Aplicar vasopresores en hipotensión que no responde a la reanimación inicial con fluidos de acuerdo a protocolo
2. En caso de hipotensión arterial persistente:
 - Medir presión venosa central
 - Medir saturación de oxígeno venosa central
 - Volver a medir lactato si inicialmente era elevada
3. Considerar las indicaciones de ingreso a cuidados intensivos de acuerdo a protocolo de sepsis obstétrica
4. En pacientes embarazadas considerar las potenciales indicaciones maternas y fetales (parto), de acuerdo a las mencionadas en el protocolo de sepsis obstétrica ⁽²⁴⁾.

CAPITULO II PATOLOGÍAS DEL I TRIMESTRE DEL EMBARAZO

2.1. Anemia en el embarazo

2.1.1. La anemia es la más frecuente de las enfermedades que se pueden desarrollar en un embarazo donde ocurren cambios fisiológicos en la volemia durante la gestación y aumenta el consumo de hierro elemental por las necesidades del feto en desarrollo y de la placenta (6).



Figura# 12<https://es.slideshare.net/miguelfloresrincon/anemia-en-el-embarazo-25810672>

2.1.2. Manifestaciones clínicas

Los síntomas pueden ser vagos o crónicos, pero por lo general son asintomáticas. Se puede observar palidez cutánea y mucosa y tendencia a la fatiga, las formas más severas presentan un síndrome anémico dado por: laxitud, “cansancio de muerte”, irritabilidad, astenia, nerviosismo, cefalea, anorexia, entre otros.

En los casos de anemia muy severa puede haber manifestaciones digestivas, circulatorias y del sistema neuromuscular, como son: alteraciones del apetito, pirois, ardor lingual y bucal, flatulencia, etc. En ocasiones, puede haber manifestaciones de insuficiencia cardíaca y cardiomegalia, la paciente también puede tener dolores neurálgicos, adormecimiento de las extremidades, sensación de hormigueo, etc.(6)

2.1.3. Factores de riesgo de la patología.

Menstruaciones con sangrado abundante.

Dietas con bajo contenido de hierro.

Dietas para bajar de peso.

Embarazos previos.

Intolerancia al hierro por vía oral.

Parasitismo intestinal.⁽²⁾

2.1.4. Complicaciones

Efectos en el embrión y en el feto. Estos son muy sensibles a la hipoxia, la cual provoca diferentes consecuencias para estos. En la fase de pre-implantación, la hipoxia, rara vez, provoca alteraciones en el desarrollo del huevo, pero en la fase de organogénesis, la hipoxia severa se puede acompañar de retraso del desarrollo del embrión y originar anomalías de este.

En el período de fotogénesis, la insuficiencia de oxígeno causa, por lo habitual, hipertrofia e hipoxia (sobre todo si esta hipertrofia se asocia a otra enfermedad), por ejemplo, el crecimiento intrauterino retardado (CIUR) puede ocasionar una anemia crónica (5)

Efectos en la madre durante el embarazo y el parto. La anemia por déficit de hierro hace que la embarazada sea, en particular, susceptible a infecciones e incrementa el riesgo de hemorragias en el puerperio. Las mujeres con anemia grave (hemoglobina menor que 8 g/100 mL) son sintomáticas y en casos más graves pueden llegar a presentar falla cardíaca.

La anemia crónica limita la cantidad de oxígeno disponible para el intercambio fetal, por lo que hay mayor riesgo de aborto y parto prematuro (7).

2.1.5. Exámenes de laboratorio y de imágenes que permiten diagnosticar la enfermedad.

Los complementarios que se deben indicar son los siguientes:

1. Hemoglobina y hematocrito: disminuidos.
2. Hierro sérico: disminuido.

3. Discapacidad total: aumentada.
4. Índice de saturación: disminuido.
5. Protoporfirina eritrocitaria: aumentada.
6. Lámina periférica: normocítica hipocrómica.(8)

2.1.6. Procedimiento de enfermería para la administración de hierro

Patología	Procedimiento
ANEMIA	TECNICA Z PARA ADMINISTRACIÓN DE HIERRO IM E INTRAVENOSO
Hierro dextrán (inferón):	Se suministra por vía intramuscular profunda con agujas largas y se estira la piel hacia un lado para introducirla, y así, al retirarla, el sitio de punción quede cubierto y no haya salida del medicamento que mancha la piel, por lo que no se dan masajes. Se debe observar efectos o reacciones secundarias como son: escalofríos, fiebre, temblores, sarcoma local, shock y muerte. Como en toda técnica se deben extremar las medidas de asepsia y antisepsia mediante el correcto lavado de las manos y la utilización de un material debidamente esterilizado.
Sacarato de óxido de hierro:	se suministra por vía intravenosa en una venoclísis de 500 ml de solución salino, el medicamento se adiciona después de haber regulado el goteo, para evitar reacciones secundarias. Se canaliza previamente la vena con un trocar, se pasan 5 ml de solución salina y, al terminar la venoclísis, se pasa nuevamente solución salina para evitar que queden restos del medicamento.

2.1.7. Cuidados de enfermería.

Indicaciones para Enfermería en la toma y administración de sales ferrosas

Por vía oral, como son:

- a) Suministrarlas alejado de las comidas, de ½ a 1 h antes de estas, pues disminuye su reabsorción intestinal, si se brinda junto con los alimentos.
- b) Tener presente sus reacciones secundarias como son: anorexia, náuseas, vómitos, cólicos, diarreas y constipación, que son moderadas y tienden a desaparecer con la continuidad del tratamiento.
- c) Reconocer que, en pacientes con intolerancia a la vía oral, cifras muy bajas de hemoglobina (menos que 8,5 g/L) o respuesta

insuficiente a la medicación oral antes del trimestre, se debe recurrir a la vía parenteral. (htt4)

2.1.8.-Caso clínico

Paciente Gestante de 25 años de edad, con antecedentes obstétricos de G2 P0 A1 (provocado) y con edad de gestación de 30 semanas. Se encuentra ingresada en la sala de gestantes del Hospital Materno infantil, por presentar cifras de hemoglobina igual a 9 g/L y hematocrito de 24.7%.

Al examen físico se observa palidez cutánea y mucosa, cierta tendencia a la fatiga, temperatura de 36 °C, pulso de 88 lat/min y una presión arterial de 110/80 mm/Hg. La paciente refiere no tener buen apetito.

2.1.9.-Cuidados generales

La labor de la enfermera es brindar un cuidado al paciente con principios científicos por lo cual al saber todo lo referente con la anemia se puede realizar las intervenciones cuando la persona se encuentra hospitalizada como:

- Educar al paciente acerca de su patología.
- Suministrar oxígeno ya que el nivel de hemoglobina ha bajado y esto quiere decir que no hay suficiente oxigenación en los tejidos.
- Administración de medicamentos como:
 - Ácido fólico
 - Sulfato ferroso
 - Vitamina b 12
- explicar los efectos adversos de estos como en el caso específico de le sulfato ferroso, que ocasiona que haya un cambio en el aspecto de las heces ya que se cambian su color normal por un negro.
- Vigilar el peso corporal diario.
- Vigilar la ingesta de líquidos administrados y eliminados
- Cuidados con la piel.

- Cuidados con la transfusión de sangre si es necesaria.

2.1.10.-Plan de Cuidados

Estado en que el individuo carece de la energía física o psíquica suficientes para desarrollar o acabar las actividades cotidianas que requiere o desea.

La Intolerancia a la actividad es un criterio diagnóstico que describe a una persona con una condición física comprometida. Este individuo puede recibir terapias para aumentar la fuerza y la resistencia. La Intolerancia a la actividad es distinta a la Fatiga; la Fatiga es una sensación subjetiva persuasiva desgastante. El reposo es una terapia para la Fatiga, pero también puede causar cansancio. Por otra parte, en la Intolerancia a la actividad, el objetivo es aumentar la tolerancia y la resistencia de la actividad; en la Fatiga, el objetivo es ayudar a que el individuo se adapte a la fatiga, no para aumentar la resistencia.

Suele estar relacionado con

Reposo en cama o inmovilidad; debilidad generalizada; sedentarismo; desequilibrio entre aportes y demandas de oxígeno.

Se manifiesta por las siguientes características

Malestar o disnea de esfuerzo, informes de fatiga o debilidad; cambio anormal de la frecuencia cardíaca o presión arterial al realizar las actividades habituales.

Cambios electrocardiográficos indicadores de arritmias o isquemia cardíaca.

Características definitorias

Subjetivas

Malestar o disnea al efectuar esfuerzos.

Referencias verbales de sentir fatiga o debilidad.

Objetivas

Alteraciones en:

La frecuencia cardíaca.

La tensión arterial.

La frecuencia respiratoria ante la actividad.

Cambios electrocardiográficos indicadores de:

Arritmias.

Isquemia.

Factores relacionados

Reposo en cama e inmovilidad.

Debilidad generalizada.

Estilo de vida sedentario.

Desequilibrio entre las demandas y el aporte de oxígeno.

IMPORTANTE: estos factores se recogen en la NANDA internacional. Son secundarios a una gran variedad de trastornos físicos y psíquicos, como depresión, cardiopatías (p. ej., insuficiencia cardiaca congestiva), enfermedades pulmonares (p. ej., enfisema), nefropatías, cáncer, anemia, obesidad, infecciones (p. ej., mononucleosis) y encamamiento prolongado.

La intolerancia a la actividad provoca frecuentemente otros problemas, como déficit del autocuidado, aislamiento social o lactancia materna ineficaz, y se puede utilizar mejor como la etiología de estos otros problemas.

En la intolerancia a la actividad hay que especificar el grado de tolerancia (Gordon, 1994, pág. 110):

Nivel I: camina normalmente en llano, pero le falta el aire antes de lo normal cuando sube uno o más pisos de escaleras

Nivel II: recorre una manzana o 150 metros en llano, o sube un piso despacio sin detenerse

Nivel III: camina menos de 150 metros en llano sin pararse y es incapaz de A subir un piso sin detenerse

Nivel IV: disnea y cansancio en reposo

Lo que sigue constituye un ejemplo de un diagnóstico de “déficit del autocuidado (total) relacionado con intolerancia a la actividad (nivel IV)”

Otros posibles diagnósticos

Fatiga (la intolerancia a la actividad mejora con el reposo, la fatiga no)

Déficit de autocuidado: alimentación

Déficit de autocuidado: baño/higiene

Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento

Déficit de autocuidado: uso del orinal/wc

Resultados NOC

Autocuidado: actividades básicas de la vida diaria (AVD): capacidad para realizar las tareas físicas y actividades del cuidado personal más básicas de forma independiente, con o sin dispositivos auxiliares

Autocuidado: actividades instrumentales de la vida diaria (AVDI): capacidad para realizar las actividades necesarias para funcionar en el hogar o en la comunidad de forma independiente, con o sin dispositivos auxiliares

Conservación de la energía: acciones personales destinadas a gestionar la energía necesaria para iniciar y realizar actividades

Energía psicomotora: deseo personal y energía para realizar las actividades de la vida diaria, nutrición y seguridad personal

Forma física: realización de actividades físicas de forma activa

Resistencia: capacidad de mantener una actividad

Tolerancia a la actividad: respuesta fisiológica a los movimientos que consumen energía durante las actividades cotidianas

Objetivos/criterios de evaluación

Ejemplos con los términos NOC

Tolera la actividad habitual, puesta de manifiesto por tolerancia a la actividad, resistencia, conservación de la energía, buena forma física, energía psicomotriz y autocuidado: AVD (y AVDI)

Presenta tolerancia a la actividad, manifestada por los siguientes indicadores (especificar de 1 a 5: comprometido gravemente, sustancialmente, moderadamente, levemente o no comprometido):

Saturación de oxígeno en la actividad

Frecuencia respiratoria en la actividad

Capacidad de hablar cuando realiza una actividad física

Presenta conservación de la energía, manifestada por los siguientes indicadores (especificar de 1 a 5: nunca, rara vez, a veces, a menudo, habitualmente)

Reconoce las limitaciones de energía

Equilibra la actividad y el reposo

Organiza las actividades para conservar la energía

Otros ejemplos

El paciente será capaz de:

Identificar actividades o situaciones generadoras de ansiedad que puedan contribuir a la intolerancia a la actividad

Participar en actividades físicas necesarias con un aumento adecuado de la frecuencia cardíaca y respiratoria, y de la presión arterial, y vigilar que esos patrones se mantienen dentro de los límites normales

Lograr antes de (fecha propuesta) un nivel de actividad de (especificar el grado deseado según la lista de "Sugerencias de uso")

Verbalizar que conoce la necesidad de administrar oxígeno, medicamentos y/o equipos que pueden aumentar su tolerancia a las actividades

Realizar las AVD con cierta ayuda (p. ej., usa el WC si deambula con ayuda hasta el cuarto de baño)

Realizar tareas domésticas básicas con ayuda (p. ej., necesita asistenta una vez a la semana)

Intervenciones NIC

Ayuda al mantenimiento del hogar: ayudar al paciente y a su familia a que su hogar se mantenga limpio y seguro, y sea un sitio agradable para vivir

Ayuda en el autocuidado: AVDI: ayudar y enseñar a una persona a realizar las actividades instrumentales de la vida diaria (AVDI) necesarias para vivir en casa o en la comunidad

Ayuda en el autocuidado: ayudar a otro a realizar las AVD

Gestión de la energía: regular el uso de la energía para tratar o impedir el cansancio y optimizar el funcionamiento

Gestión del entorno: manipular el entorno del paciente buscando un beneficio terapéutico y estético, y bienestar psicológico

Gestión del estado de ánimo: proporcionar seguridad, estabilización, recuperación y mantenimiento a un paciente que presenta un ánimo deprimido o hipertímico.

Promoción del ejercicio: estiramiento: facilitar el entrenamiento muscular contra resistencia y regular para mantener o aumentar la fuerza muscular

Terapia con ejercicio: control muscular: utilización de protocolos específicos de actividades o de ejercicios para mejorar o restaurar el movimiento corporal controlado

Terapia con ejercicio: movilidad articular: utilización de movimientos activos o pasivos para mantener o restaurar la flexibilidad articular

Terapia de actividad: prescribir y ayudar en la realización de actividades físicas, cognitivas, sociales y espirituales, específicas, para aumentar la cuantía, frecuencia o duración de la actividad de un individuo (o de un grupo)

Actividades de enfermería

Valoración

Valorar si el paciente puede moverse en la cama, ponerse de pie, deambular, y realizar AVD y AVDI

Valorar la respuesta emocional, social y espiritual a la actividad

Evaluar la motivación y el deseo del paciente de aumentar la actividad

(NIC) Gestión de la energía:

Determinar las causas del cansancio (p. ej., tratamientos, dolor y medicamentos)

Comprobar la respuesta cardiorrespiratoria a la actividad (p. ej., taquicardia, otras alteraciones del ritmo cardiaco, disnea, sudoración, palidez, presiones hemodinámicas y frecuencia respiratoria)

Vigilar cómo varía el oxígeno del paciente (p. ej., pulso, ritmo cardiaco y frecuencia respiratoria) con el autocuidado o las actividades de enfermería

Comprobar la alimentación para asegurar que los recursos energéticos sean los apropiados

Vigilar y registrar el patrón de sueño del paciente y el número de horas que duerme

Educación del paciente y la familia

Enseñar al paciente y a su familia:

La respiración controlada durante la actividad, cuando sea apropiado

El reconocimiento de los signos y síntomas de intolerancia a la actividad, incluyendo los que precisan avisar al médico

La importancia de una nutrición adecuada

El uso de equipos accesorios, como el oxígeno, durante las actividades

Técnicas de relajación (p. ej., distracción, visualización) durante las actividades

Consecuencias de la intolerancia a la actividad sobre la responsabilidad propia del rol familiar y laboral

Medidas destinadas a conservar energía, por ejemplo, tener a mano los objetos más utilizados

(NIC) Gestión de la energía:

Enseñar al paciente y a los más cercanos técnicas de autocuidado que disminuyan el consumo de oxígeno (p. ej., autoobservación y técnicas para realizar AVD en varios pasos)

Enseñar a organizar las actividades y gestionar el tiempo para evitar el cansancio

Actividades auxiliares

Administrar analgésicos antes de la actividad si existe dolor

Colaborar con los terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas (p. ej., para el entrenamiento en resistencia) y monitores de ocio y tiempo libre para planificar y controlar un programa de actividades, si es preciso

A los pacientes con enfermedades psiquiátricas, derivarlos a los servicios de salud mental domiciliarios

Derivar a atención domiciliaria para conseguir ayuda para las tareas domésticas, si es preciso

Derivar al dietista para planificar las comidas y aumentar la ingesta de alimentos energéticos

Derivar a rehabilitación cardíaca si el problema se debe a una cardiopatía

(NIC) Gestión de la energía:

Ayudar al paciente a identificar sus preferencias respecto a la actividad

Planificar actividades para los periodos en los que el paciente tiene más energía

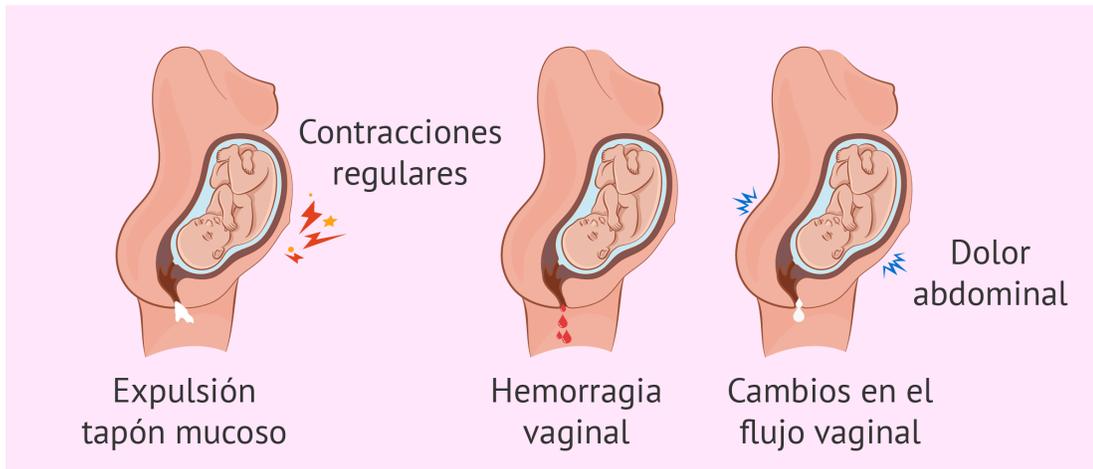
Asistir a las actividades físicas habituales (p. ej., deambulación, transferencias, cambios posturales en la cama y autocuidado), si es necesario

Limitar los estímulos ambientales (p. ej., luz y ruido) para facilitar la relajación

Ayudar al paciente a controlarse él mismo mediante la elaboración y utilización de un registro por escrito de la ingesta de calorías y gasto de energía, si es preciso

2.2. Amenaza de parto pretérmino

2.2.1. Se entiende por parto pretérmino al que se produce antes de la semana 37 de la gestación (250 días a partir del primer día de la última menstruación), igualmente todos los niños con peso inferior a 2.500 g, se consideren recién nacidos bajo peso al nacer. Adopta como límite inferior del parto pretérmino la semana 20 de la gestación, ya que se consideran como no viables antes de esta época.



Figura# 13 <https://www.reproduccionasistida.org/parto-prematuro/>

2.2.2. Causas de partos pretérminos espontáneos asociados con complicaciones de la madre o del feto son las siguientes:

Causas del parto pre término	
1. Enfermedad hipertensiva.	12. Leiomioma.
2. Abrupto placentario.	13. Defectos estructurales del útero, congénitos o adquiridos
3. Placenta previa.	14. Incompetencia cervical.
4. Anemias.	15. Diabetes.
5. Polihidramnios.	16. Nefropatías.
6. Enfermedades virales y febriles.	17. Cardiopatías.
7. Toxoplasmosis.	18. Enfermedad del tiroides.
8. Colestasis.	19. Ruptura prematura de membranas.
9. Hepatitis.	20. Corioamnionitis.
10. Sífilis.	21. Dispositivos intrauterinos.
11. Infecciones urinarias.	22. Cirugía abdominal.

Los partos pretérmino espontáneos sin causa evidente pueden deberse a:

1. Partos pretérminos espontáneos anteriores.
2. Primiparidad precoz.
3. Baja estatura.
4. Malas condiciones socioeconómicas.
5. Hábito de fumar.
6. Períodos intergenésicos cortos.
7. Abortos previos espontáneos, sobre todo en el segundo trimestre.
8. Abortos previos inducidos.
9. Partos pretérminos espontáneos relacionados con el embarazo múltiple.

10. El embarazo gemelar es el responsable de más de 10 % de los nacidos pretérminos.
11. En los partos pretérminos inducidos o programados se indica la extracción fetal cuando se considera en peligro la vida del feto o de la madre o ambos.
12. En algunas ocasiones puede ser de naturaleza iatrogénica, como puede ocurrir en cesáreas anteriores sin confirmación de la edad gestacional.

2.2.3.- Riesgo de parto pretérmino

Las condiciones que predisponen el parto pretérmino adquieren la categoría de alto riesgo, existe un sistema de puntajes que determinan el mayor riesgo de partos pretérminos espontáneos al dar valores numéricos a los ya citados.

Tratamiento

1. El reposo de la gestante que labora depende del tiempo de gestación y tipo de actividad que realiza.
2. Determinación del peso.
3. Diagnóstico precoz de la incompetencia cervical y realizar el cerclaje del cuello uterino.
4. Tratamiento de las infecciones de cuello y vagina.(9)

2.2.4.-Cuidados de enfermería en el parto pre termino

1. La profilaxis que realiza el personal de enfermería consiste en:
 - a) Educación sexual para evitar el embarazo y parto precoz.
 - b) Disminuir en lo posible la interrupción del embarazo.
 - c) Orientar sobre las consecuencias del tabaquismo.
2. Captación precoz y seguimiento adecuado interconsultas.
3. Realizar anamnesis exhaustiva, examen clínico riguroso, empleo de medios auxiliares para un diagnóstico correcto del tiempo de la gestación.
4. Dieta balanceada rica en proteínas y vitaminas desde el primer trimestre de la gestación.
5. El reposo de la gestante que labora depende del tiempo de gestación y tipo de actividad que realiza.
6. Determinación del peso ideal, sobre todo en gestante con un peso inferior a 45 kg.
7. Cura y tratamiento de las infecciones de cuello y vagina.
8. Proscripción del hábito de fumar.
9. Preparación psicoprofiláctica para el parto.
10. Criterio de hospitalización al alto riesgo de prematuridad y gemelar.
11. Garantizar la reevaluación del riesgo de parto pretérmino.
12. Educación de la gestante sobre el embarazo de riesgo, atención al parto pretérmino y las consecuencias sobre el feto.
13. Inicio del trabajo de parto con amenaza, con contracciones uterinas cada 10 min o menos de intensidad y periodicidad creciente, y pérdida de líquido o sangre.
14. Medidas inmediatas.

2.2.5.-Caso clínico

karla, es una gestante de 30 años de edad de 33 semanas de edad gestacional, con antecedentes de hipertensión arterial y anemia. Es remitida al hospital gineco-obstétrico por presentar dolor en bajo vientre, contracciones de 2 en 10 min y una dilatación de 3 cm. El foco fetal es de 144 lat/min.

Se decide su ingreso en la sala de cuidados perinatales para un mejor seguimiento. Refiere que está preocupada por su niño, ya que teme que pueda presentar alguna complicación si nace con ese tiempo de embarazo.

Se comienza con tratamiento de toco líticos y glucocorticoides.

2.2.6.-Plan de cuidados

Las intervenciones se basarán en la prestación de cuidados del embarazo de riesgo (NIC 6800), la supresión de las contracciones (NIC 6860), la vigilancia del estado fetal mediante monitorización fetal electrónica anteparto (NIC 6771) y el manejo de la medicación (NIC 2380) que para estos fines se haya pautado;

Las actividades a realizar incluirán:

- Monitorización fetal y de dinámica uterina según proceda.
- Enseñar a la paciente a avisar ante signos de alarma (aumento de las contracciones, metrorragia, dolor...)
- Administración de medicación prescrita.
- Vigilar efectos adversos de medicación prescrita.
- Explicar efectos secundarios de dicha medicación.

Riesgo de infección (NANDA 000004)

Se buscará minimizar la severidad de la infección (NOC 0703), controlando los signos vitales (NOC 0802) y los riesgos precipitantes (NOC 1924).

Los indicadores propuestos serán:

- Para el NOC 0703: dolor, malestar general, aumento de leucocitos y colonización en el hemocultivo (070333, 070311, 070326, 070320).

- Para el NOC 0802: Temperatura corporal, frecuencia del pulso radial, respiratoria, presión arterial sistólica-diastólica (080201,080203, 080204, 080205-6).
- Para el NOC 1924: Reconocimiento de cambios en el estado de salud y adaptación de estrategias de control del riesgo si son necesarias (190216, 190205).

Se buscará proteger al binomio madre-hijo de infecciones (NIC 6550) y el mantenimiento de catéteres venosos (NIC 2440).

Actividades:

- Limitar el número de exploraciones vaginales.
- Extremar medidas de asepsia en las exploraciones vaginales.
- Extremar asepsia al manipular catéteres de acceso venoso (CAV).
- Seguir protocolos de mantenimiento de catéteres de acceso venoso (CAV).
- Control de signos vitales.
- Administración de antibióticos prescritos si procede.
- Observar signos y síntomas de infección sistemática y localizada
- Obtener muestras para análisis y/o cultivo si es necesario.

Disposición para mejorar el proceso de maternidad (NANDA 00208)

Los objetivos serán satisfacer la demanda de conocimientos de la paciente sobre: cuidados del recién nacido pretérmino (NOC 1840), parto y alumbramiento (NOC 1817) y lactancia materna (NOC 1800).

Se usarán los indicadores siguientes:

- Para el NOC 1840: Características del lactante prematuro, importancia de los cuidados canguro, estrategias de crianza en el hospital, fuentes acreditadas de información (184002, 184018, 184020,184025).
- Para el NOC 1817: Opciones de nacimiento (181701).
- Para el NOC 1800: Técnicas adecuadas de amamantamiento, de extracción y almacenamiento de leche, grupos de apoyo disponibles (180005,180015,180023).

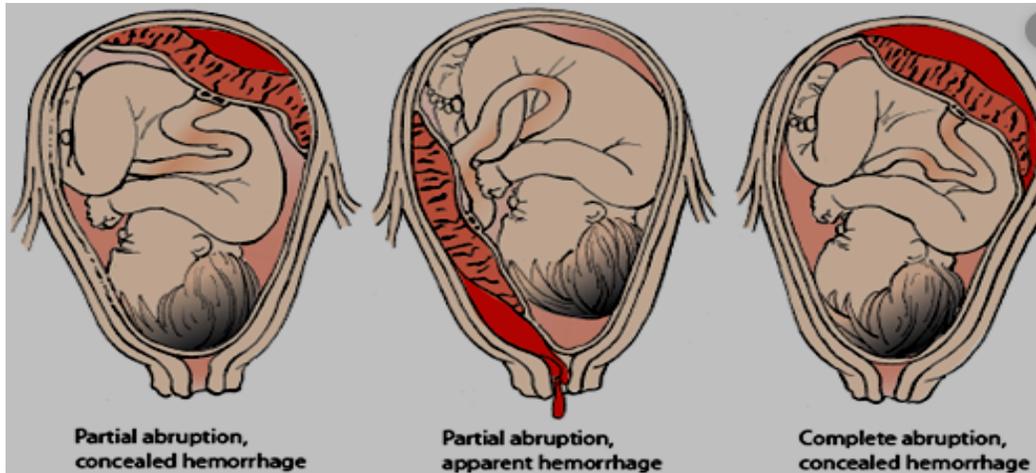
Se facilitará el aprendizaje en estos aspectos (NIC 5520) a través de la educación paterna (NIC 5568) y el asesoramiento en lactancia materna (NIC 5244).

Actividades:

- Proporcionar información sobre las fases del parto y/o cesárea.
- Informar sobre rutinas hospitalarias en relación a los recién nacidos.
- Explicar cómo coger al bebé y realizar el método madre canguro.
- Informar sobre lactancia materna y/o artificial y alimentación trófica,
- Resolución de dudas diversas sobre los cuidados centrados en el desarrollo (CCD) y crianza del recién nacido.

2.3. Desprendimiento prematuro de la placenta

2.3.1.-Desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta en diversos sitios de separación. Hemorragia externa (izquierda); hemorragia interna u oculta (centro); separación total (derecha).



Figura# 14 desprendimiento prematuro de placenta - Búsqueda de Google

2.3.2.-Causas

Aunque se desconoce la causa de esta complicación, se atribuyen algunos factores como:

1. Fenómenos hipertensivos y toxemia gravídica.
2. Hipertonía uterina
3. Endometritis.
4. Defectos del metabolismo de los folatos.
5. Perturbaciones del retorno venoso.

2.3.3.-Manifestaciones clínicas

El cuadro clínico es variable y está relacionado con el tipo de separación de la placenta que, generalmente, se caracteriza por la separación central y, la sangre queda retenida entre la pared uterina y la placenta; en este caso la hemorragia es oculta, y con frecuencia, no se detecta la complicación de forma precoz.

Cuando la hemorragia es marginal, la sangre está entre la pared uterina y las membranas fetales y se observa en el exterior por el canal vaginal. Cuando el sangrado es total o parcial, en dependencia de su desprendimiento, se denomina prolapso placentario.

A la palpación, el útero es de consistencia leñosa, las contracciones son frecuentes y de baja intensidad, con aumento del tono en reposo. La altura uterina está en desproporción con la amenorrea (signo de más). No se perciben los movimientos fetales y no hay latidos cardíacos.

Al tacto vaginal las membranas están tensas y se alcanza fácilmente la presentación.

2.3.4.-Exámenes complementarios

Las pruebas diagnósticas que se realizan son las siguientes:

1. Ultrasonido: para localizar la placenta y evidenciar su reparación, así como para confirmar la actividad cardíaca fetal. No sustituye el examen clínico y solo se debe realizar cuando no comprometa la vida del producto por la posible demora en el procedimiento.

2. Control hematológico: grupo y factor Rh, hemograma, coagulograma completo, glucemia, ácido úrico, creatinina, ionograma y gasometría.

2.3.5. Valoración de enfermería

El desprendimiento de la placenta normalmente insertada ocasiona trastornos en la irrigación del tejido placentario y deficiencia del volumen del líquido, ante esta alteración clínica la gestante puede manifestar:

1. Dolor, relacionado con acumulación de sangre retroplacentaria y distensión uterina.
2. Alteración de la nutrición: por defecto fetal, relacionado con trastornos placentarios.
3. Déficit de conocimiento, sobre conducta a seguir de su enfermedad, relacionada con la inexperiencia sobre este trastorno.
4. Temor, relacionado con posibles complicaciones materno fetales durante el embarazo.
5. Riesgo de déficit de volumen de líquidos, relacionado con el sangrado vaginal, secundario a la separación prematura de la placenta.
6. Riesgo de infección, relacionado con hemorragias intensas.
7. Riesgo de lesión fetal, relacionado con alteración de la irrigación de los tejidos placentarios en el útero.

El tratamiento obstétrico depende de las condiciones que presente el feto, este consiste en lo siguiente:

1. **Con feto vivo no viable:**

- a. Medidas generales antes señaladas.
- b. Inducción del parto, tratando de que este se produzca por vía transpélvica. Si en el transcurso de la inducción se incrementa el sangrado con repercusión sobre el estado materno, o aparecen alteraciones del coagulograma con condiciones desfavorables del cérvix para el parto transpélvico, se realiza la cesárea.
 - a) Amniotomía, siempre que el cuello la permita.
 - b) Sedación de la paciente.

2. **Con feto vivo viable:**

- a) Medidas generales antes señaladas.
- b) Amniotomía, si las condiciones del cuello lo permiten.
- c) Se realiza cesárea con hemostasia cuidadosa, si hubiera:
 - Sufrimiento fetal.
 - Condiciones desfavorables para el parto vaginal.
 - Desprendimiento prematuro severo; sangrado importante.
 - Falta de progreso en el trabajo de parto.
 - Otra circunstancia o condición materna o fetal que, por sí misma, indique una cesárea.
- d) Es posible el parto transpélvico si:
 - Se considera que se puede producir en muy poco tiempo.
 - El grado de dilatación está adelantado.
 - No existe sufrimiento fetal.

- No hay alteración de la coagulabilidad de la sangre ni pérdidas cuantiosas que repercutan sobre el estado de la madre o del feto.

Esta conducta requiere la monitorización de la frecuencia cardíaca fetal.

3. Con feto muerto:

- a) Medidas generales antes señaladas.
- b) Amniotomía, independientemente del estado del cuello uterino.
- c) Sedación de la paciente, de ser necesaria: meperidina a una dosis de 50 mg con prometazina (fenergan), (25 mg), por vía intravenosa o intramuscular.
- d) Inducción del parto.

Cuidados de enfermería generales :

1. Disminuya el dolor abdominal y lo refiera la paciente, a cortoplazo.
2. Recupere el volumen de líquido y se compruebe la disminución o cese del sangrado vaginal a corto plazo.
3. Disminuya temor y exprese confianza y seguridad en el tratamiento prescrito durante el embarazo a mediano plazo.
4. Evite riesgo de infección y se compruebe la disminución o el cese del sangrado vaginal a corto plazo.
5. Evite riesgo de lesión fetal y se compruebe que no aparezcan signos y síntomas de complicaciones, a largo plazo.

2.3.6.-Caso clínico

GGO, es una paciente de 30 años de edad, con antecedentes de G4 P2 A1, que acude al cuerpo de guardia acompañada de su esposo por tener dolor abdominal intenso y hemorragia vaginal.

Presenta palidez de piel y mucosas. Al examen físico obstétrico se diagnostica desprendimiento prematuro de la placenta, por tal motivo, se indica urgencia quirúrgica.

La paciente está temerosa por su embarazo y los niños que dejó en la casa. La enfermera la orienta para aliviar sus temores y le explica al esposo el tratamiento.

2.3.7.-Plan de cuidados

Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de alteración de la diada materno/fetal, Relacionado con Complicaciones del embarazo p. ej., Placenta previa, embarazo molar, desprendimiento prematuro de placenta, embarazo múltiple.

Dominio: (8) Sexualidad **Clase:** (3) Reproducción

Resultado NOC: Detección de Riesgo

Dominio (IV): Conocimiento y Conducta de salud.

Clase (T): Control del riesgo y Seguridad.

Escala de Likert: 1) Nunca demostrado 2) Raramente demostrado 3) A veces demostrado 4) Frecuentemente mostrado 5) Siempre demostrado.

Puntuación: Mantener a 3 y Aumentar a 5

Indicadores NOC:

Utiliza los Servicios sanitarios de acuerdo a sus necesidades.

Mantiene actualizado el conocimiento sobre los antecedentes personales.

Intervención de Enfermería (NIC)

Campo (5): Familia Clase (W): Cuidados de un nuevo bebé

Intervención de Enfermería: Vigilancia: al final del embarazo

Actividades:

- Revisar el historial obstétrico, según disponibilidad.
- Vigilar los signos vitales maternos.
- Observar si hay signos de trabajo de parto prematuro (< 4 contracciones por hora, dolor de espalda, retortijones y presión pélvica desde las 20 a las 37 semanas de gestación) según corresponda.
- Observar si hay signos de infección del tracto urinario, según corresponda.
- Realizar la exploración con espéculo para el diagnóstico de la ruptura espontánea de las membranas amnióticas, a menos que haya evidencia hemorrágica franca.

Diagnóstico de Enfermería: Labilidad emocional, Relacionado con Alteración de la autoestima, Manifestado por expresión facial sin relación con el factor desencadenante.

Dominio: (5) Percepción/Cognición **Clase:** (2) Cognición

Resultado NOC: Autocontrol de la depresión

Dominio (III): Salud Psicosocial

Clase (O): Autocontrol

Escala de Likert: 1) Nunca demostrado 2) Raramente demostrado 3) A veces demostrado 4) Frecuentemente mostrado 5) Siempre demostrado.

Puntuación: Mantener a 3 y Aumentar a 5

Indicadores NOC:

- Identifica factores precursores de depresión
- Refiere dormir de forma adecuada
- Planifica estrategias para reducir los efectos de los factores percusores

Intervención de Enfermería (NIC)

Campo (3): Conductual **Clase (R):** Ayuda para el afrontamiento

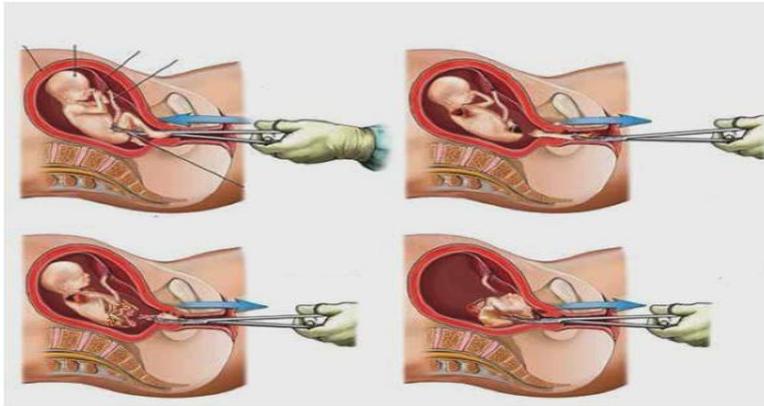
Intervención de Enfermería: Control de estado de ánimo

Actividades:

- evaluar el estado de ánimo (Signos, síntomas, antecedentes personales) inicialmente y con regularidad, a medida que progresa el tratamiento
- Determinar si el paciente supone un riesgo para la seguridad de sí mismo y de los demás
- Ayudar al paciente a controlar conscientemente el estado de ánimo
- Poner en práctica las precauciones necesarias para salvaguardar al paciente y a los que lo rodean del riesgo de daños físicos.

2.4. ABORTO

2.4.1.-La interrupción y finalización prematura del embarazo de forma natural o voluntaria se conoce como aborto. Esta hemorragia del primer trimestre de gestación es una de las primeras causas de metrorragia en la mujer gestante. Esto ocurre antes que el feto pueda sobrevivir ante la vida extrauterina y se presenta aproximadamente entre las 20 semanas o cuando el feto pesa menos de 500 gramos.



Figura# 15 aborto - Búsqueda de Google

2.4.2.-Manifestaciones clínicas. - Los síntomas pueden incluir dolor abdominal, parte inferior de la espalda o pelvis. Sangrado vaginal, contracción uterina o flujo vaginal acompañado de náuseas o vómitos.

Se considera como un estado que puede llegar a producirse un aborto espontáneo antes de la semana 20 de gestación. Se caracteriza por un sangrado escaso más dolor a nivel pélvico (7). El cuello uterino está cerrado y el embrión o feto presenta latido cardíaco positivo comprobado por ecografía lo cual no asegura la viabilidad fetal, pero su presencia disminuye significativamente el riesgo de pérdida gestacional a futuro. Para el manejo de este tipo de aborto se recomienda reposo absoluto, abstinencia de relaciones sexuales y en ocasiones administrar progesterona (6).

2.4.3.-Caso clínico:

Paciente femenina de 30 años de edad, con antecedentes personales de salud e historia obstétrica G3P1Ab1, ingresa a emergencia de hospital por un aborto incompleto de 12 semanas por fecha de última regla, con hemorragia abundante por lo que pasa a sala de legrados.

Durante el procedimiento se extrae el feto y placenta necróticos no fétidos, se inicia tratamiento con penicilina cristalina y metronidazol según protocolo establecido por el hospital.

Ingresa a sala de recuperación donde comienza con sangrado genital oscuro, continuo y no coagulable con hemodinámica normal, se lleva de nuevo a sala de legrados, se revisa la cavidad y se encuentra sin restos, se indica 400 µg de misoprostol rectal y 20U de oxitocina, se intensifica la reposición volumétrica, se avisa al banco de sangre y se traslada al salón de recuperación, donde se recibe una paciente taquicárdica, hipotensa, somnolienta con sangramiento genital activo.

Se reciben laboratorios: Hto 10 vol%, con una fórmula leucocitaria de 19 x 10³, segmentados 0,74 %, monocitos 0,02 %, linfocitos 0,2 %, se evidencia una coagulación intra vascular diseminada a forma hemolítica secundaria a un aborto séptico. Se decide llevar a sala de operaciones para histerectomía con

doble anexectomía y ligadura de arterias hipogástricas; se encontró hemoperitoneo \pm 200 mL y útero blando con zonas violáceas. Sale del salón de operaciones acoplada a ventilación mecánica con presión arterial de 100/60 mmHg y sangrado activo por la herida quirúrgica. Se decide su traslado a la unidad de cuidados intensivos donde aparece íctero intenso y coluria, se mantiene taquipnéica, taquicárdica, hipotensa con toma progresiva del sensorio, se continúa el tratamiento intensivo cumpliendo el protocolo del shock séptico.

2.4.3.-Cuidados de enfermería:

Los cuidados de enfermería irán dirigidos a la estabilización hemodinámica tales como la verificación de si ha tenido hemorragia, el color del sangrado y cuantificar la hemorragia. Es importante verificar si existen restos placentarios, la toma de signos vitales, se verifica la coloración de la piel. Se administra medicamentos y se mantiene una vía periférica según prescripción médica⁽¹³⁾.

En cuanto al control del dolor debemos valorar la localización, las características, aparición, duración, frecuencia, intensidad y los posibles factores que lo ocasionan. Identificar señales de alarma como dolor abdominal intenso, sangrado abundante, hipertermia, metrorragia y debilidad. Administrar analgésico según prescripción médica y algún uterotónico⁽¹³⁾.

El apoyo emocional es de suma importancia, brindar apoyo emocional a la paciente y a los familiares. Si la paciente fue valorada por psiquiatría, es indispensable el manejo de la medicación prescrita y proporcionar un ambiente terapéutico adecuado para la tranquilidad y facilitar el proceso de pérdida del feto⁽¹³⁾.

2.4.4.-Plan de cuidados

(00153) RIESGO DE BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL

r/c:

- Pérdida del feto
- Cambio en su situación de vida

CRITERIOS DE RESULTADO NOC

(1302) SUPERACIÓN DE PROBLEMAS

CRITERIOS DE RESULTADO NIC

(6950) CUIDADOS POR EL CESE DEL EMBARAZO

Actividades:

- Preparar Física y psicológicamente a la paciente para el procedimiento de aborto.
- Explicar las sensaciones que podría experimentar la paciente.
- Animar al ser querido que apoye a la paciente, antes durante y después del aborto.
- Observar si se produce hemorragias.
- Canalizar vía periférica si procede.

- Observar si hay signos de aborto espontaneo.
- Instruir a cerca de los signos de los que hay que informar (aumento de hemorragia, aumento de los dolores abdominales y eliminación de coágulos o tejidos.
- Enseñar a la paciente los cuidados postaborto y los efectos secundarios.
- Ayudar a la paciente a identificar la reacción inicial a la pérdida.
- Fomentar la expresión de sentimientos a cerca de la pérdida.
- comprobar grupo sanguíneo materno antes del alta.
- Administra Inmunoglobulina anti D si madre Rh-.
- Ayudar a identificar estrategias personales de resolución de problemas.
- Controlar periódicamente la tensión arterial
- Controlar la periódicamente la frecuencia cardiaca y la temperatura

(00148) TEMOR (DIAGNÓSTICO)

Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.

R/C separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante (procedimiento hospitalario) y falta de familiaridad con la experiencia.

M/P aprensión, aumento de la tensión, sentirse asustado e inquietud.

CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)

(1404) AUTOCONTROL DEL MIEDO

-Acciones personales para eliminar o reducir los sentimientos incapacitantes de aprensión, tensión o inquietud secundarios a una fuente identificable.

Indicadores:

(140417) Controla la respuesta al miedo.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

(5380) POTENCIACIÓN DE LA REALIDAD

-Intensificar el sentido de seguridad física y psicológica de un paciente.

-Actividades:

- Mostrar calma.
- Pasar tiempo con el paciente.
- Presentar los cambios de forma gradual.
- Evitar producir situaciones emocionales intensas.
- Permanecer con el paciente para fomentar su seguridad durante los períodos
- Escuchar los miedos del paciente/familia.
- Explicar al paciente/familia todas las pruebas y procedimientos.
- Responder a las preguntas sobre su salud de una manera sincera.

- Ayudar al paciente/familia a identificar los factores que aumentan el sentido de seguridad.

- Ayudar al paciente a utilizar las respuestas de capacidad de resolución de problemas que han resultado con éxito en el pasado.

○ **DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD**

Minimizar la aprensión, temor o presagio relacionado con una fuente no identificada de peligro por adelantado.

Actividades:

-Utilizar un enfoque sereno que de seguridad.

-Explicar todos los procedimientos.

-Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.

-Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.

-Escuchar con atención.

-Crear un ambiente que facilite confianza.

-Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedo.

-Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.

(0004) RIESGO DE INFECCIÓN (DIAGNÓSTICO)

Aumento del riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos.

Factores de Riesgo:

-Procedimientos invasivos.

CRITERIOS DE RESULTADOS (NOC)

(1908) DETECCIÓN DEL RIESGO

Indicadores:

-(190801) Reconoce los signos y los síntomas que indican riesgo.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)

(6550) PROTECCIÓN CONTRA LAS INFECCIONES

Prevención y detección precoz de la infección en un paciente de riesgo

Actividades:

-Observar el grado de vulnerabilidad de la paciente a las infecciones.

-Observar signos y síntomas de infección sistémica y localizada.

-Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo.

-Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección.

-Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones.

(6540) CONTROL DE INFECCIONES

Actividades:

-Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes.

-Poner en práctica precauciones universales.

-Garantizar una manipulación aséptica de las líneas IV

(6650) VIGILANCIA

Actividades:

- Vigilar los signos vitales.
- Retirar e interpretar los datos de laboratorio y ponerse en contacto con el médico.
- Iniciar y/o cambiar el tratamiento médico para mantener los parámetros normales establecidos.
- Consultar con el médico cuando los datos del paciente indiquen una necesidad de cambio de terapia médica.

(2314) ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: INTRAVENOSA

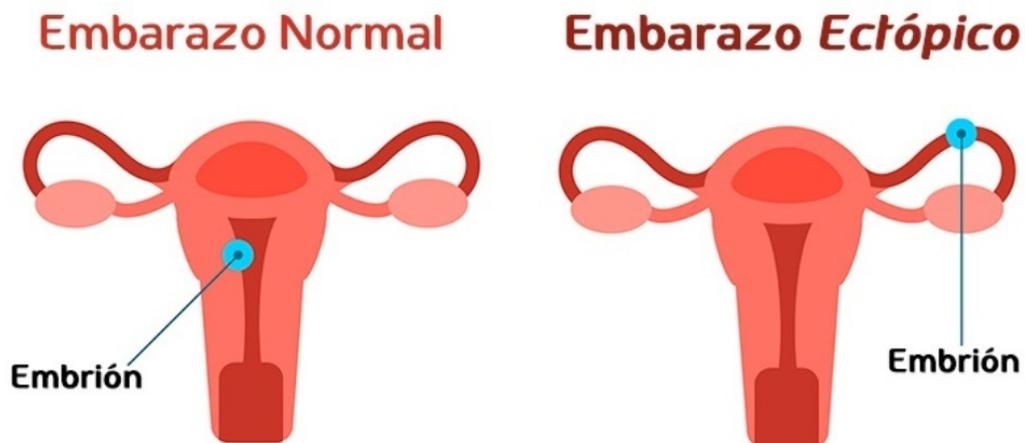
Preparación y administración de medicamentos por vía intravenosa.

Actividades:

- Tomar nota del historial médico y del historial de alergia del paciente.
- Preparar correctamente el equipo para la administración de medicación.
- Mantener la esterilidad del sistema intravenoso abierto.
- Administrar la medicación intravenosa con la velocidad adecuada.
- Controlar el equipo I.V., la velocidad del flujo y la solución a intervalos regulares.
- Documentar la administración de medicación y de la respuesta del paciente.

2.5. EMBARAZO ECTÓPICO

2.5.1.-Un embarazo extrauterino o ectópico (EE) se desarrolla fuera de la cavidad uterina(3).



Figura# 16: Embarazo ectópico - Síntomas y causas - Mayo Clinico

2.5.2.-Manifestaciones Clínicas. - Manchados vaginales o pérdidas vaginales

Mareos o desmayos (asociados a la pérdida de sangre)

Hipotensión (también asociada a la pérdida de sangre)

Dolor en la zona lumbar

2.5.3.-Exámenes de laboratorio y medios de diagnósticos. - Prueba de embarazo

Ecografía

2.5.4.-Tratamiento

El tratamiento farmacológico: Interrumpe el embarazo y permite reabsorber el tejido que provoca la erosión de las paredes de la trompa.

El tratamiento quirúrgico: Si se presenta un cuadro clínico estable y el embrión es lo suficiente pequeño, **puede extraerse a través de un procedimiento denominado salpingotomía.**

2.5.5.-Cuidados de enfermería en la paciente con embarazo ectópico

La atención de enfermería a la paciente con embarazo ectópico en el servicio de emergencias esta dado según priorización de necesidades: Diagnósticos de enfermería:

- Dolor agudo relacionado con agente Lesivo físico.
- Disminución del gasto cardiaco relacionado con disminución de la pre carga.
- Riesgo de hemorragia relacionado con ruptura tubárica
- Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos.
- Ansiedad relacionada con estado de salud, ambiente hospitalario.
- Intolerancia a la actividad está relacionado con estado de salud.

La actuación de la enfermera en el equipo de salud debe ser complementaria con las demás especialidades que manejan al paciente con embarazo ectópico.

- Valoración permanente de| estado de conciencia de| paciente.
- Monitorización de los signos vitales: frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno. temperatura corporal y tensión arterial.
- Control de la volemia mediante la administración de Líquidos endovenosos y monitoria horaria de la eliminación urinaria.
- Administración de analgésicos para manejo del dolor y evaluación de la efectividad de| mismo.

- Efectivizar exámenes auxiliares como: Laboratorio, ecografía.
- Preparar al paciente para sala de operaciones de ser necesario (pre-operatorio)
- Administración de antibióticos según la indicación médica, para disminuir el riesgo de infección.
- Administración de oxigenoterapia.
- Reposo en cama.
- Disminuir la ansiedad del paciente con expresiones de apoyo, amabilidad e información sobre su estado actual y los procedimientos que se han de realizar.
- Informar los cambios al médico tratante.
- información a la familia sobre la situación del paciente (actividad conjunta entre médico y enfermera) y permitir el acompañamiento del paciente cuando sea pertinente.

2.5.6.-Caso clínico

Paciente de 23 años, con parto único por cesárea hace dos años, sin antecedentes patológicos personales de importancia y sin uso de método anticonceptivo. Lleva un embarazo aparentemente normal de alrededor de 14 semanas según amenorrea. La paciente comenzó a presentar dolor en hipogastrio de moderado a intenso en ocasiones, motivo por el cual acude varias veces a consulta médica durante los diez días que comenzaron. En ese periodo de tiempo se le realizaron varios exámenes físicos y tres ecografías que mostraron embarazo normal acorde a su edad gestacional. Al continuar la paciente sin mejoría concurre al servicio de guardia quirúrgica en el que refiere intenso dolor en hipogastrio, con signos vitales normales, ultrasonido obstétrico que nuevamente informa feto único, con vitalidad y posición normal, sin líquido libre abdominal u otras alteraciones ecográficas. El examen físico destaca un abdomen muy doloroso a la palpación, mayormente en flanco derecho, contractura y reacción peritoneal en flanco y fosa ilíaca derechas. El examen ginecológico muestra el cuello uterino sin alteraciones, útero aumentado de tamaño y en anteversoflexión y dolor en la proyección del anexo derecho. Los exámenes complementarios muestran: HB: 108 gr/ L, Leucocitos en 11/109 con diferencial que informa discreta leucocitosis a predominio de segmentados y coagulo grama normal. Con estos hallazgos clínicos y complementarios, así como la evaluación obstétrica normal se decide intervenir quirúrgicamente, diagnóstico de apendicitis aguda perforada, atendiendo al inicio tardío de los síntomas. En el acto quirúrgico se encontró un embarazo intersticial derecho fisurado, con hemoperitoneo de alrededor de 100 cm³

2.5.7.-Plan de cuidados

Indique los cuidados prioritarios de Enfermería

- Diagnósticos NANDA

- 00069 - Afrontamiento ineficaz r/c crisis situacionales

- 00209 - Riesgo de alteración de la díada materno / fetal r/c complicaciones relacionadas con el embarazo
- 00227 - Riesgo de proceso de maternidad ineficaz r/c sufrimiento psicológico de la madre, nutrición materna por debajo de lo adecuado y/o abuso de sustancias
- 00026 - Exceso de volumen de líquidos r/c compromiso de los mecanismos reguladores
- 00179 - Riesgo de nivel de glucemia inestable r/c embarazo y/o enfermedad
- 00146 - Ansiedad r/c crisis situacional

- Resultados NOC
-

- 1302 - Afrontamiento de problemas

- 1500 - Lazos afectivos padres-hijo
- 2211 - Ejecución del rol de padres
- 0601 - Equilibrio hídrico
- 2300 - Nivel de glucemia
- 1211 - Nivel de ansiedad

- Intervenciones NIC
-

- 5230 - Aumentar el afrontamiento

- 6710 - Fomentar el acercamiento
 - 7104 - Esimulación de la integridad familiar: familia con niño (recién nacido)
 - 4170 - Manejo de la hipervolemia
 - 5246 - Asesoramiento nutricional
 - 4235 - Flebotomía: vía canalizada
 - 5820 - Disminución de la ansiedad
-

2.6.-ENFERMEDAD TROFOBLASTICA GESTACIONAL



Figura# 17

2.6.1.-La enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) es un grupo de afecciones relacionadas con el embarazo que se desarrollan dentro del útero (matriz) de una mujer. Las células anormales empiezan en el tejido que normalmente se convertiría en la placenta. La placenta es el órgano que se desarrolla durante el embarazo para alimentar al feto.

Hay varios tipos de Enfermedades Trofoblástica Gestacional.

- Coriocarcinoma (un tipo de cáncer)
- Mola hidatiforme (también llamado embarazo molar)

2.6.2.-Causas

La causa del embarazo molar es que el óvulo fecundado presenta una anomalía cromosómica que hace que la placenta se convierta en una masa de quistes denominada mola hidatiforme. (13)

2.6.3.-Factores de riesgo

Aproximadamente 1 de cada 1.000 embarazos se diagnostica como embarazo molar. Existen diversos factores asociados con el embarazo molar, entre ellos:

- **Edad de la madre.** Un embarazo molar es más probable en mujeres mayores de 35 años o menores de 20 años.
- **Embarazo molar anterior.** Si has tenido un embarazo molar, eres más propensa a tener otro. La repetición de un embarazo molar ocurre, en promedio, en 1 de cada 100 mujeres.
- Déficit de algunas proteínas y vitamina A para prevenir su aparición.
- Uso de anticonceptivos orales y su duración

2.6.4.-Clasificación

Hay dos tipos de embarazos molares:

- El embarazo molar completo y
- El embarazo molar parcial o incompleto.

Embarazo molar completo

Se caracteriza por la ausencia de tejido fetal, el tejido placentario es anormal y está hinchado; además, parece formar quistes llenos de líquido lo que le da un aspecto semejante a un racimo de uvas. En un embarazo molar completo, se fecunda un óvulo vacío con uno o dos espermatozoides, y todo el material genético proviene del padre. En esta situación, los cromosomas del óvulo de la madre se pierden o se inactivan y los cromosomas del padre se duplican. (14)

2.6.5.-Manifestaciones clínicas

- **Sangrado vaginal:** es el síntoma más común, ocurre en el 97% de los casos. Los tejidos molares podrían separarse de la decidua e irrumpir los vasos maternos, por lo tanto, grandes volúmenes de sangre retenida podrían dilatar la cavidad.
- Altura uterina mayor a la esperada por edad gestacional.
- **Hiperémesis gravídica:** Ocurre en una de cuatro pacientes con tamaño uterino excesivamente aumentado y altos niveles de hCG.
- **Toxemia:** El 27% de las pacientes desarrollan Preeclampsia. El diagnóstico de mola hidatiforme debe ser considerado en toda paciente que desarrolla Preeclampsia a una edad gestacional temprana.
- **Hipertiroidismo:** Se observa en el 7% de las pacientes. Ante la sospecha, es importante el dosaje de hormonas tiroideas. Si se sospecha hipertiroidismo debe administrarse bloqueantes β -adrenérgicos antes de realizar la evacuación uterina para disminuir el riesgo de Crisis Tirotóxica.
- **Quistes teco-luteínicos:** Están presentes en el 50% de las MC. Se originan como producto de altas concentraciones de hCG sub β .
- La embolización trofoblástica se demuestra en el 2% de los casos. Se manifiesta con dolor torácico, disnea, taquipnea y taquicardia.

El riesgo de progresar a Neoplasia Trofoblástica Gestacional es significativo y está alrededor del 15% al 20% si no cursa con factores de riesgo, pero asciende al 30% si presenta alguno de los siguientes factores de riesgo:

MHC de alto riesgo:

- Niveles de hCG sub β mayores de 100.000 IU/Lt.
- Crecimiento uterino exagerado para la edad gestacional.
- Quistes teco-luteínicos > 6 cms.
- Edad mayor a 40 años

Es importante definir desde el inicio si la mola es de bajo riesgo o alto riesgo a fin de considerar el uso de quimioterapia profiláctica en casos muy seleccionados. (15)

EMBARAZO MOLAR PARCIAL O INCOMPLETO

En un embarazo molar parcial o incompleto, la diferencia básica con la mola completa es la presencia de tejido fetal que puede cursar con un feto con malformaciones, como producto de las anomalías cromosómicas asociadas. (15)

El cariotipo es generalmente triploide, permanecen los cromosomas de la madre, pero el padre provee dos grupos de cromosomas. Como resultado, el embrión tiene 69 cromosomas en lugar de 46. Esto suele ocurrir cuando dos espermatozoides fecundan un óvulo, lo que provoca que haya una copia adicional del material genético del padre. (14)

PRESENTACION CLÍNICA:

- Es habitual que el cuadro clínico sean las manifestaciones de un aborto en curso o incompleto.
- Ginecorragia está presente en el 72% de las pacientes.
- Altura uterina mayor a la esperada por la edad gestacional (3,7%).
- Preeclampsia (2,5%).
- Baja asociación con hipertiroidismo, hiperémesis gravídica y quistes tecolúteínicos.

Esta entidad tiene un comportamiento benigno en la mayoría de los casos y el riesgo de transformación maligna está alrededor del 4%. (15)

2.6.6.-Pruebas y exámenes

Un ultrasonido durante el embarazo mostrará una apariencia de tormenta de nieve con una placenta anormal, con o sin algún desarrollo de un bebé. Los exámenes pueden incluir:

- Examen de GCH (niveles cuantitativos) en sangre
- Radiografía de tórax
- Tomografía computarizada o resonancia magnética del abdomen (pruebas de imagenología)
- Hemograma o conteo sanguíneo completo (CSC)
- Pruebas de coagulación sanguínea
- Pruebas de la función hepática y renal

ULTRASONIDO: El ultrasonido ha contribuido al diagnóstico precoz del embarazo molar. Este método es más sensible para diagnosticar embarazo molar completo, ya que presenta una característica ecográfica que se deriva del edema de las vellosidades coriónicas y se conoce con el “signo de la tormenta de nieve”. Esto, sumado a la presencia del crecimiento uterino exagerado y niveles especialmente altos de hCG sub β , configuran el diagnóstico del embarazo molar. (16)

2.6.7.-Tratamiento

- Evacuación de la mola
- Seguimiento regular para detectar enfermedad trofoblástica persistente.
- Se recomienda una dilatación y un legrado para eliminar el tejido anormal (succión por aspiración)
- Una histerectomía puede ser una opción para las mujeres mayores que no desean volver a embarazarse en el futuro.
- Quimioterapia profiláctica
- Después del tratamiento, se vigilan los niveles de la gonadotropina coriónica humana (GCH).
- Es importante evitar el embarazo y utilizar un anticonceptivo confiable de 6 a 12 meses después del tratamiento para un embarazo molar. Esto permite la realización de pruebas precisas para estar seguros de que el tejido anormal no vaya a reaparecer.
- Las mujeres que embarazarse demasiado pronto después de un embarazo molar tienen un mayor riesgo de tener otro. (16)

2.6.8.-Caso clínico

Mujer de 46 años ingresa por hemoptisis, metrorragia, disnea a pequeños esfuerzos, ortopnea y disnea paroxística nocturna, asociado a hipertensión, taquicardia, masa hipogástrica firme e inmóvil y edema de extremidades. Se realiza ecografía abdominal compatible con MH y bhCG elevada. Evoluciona con crisis hipertensivas, insuficiencia cardiaca congestiva y tirotoxicosis. Inicia trabajo de parto expulsando 665 grs de mola, presentando posteriormente a legrado uterino anemia severa y shock hipovolémico, requiriendo transfusiones y drogas vasoactivas.

2.6.9.-Plan de cuidados

Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de alteración de la diada materno/fetal, Relacionado con Complicaciones del embarazo p. ej., Placenta previa, embarazo molar, desprendimiento prematuro de placenta, embarazo múltiple.

Dominio: (8) Sexualidad **Clase:** (3) Reproducción

Resultado NOC: Detección de Riesgo

Dominio (IV): Conocimiento y Conducta de salud.

Clase (T): Control del riesgo y Seguridad.

Escala de Likert: 1) Nunca demostrado 2) Raramente demostrado 3) A veces demostrado 4) Frecuentemente mostrado 5) Siempre demostrado.

Puntuación: Mantener a 3 y Aumentar a 5

Indicadores NOC:

Utiliza los Servicios sanitarios de acuerdo a sus necesidades.

Mantiene actualizado el conocimiento sobre los antecedentes personales.

Intervención de Enfermería (NIC)

Campo (5): Familia **Clase (W):** Cuidados de un nuevo bebé

Intervención de Enfermería: Vigilancia: al final del embarazo

Actividades:

- Revisar el historial obstétrico, según disponibilidad.
- Vigilar los signos vitales maternos.

- Observar si hay signos de trabajo de parto prematuro (< 4 contracciones por hora, dolor de espalda, retortijones y presión pélvica desde las 20 a las 37 semanas de gestación) según corresponda.
- Observar si hay signos de infección del tracto urinario, según corresponda.
- Realizar la exploración con espéculo para el diagnóstico de la ruptura espontánea de las membranas amnióticas, a menos que haya evidencia

Actividades:

- evaluar el estado de ánimo (Signos, síntomas, antecedentes personales) inicialmente y con regularidad, a medida que progresa el tratamiento
- Determinar si el paciente supone un riesgo para la seguridad de sí mismo y de los demás
- Ayudar al paciente a controlar conscientemente el estado de ánimo
- Poner en práctica las precauciones necesarias para salvaguardar al paciente y a los que lo rodean del riesgo de daños físicos.

CAPITULO III

3.-PATOLOGIAS DEL II Y III TRIMESTRE DE EMBARAZO

3.1.-DIABETES GESTACIONAL

3.1.1.-La OMS define a la diabetes gestacional como la intolerancia a los carbohidratos resultando en hiperglucemia de gravedad variable que se inicia o se reconoce por primera vez durante el embarazo. En todo el mundo, constituye una de las complicaciones habituales del embarazo y es responsable de una importante morbimortalidad tanto materna como perinatal. Cuando se diagnostica diabetes gestacional, el embarazado se lo considera de alto riesgo.(17) Puede persistir o no después del embarazo.(18)



Figura# 18 glucómetro

3.1.2.-Manifestaciones clínicas.-En el mayor de los casos la diabetes gestacional no produce signos ni síntomas que sean apreciables, pero, en algunos casos se pueden apreciar los propios síntomas de la enfermedad, tales como:(19)

- Polaquiuria
- Polifagia
- Polidipsia
- Fatiga
- Visión borrosa
- Infecciones vaginales (20)

3.1.3.-Factores de riesgo

Riesgo	Factores
Riesgo medio	<ul style="list-style-type: none">• sobrepeso (IMC mayor a 25kg/m²) antes del embarazo.• historia de resultados obstétricos adversos.
Riesgo alto	<ul style="list-style-type: none">• población latina/hispana (como la ecuatoriana) con alta prevalencia de DM.• obesidad (IMC mayor a 30 kg/m²)• antecedentes de DG en embarazos previos.• partos con productos macrosómicos de más de 4 kilos.• glucosuria• síndrome de ovario poliquístico• historia familiar de DM2• óbito fetal

3.1.4.-Complicaciones

Complicaciones maternas

Descompensación metabólica aguda
Cetoacidosis diabética
Infecciones urinarias
Preeclampsia/eclampsia
DG en embarazos posteriores(17)

Complicaciones para el feto

Macrosomía fetal
Trauma durante el nacimiento, tanto para la madre como para el niño
Incremento del índice de cesáreas
Morbilidad neonatal
Muerte neonatal
Obesidad y/o diabetes desarrollada más tarde en la vida del niño(17)

3.1.5.-Exámenes de laboratorio y medios de diagnóstico

- Test de Screening de Diabetes Gestacional (O 'Sullivan) en la primera visita, en semana 24 a 28 y en semana 32 a 35 con las siguientes condiciones:
 - Administrar una sobrecarga de 50g de glucosa
 - A cualquier hora del día
 - Sin preparación previa en cuanto a dieta
 - Valoración de glicemia una hora post sobrecarga

El resultado del test de Screening:

- Negativo: < 140 mg/dl.- repetir test.
- Positivo: >140 mg/dl.- realizar prueba de tolerancia oral a la glucosa
- Test de sobrecarga con 100g.
- Hemoglobina glicosilada y fructosamina
- Biometría Hemática.
- EMO Urocultivo
- Gram y fresco de secreción vaginal
- Ecografía obstétrica para descartar macrosomía y alteraciones del líquido amniótico.(21)

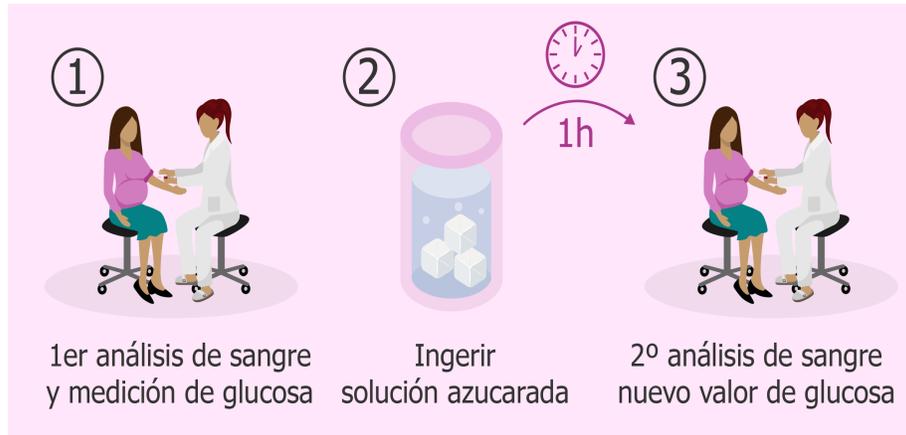
3.1.6.-Test Osullivan

El test de O'Sullivan es una prueba que se realiza alrededor de la semana 24 y 28 de gestación a todas las embarazadas, generalmente aprovechando el análisis de sangre del segundo trimestre. Este test determina la cantidad de glucosa en sangre venosa una hora después de haber tomado 50 gramos de glucosa por vía oral. Se trata de una prueba que se puede realizar en cualquier momento del día y no es necesario estar en ayunas.

Esta prueba no da un diagnóstico exacto, se realiza para identificar a las mujeres en riesgo de tener diabetes gestacional. En aquellos casos en los que la glucemia plasmática al cabo de una hora es igual o superior a 140 mg/dl se considera el test de O'Sullivan positivo, algo que ocurre entre el 15 y el 23% de

las veces. En estos casos se deberá realizar otra prueba: un Test de Tolerancia a la glucosa (TTOG), para confirmar el diagnóstico de diabetes gestacional.

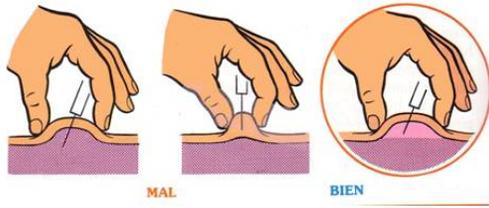
El test de O'Sullivan no está exento de falsos positivos, es decir que puede resultar positivo cuando en realidad la paciente no tiene diabetes gestacional al realizarse el TTOG, que es una prueba mucho más específica.



Figura# 19 Muestra el proceso para realizar el test de OSullivan

3.1.7.-Técnica para la administración de la insulina

- Lavarse las manos (debe ser una técnica lo más aséptica posible)
- Invertir el vial o pluma y rodarlo entre las manos (sólo en insulina retardada) para conseguir una solución uniforme.
- Cargar las unidades de insulina pautadas (jeringa o pluma) Si cargamos en jeringa debemos tener en cuenta la calibración de la insulina.
- Si vamos a mezclar insulina rápida y retardada en una jeringa, cargar primero la rápida para no contaminar la retardada (acordaos que la retardada contiene protamina o Zn, si cargamos primero la insulina retardada podemos introducir esta protamina en el vial de insulina rápida y convertirla en retardada, alterando así su efecto primario) (nunca mezclar insulina glargina con lispro, aspart o glulisina ya que el pH del tejido subcutáneo se alteraría y no conseguiríamos el efecto prolongado de la glargina).
- Limpiar zona de inyección y dejar secar.
- Coger un pequeño pliegue en la zona a inyectar.
- La inclinación de la aguja dependerá de la cantidad de grasa de la zona (45°/90°).
- Mantener pliegue durante la inyección.
- Si aparece sangrado aplicar presión. Nunca frotar sobre la insulina porque modificaremos su absorción y por tanto su tiempo de acción. (Valenzuela, 2009)



Figura# 20''Técnica para la administración de insulina

3.1.8.-Tratamiento

Tratamiento no farmacológico

La terapia médica nutricional debe ser proporcionada por un especialista en nutrición con experiencia en el manejo de diabetes y embarazo, además se recomienda que realice ejercicio físico de manera moderada. (17)

Los principales objetivos del manejo nutricional y el soporte de ejercicio moderado son:

- Lograr una ganancia de peso adecuada.
- Optimizar el control glicémico.
- Reducir las fluctuaciones de glucosa en especial durante la glucemia posprandial.
- Proveer de suficiente energía y nutrientes para permitir un crecimiento fetal normal.(17)

3.1.9.-Tratamiento farmacológico

Insulinoterapia en diabetes gestacional. Está indicada cuando no se alcanzan las metas con las medidas no farmacológicas en un plazo variable entre 7 y 14 días. El criterio que define el fracaso del régimen puede ser: 2 controles consecutivos fuera de la meta o el 80% fuera de la meta. La primera aproximación resulta práctica y se asocia a buenos resultados. Situaciones especiales llevan a acortar los plazos o incluso a iniciar la insulina junto con el diagnóstico y la prescripción nutricional. Por ejemplo, si la mujer tiene controles iniciales alejados de la meta, sus hábitos alimentarios son cercanos a la recomendación, la tendencia de los controles no mejora con la alimentación prescrita, o se prevé mala adherencia.

3.1.10.-Caso clínico

Paciente de 36 años de edad con normo peso, sin antecedentes personales de interés ni familiares, salvo haber presentado DMG durante sus dos embarazos anteriores con insulinoterapia. Durante el tercer embarazo se decidió desde el

inicio un tratamiento conservador y vigilar el peso fetal con ecografía mediante la valoración del perímetro abdominal, ya que no se había realizado amniocentesis a la paciente y se desconocía el genotipo fetal. En la semana 34 de gestación, dado que el feto presentaba un peso estimado ecográficamente en un P75, se inició insulino terapia NPH en muy bajas dosis (0,22 U/kg) antes de acostarse. Posteriormente, el peso fetal estimado bajó hasta un P10 en la semana 37, por lo que se suspendió la insulina. En la semana 38 de gestación, la paciente mantenía glucemias basales de 95-120 mg/dl y posprandiales, de 100-165 mg/dl. El parto tuvo lugar en la semana 42 por vía vaginal. El peso del neonato varón se situó en un P10 (2.570 g) y no presentó ninguna morbilidad

3.1.11.-Plan de cuidados

NANDA [00161] Disposición para mejorar los conocimientos: Diabetes Gestacional

Características definitorias

- Manifiesta interés en el aprendizaje. Explica su conocimiento del tema. Las conductas son congruentes con los conocimientos manifestados. Describe experiencias previas relacionadas con el tema.

NOC:

- [1619] Autocontrol: diabetes: Acciones personales para manejar la diabetes, su tratamiento y para evitar las complicaciones.
- Indicadores:
 - [161902] Busca información sobre métodos para prevenir complicaciones
 - [161903] Realiza prácticas preventivas de cuidado de los pies
 - [161907] Participa en las decisiones de los cuidados sanitarios
 - [161911] Controla la glucemia
- [3102] Autocontrol: enfermedad crónica: Acciones personales para manejar una enfermedad crónica y su tratamiento, y para evitar la progresión de la enfermedad y las complicaciones.
- Indicadores:
 - [310203] Controla los signos y síntomas de la enfermedad
 - [310212] Realiza procedimiento prescrito
 - [310218] Sigue régimen de medicación
- [3107] Autocontrol: hipertensión
 - Indicadores
 - [310701] Controla la presión arterial
 - [310713] Sigue la dieta recomendada
 - [310714] Limita la ingestión de sodio

NIC:

- [5614] Enseñanza: dieta prescrita: Preparación de un paciente para seguir correctamente una dieta prescrita.
- Actividades
- Evaluar el nivel actual del paciente de los conocimientos acerca de la dieta prescrita.
- Instruir al paciente acerca de cómo mantener un diario de alimentos, según el caso.
- Proporcionar los planes de comidas por escrito, según corresponda.
- [4480] Facilitar la autorresponsabilidad: Animar a un paciente a que asuma más responsabilidad de su propia conducta.
- Actividades:
- Considerar responsable al paciente de su propia conducta
- Ayudar a los pacientes a identificar las áreas en las que podrían fácilmente asumir más responsabilidad.
- Brindar oportunidades para la autoevaluación y la autorreflexión.
- Fomentar el establecimiento de metas.
- [5250] Apoyo en la toma de decisiones: Preparación de un paciente para seguir correctamente una dieta prescrita.
- Actividades:
- Ayudar al paciente a identificar las ventajas e inconvenientes de cada alternativa.
- Facilitar la toma de decisiones en colaboración.
- Proporcionar la información solicitada por el paciente.

NANDA [00179] Riesgo de nivel de glucemia inestable r/c mal control glucémico

NOC:

- [2300] Nivel de glucemia: Medida en la que se mantienen los niveles de glucosa en plasma y en orina dentro del rango normal.
- Indicadores:
- [230004] Hemoglobina glucosilada
- [230001] Concentración sanguínea de glucosa
- [1820] Conocimiento: control de la diabetes: Grado de conocimiento transmitido sobre la diabetes, su tratamiento y la prevención de complicaciones.
- Indicadores:
- [182002] Papel de la dieta en el control de la glucemia
- [182006] Hiperglucemia y síntomas relacionados

- [182007] Prevención de hiperglucemia
- [182012] Importancia de mantener el nivel de glucemia dentro del rango objetivo
- [182010] Prevención de hipoglucemia
- [182024] Beneficios de controlar la diabetes
- Estado de seguridad: caídas (01912): número de caídas en la última semana.

NIC:

- [5246] Asesoramiento nutricional: Utilización de un proceso de ayuda interactivo centrado en la necesidad de modificación de la dieta.
 - Actividades:
 - Fomentar el uso de internet para acceder a información útil sobre la dieta, las recetas y la modificación del estilo de vida, según corresponda.
 - Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente.
 - Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional.
- [5618] Enseñanza: procedimiento/tratamiento: Preparación de un paciente para que comprenda y se prepare mentalmente para un procedimiento o tratamiento prescrito.
 - Actividades:
 - Informar al paciente/allegados acerca de cuándo y dónde tendrá lugar el procedimiento/tratamiento, según corresponda
 - Explicar el procedimiento/tratamiento.
 - Describir las actividades previas al procedimiento/tratamiento.
 - Explicar el propósito del procedimiento/tratamiento.
 - Describir las valoraciones/actividades posteriores al procedimiento/tratamiento y el fundamento de las mismas.
- [4035] Muestra de sangre capilar
 - Actividades:
 - Enseñar y dirigir la auto-extracción de muestras de sangre capilar, según corresponda.
 - Elegir el lugar de punción (p. ej., cara anterolateral del talón, lados de las falanges distales de los dedos de los pies o manos, lugares alternativos como el antebrazo).
 - Utilizar técnicas de punción cutánea asépticas
 - Puncionar manualmente la piel con una lanceta o con un mecanismo de punción aprobado según las indicaciones del fabricante.
 - Eliminar la primera gota de sangre con una gasa seca, según las indicaciones del fabricante o el protocolo del centro.

- Recoger la sangre de la manera adecuada para la realización de la prueba
 - Presionar de manera intermitente en el punto más alejado posible del lugar de punción para favorecer el flujo de la sangre.
 - [5520] Facilitar el aprendizaje
- Actividades:
- Comenzar la instrucción sólo después de que el paciente demuestre estar preparado para aprender.
 - Establecer metas de aprendizaje realistas con el paciente.
 - Proporcionar información adecuada al nivel de desarrollo.
 - Organizar la información de simple a compleja, conocida a desconocida o concreta a abstracta, según corresponda.
 - Adaptar la información para que cumpla con el estilo de vida/rutina del paciente.
 - Proporcionar folletos informativos, vídeos y recursos online cuando sea adecuado.
 - Utilizar demostraciones y pedir al paciente que las realice él, siempre que sea posible.

3.2.1-HIPERTENSIÓN EN EL EMBARAZO



Hipertensión crónica: presión arterial igual o mayor a 140/90 mmHg antes del embarazo o diagnosticada antes de la semana 20 de gestación.

Hipertensión gestacional: presión arterial igual o mayor a 140/90 mmHg sin proteinuria, que se desarrolla en etapas tardías del embarazo. Generalmente se resuelve en las primeras 12 semanas posparto. Si la hipertensión persiste después de este periodo, se realiza el diagnóstico de hipertensión crónica, enmascarada al principio del embarazo, por la disminución fisiológica de la presión arterial.

3.2.2.-Preeclampsia: presión arterial igual o mayor a 140/ 90 mmHg asociada a proteinuria igual o mayor a 300 mg en orina de 24 horas, después de las 20 semanas de gestación.

Preeclampsia sobreimpuesta en hipertensión crónica: presencia de proteinuria igual o mayor a 300 mg en orina de 24 horas en mujeres cuya presión arterial es igual o mayor a 140/90 mmHg antes del embarazo o diagnosticada antes de la semana 20 de gestación pero que no presentaban proteinuria previamente.

3.2.3.-Eclampsia: presencia de convulsiones en mujeres que cursen con preeclampsia, no atribuibles a alguna otra causa.

3.2.4.-Manifestaciones clínicas. -

Los trastornos hipertensivos abarcan un amplio espectro de alteraciones en muchos sistemas, tanto en la madre como en el neonato, y predisponen a una mayor morbilidad y mortalidad materna, fetal y neonatal. La intensidad de los efectos perjudiciales depende, principalmente, de la severidad de la afectación materna; se considera como principales factores agravantes a una presión diastólica mayor de 110 mmHg y/o sistólica mayor de 140 mmHg, proteinuria persistente que supera los 3, 5 g/24 h y signos clínicos, tales como oliguria, trastornos visuales y edema pulmonar.

Los síntomas pueden ser levemente distintos en cada embarazo.

El síntoma principal es la presión arterial alta durante la segunda mitad del embarazo. Sin embargo, algunas mujeres no presentan ningún síntoma.

La presión arterial alta en el embarazo puede derivar en otros problemas serios. Por ejemplo, la preeclampsia. Se debe estar atenta para detectar signos de presión arterial. Pueden incluir:

- Hipertensión
- Cefalea
- Edema
- Suba de peso repentina
- Cambios en la visión, como visión borrosa o doble
- Náuseas o vómitos
- Dolor abdominal
- Oliguria

3.2.4.-Factores de riesgo

Los riesgos maternos derivados de las diversas formas de hipertensión arterial durante el embarazo derivan del hecho de encontrarnos ante una enfermedad multisistémica, que puede repercutir en forma de trastornos hematológicos (plaquetopenia), renales (insuficiencia renal), neurológicos (convulsiones, hemorragia cerebral), digestivos (insuficiencia hepática), o cardíacos (edema agudo de pulmón), entre otros muchos". Además, no nos podemos olvidar del riesgo de desprendimiento de placenta. (Estrada, 2016) Pero no sólo la gestante puede sufrir unas indeseadas complicaciones, sino que este problema de salud también afectará al feto, ya que si la placenta no recibe suficiente sangre, no tendrá el alimento y el oxígeno necesarios. Así, hay riesgo de parto prematuro, y de que el bebé tenga un peso insuficiente al nacer. Entre las repercusiones fetales, el experto destaca "aumento de situaciones de riesgo de pérdida de bienestar fetal, trastornos metabólicos

(hipoglucemia, hipocalcemia...), o ciertos trastornos hematológicos”. (Estrada, 2016)

3.2.5.-Complicaciones

Tener alta presión arterial durante el embarazo puede causar problemas para la mujer embarazada y su bebé durante el embarazo, incluyendo:

Preeclampsia: Sucede cuando la mujer embarazada tiene alta presión arterial y señales de que algunos de sus órganos, como los riñones y el hígado, no están funcionando bien. Las señales y los síntomas de la preeclampsia incluyen tener proteína en la orina, cambios en la visión y dolores de cabeza severos. La preeclampsia puede ser una condición de salud grave. Aunque tenga preeclampsia leve, usted necesita tratamiento para que no empeore. Sin tratamiento, la preeclampsia puede causar daño renal, del hígado y del cerebro. En casos pocos comunes, puede resultar en una condición muy grave llamada eclampsia y síndrome HELLP. La eclampsia puede causar convulsiones y resultar en una coma. El síndrome HELLP sucede cuando tiene problemas graves de la sangre y del hígado. (Dr José Contreras, 2015)

Nacimiento prematuro: Es el nacimiento que sucede muy temprano, antes de las 37 semanas de embarazo. Incluso con tratamiento, la embarazada con hipertensión arterial grave o preeclampsia quizás deba tener al bebé temprano para evitar serios problemas de salud para ella y su bebé.

Bajo peso al nacer: Esto sucede cuando el bebé pesa menos de 5 libras y 8 onzas. La alta presión puede constreñir los vasos sanguíneos del útero (matriz). Es posible que su bebé no reciba suficiente oxígeno y nutrientes, lo cual hace que crezca más lentamente.

Desprendimiento de la placenta: Esta es una condición seria en donde la placenta se desprende de la pared del útero antes del nacimiento. Si esto sucede, es posible que su bebé no reciba suficiente oxígeno y nutrientes. También puede tener sangrado vaginal serio. La placenta crece en su útero y le provee al bebé nutrientes y oxígeno a través del cordón umbilical. (Dr José Contreras, 2015)

3.2.6.-Exámenes Complementarios

- Última glicemia tomada a las 15:10pm 126 mg/dl
- Monitoreo fetal y control de actividad uterina
- Control obstétrico
- Reportar novedades
- Exámenes de laboratorio ya solicitados
- Leucocitos: 14.62
- Hematocrito: 35.5
- Hemoglobina: 11.3
- Plaquetas: 296
- Neutrófilos: 76.6-
- Urea: 17.
- Creatinina: 0.75.
- Proteínas totales: 5.90.
- VIH: Negativo
- VDRL: Negativo

Técnica de toma de presión arterial

Para una toma correcta de la TA, es preciso seguir las siguientes recomendaciones:

- Tomarla tras cinco minutos de reposo por lo menos.
- La persona debe estar relajada y no tener prisa.
- Tampoco debe haber comido, bebido sustancias excitantes (café, té) ni fumado durante la media hora previa a la medición.
- La posición del cuerpo debe ser sentado, no estirado, con la espalda bien apoyada en el respaldo de la silla. Las piernas deben estar tocando el suelo, no cruzadas, y la mano relajada, sin apretar y en posición de descanso.
- Brazo de referencia o dominante apoyado más o menos a la altura del corazón, mano relajada. El brazo de referencia o dominante es aquel en el que la TA es más alta.
- El manguito debe de estar en contacto con la piel, así que el paciente deberá remangarse la camisa. Si es invierno y se llevan muchas capas de ropa, será mejor que se las quite porque si se remangan diferentes prendas a la vez se puede crear un anillo que constriña la zona.
- Una vez posicionada la persona se colocará el manguito, que se adaptará al diámetro del brazo (pequeño, normal, grande). La explicación de la colocación viene reflejada en un gráfico que acompaña al aparato, así que una vez ajustado el manguito se debe presionar el botón para conectar el tensiómetro.
- Es importante que mientras el manguito se infla el paciente no hable, puesto que eso afectaría a los valores marcados.
- No redondear cifras.

3.2.7.-Caso clínico

Mujer de 21 años embarazada consulta por hipertensión y proteinuria a las 20 semanas de gestación. Existen antecedentes de preeclampsia durante su primer embarazo hace un año atrás donde tuvo un parto por cesárea de urgencia. Después del parto su presión arterial se normalizó y no recibió medicación adicional.

Su madre fue hipertensa a partir de los 40 años de edad, el resto de su familia es sana. No tiene adicciones. Al examen físico la presión arterial es de 145/100 mmHg y como único síntoma presenta cefalea leve. La frecuencia cardíaca es de 100 latidos por minuto y el índice de masa corporal es de 16,9 kg/m². El resto del examen físico es normal.

Se detectó proteinuria leve con un índice proteína/creatinina de 40,6 mg/mmol (normal <30 mg/mmol durante el embarazo).

Los cuidados de la paciente con Preclampsia deben estar direccionados a:

- a) Monitorización de la Presión arterial
- b) Balance hidroelectrolítico

- c) Administración de medicamentos antihipertensivos de acuerdo a indicación
- d) Aplicación del protocolo para la administración de sulfato de magnesio.
- e) Control del reflejo rotuliano
- f) Control de glucosuria
- g) Control del nivel de conciencia
- h) Administración de oxígeno

3.2.8.-Plan de cuidados

Náuseas (00134): Sensación subjetiva desagradable, como oleadas, en la parte posterior de la garganta, epigastrio o abdomen que puede provocar la urgencia o necesidad de vomitar.

NOC:

- Hidratación (00602): cantidad de agua en los compartimentos intracelular y extracelular del organismo.
- Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos (01008): cantidad de ingestión alimentaria y líquida durante un periodo de 24 horas.
- Nivel de comodidad (02100): grado de comodidad físico y psicológico.

NIC:

- Manejo de las náuseas (1450): prevención y alivio de las náuseas.
- Manejo de líquidos / electrolitos (2080): regular y prevenir las complicaciones derivadas de niveles de líquidos y/o electrolitos alterados.

Actividades:

- Observar el aprendizaje de estrategias para controlar las náuseas
- Evaluar el impacto de las náuseas sobre la calidad de vida (p. ej. Apetito, actividad, desempeño laboral, responsabilidad, y sueño).
- Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (p. ej. biorretroalimentación, relajación, imaginación simple dirigida, terapia musical, distracción, acupresión) para controlar las náuseas.
- Obtener muestras para el análisis en el laboratorio de los niveles de líquidos o electrolitos alterados.

Exceso de volumen de líquidos (00026): aumento de la retención de líquidos isotónicos.

NOC:

- Equilibrio hídrico(00601): equilibrio de agua en los compartimentos intracelulares y extracelulares del organismo.
- Eliminación urinaria (00503): capacidad del sistema urinario para filtrar los productos de desecho, conservar solutos y recoger y eliminar la orina de una forma saludable.

NIC:

- Manejo de líquidos (4120): mantener el equilibrio de líquidos y prevenir las complicaciones derivadas de los niveles de líquidos anormales o no deseados.
- Manejo de la hipervolemia (4170): disminución del volumen de líquido extracelular y/o intracelular y prevención de complicaciones en un paciente con sobrecarga de líquidos.

Actividades:

- Realizar un registro preciso de ingesta y eliminación.
- Vigilar el estado de hidratación (membranas mucosas húmedas, pulso adecuado y presión sanguínea ortostática).
- Evaluar la ubicación y extensión del edema.
- Comprobar signos vitales.

Estreñimiento (00011): reducción de la frecuencia normal de evacuación intestinal, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces excesivamente duras y secas.

NOC:

- Eliminación intestinal (00501): capacidad del tracto gastrointestinal para formar y evacuar heces de forma efectiva.
- Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos (01008): cantidad de ingestión alimentaria y líquida durante un periodo de 24 horas.

NIC:

- Manejo intestinal (430): establecimiento y mantenimiento de una evacuación intestinal de esquema regular.
- Entrenamiento intestinal (440): ayuda al paciente en la educación del intestino para que evacue a intervalos determinados.
- Manejo del estreñimiento / impactación (450): prevención y alivio del estreñimiento / impactación.

Actividades:

- Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento.

- Enseñar al paciente las comidas específicas que ayudan a conseguir un adecuado ritmo intestinal.
- Instruir al paciente sobre alimentos con alto contenido en fibras.
- Asegurar una ingesta adecuada de líquidos.

Riesgo de desequilibrio Nutricional por exceso (00003): riesgo de aporte de nutrientes que excede las necesidades metabólicas.

NOC:

- Control de peso (01612): acciones personales para conseguir y mantener un peso corporal óptimo para la salud.
- Conocimiento: dieta (01802): grado de comprensión transmitido sobre la dieta.

NIC:

- Manejo de la nutrición (1100): ayuda o proporcionar una dieta equilibrada de sólidos y líquidos.
- Manejo del peso (1260): facilitar el mantenimiento del peso corporal óptimo y el porcentaje de grasa corporal.
- Asesoramiento nutricional (5246): utilización de un proceso de ayuda interactivo centrado en la necesidad de modificación de la dieta.

Actividades:

- Pesar al paciente a intervalos adecuados.
- Asegurarse que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar estreñimiento.
- Proporcionar información, si es necesario, acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud: pérdida de peso, ganancia de peso, restricción de sodio, reducción del colesterol, restricción de líquidos, etc.
- Revisar con el paciente la medición de ingesta y eliminación de líquidos, valores de hemoglobina, lecturas de presión sanguínea o ganancias y pérdidas de peso, si procede.

Ansiedad (00146): Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro.

NOC:

- Superación de problema (1302): acciones para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.

- Control de la ansiedad (1402): acciones personales para eliminar o reducir sentimientos de aprensión y tensión por una fuente no identificable.

NIC:

- Aumentar el afrontamiento (5230): ayudar a la paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana.
- Apoyo emocional (5270): proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.
- Técnica de relajación (5880): disminución de la ansiedad de la paciente que experimenta distrés agudo.

Actividades:

- Sentarse y hablar con la paciente.
- Favorecer una respiración lenta y profunda intencionadamente.
- Reducir o eliminar los estímulos que crean miedo o ansiedad.
- Identificar a los seres queridos cuya presencia puede ayudar a la paciente.
- Comentar la experiencia emocional con la paciente.
- Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.
- Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.
- Permanecer con la paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.
- Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia.

3.3.-Síndrome de Hellp

3.3.1.-El síndrome HELLP es una complicación del embarazo que amenaza la vida, por lo general considerado como una variante de la preeclampsia. Ambas condiciones ocurren generalmente durante las últimas etapas del embarazo o, a veces, después del parto.

El síndrome HELLP fue nombrado por el Dr. Luis Weinstein en 1982 después de sus características:

H (hemólisis, que es la ruptura de los glóbulos rojos)

EL (enzimas hepáticas elevadas)

LP (bajo recuento de plaquetas) (htt9)

3.3.2.-Manifestaciones clínicas

- Dolor de cabeza
- Náuseas / vómitos / indigestión con dolor después de comer
- Sensibilidad abdominal o en el pecho y dolor superior en la parte derecha superior lateral (de distensión hepática)

- Dolor de hombro o dolor al respirar profundamente
- Sangrado
- Cambios en la visión
- Hinchazón
- Presión arterial alta
- Proteínas en la orina

3.3.3.-Factores de riesgo

- Embarazo anterior con síndrome HELLP (19-27% de probabilidad de recurrencia en cada embarazo)
- La preeclampsia o hipertensión inducida por el embarazo
- Las mujeres mayores de 25 años
- Europeo
- Multíparas (dado a luz dos o más veces)

3.3.4.-Complicaciones maternas

Este síndrome cursa con alta morbimortalidad materna, aunque varía entre 0-24%, dependiendo fundamentalmente de la precocidad con que se realice el diagnóstico.

Pacientes con SH tienen mayor morbimortalidad materna y perinatal en comparación con pacientes con preeclampsia severa sin SH. La morbilidad se asocia a CID, abruptio placentae, insuficiencia renal aguda, edema pulmonar, hematoma hepático subcapsular y desprendimiento de retina.

3.3.5.-Complicaciones fetales

La mortalidad perinatal es muy elevada y como se mencionó anteriormente varía entre 30 a 40%. Las causas principales de esta elevada mortalidad son la prematuridad, la abruptio placentae y el sufrimiento fetal intraútero.

Otras complicaciones que se han reportado es que los infantes pueden tener leucopenia entre el 9.7 y 38% y trombocitopenia entre 26 y 34%. Sin embargo, no existe correlación entre los hallazgos hematológicos de la madre y el recién nacido. (htt10)

3.3.6.-Exámenes de laboratorio

Los exámenes básicos de laboratorio para los pacientes con sospecha de síndrome de HELLP son

- hematología completa con conteo de plaquetas
- análisis de orina
- creatinina sérica
- concentraciones de deshidrogenasa láctica
- ácido úrico
- bilirrubina total y directa y transaminasas.
- Pruebas como tiempo de protrombina,

- tiempo parcial de tromboplastina,
- fibrinógeno (htt9)

3.3.7.-cuidados de enfermería

Toma de signos vitales (tensión arterial, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca y temperatura).

- Mantener en reposo absoluto y con respaldo a 45°.
- Llevar Balance Hídrico y Diuresis.
- Proporcionar dieta hiposódica.
- Restricción de visitas y de ser posible mantenerlo aislado.
- Cuidados higiénicos en cama.
- Administración de medicamentos prescritos.
- Orientar a familiares sobre la patología y su tratamiento. (htt11)

3.3.8.-Caso clínico

Femenina de 25 años de edad, Sin antecedentes mórbidos conocidos, G1 C1, Quien llega vía emergencia por presentar embarazo de 35.4 semanas por Fecha de Última Menstruación. Refiriendo fiebre, mialgias, artralgias y malestar general de 1 día de evolución. Paciente se ingresa con los Diagnósticos sugeridos. Medicación. Se solicita interconsulta con el Departamento de Infectología. Se sugiere realizar pruebas de laboratorio.

Paciente al día siguiente refiere contracciones uterinas dolorosas, por lo que se realiza patrón contráctil encontrando una DU de: 3L/10 mit, agregándose el diagnóstico de amenaza de parto pre término. Se inicia útero inhibición con Sulfato de magnesio hasta llegar a útero inhibirla.

3.3.9.-Plan de cuidado

Diagnósticos Para la madre

Complicación potencial: convulsiones secundarias a manejo inadecuado de cifras tensionales.

Intervenciones:

Vigilancia neurológica.

Tratamiento farmacológico preventivo.

Complicación potencial: eclampsia secundaria a aumento de niveles de presión arterial y cambios analíticos.

Intervenciones:

Administración de medicación antihipertensiva.

Control analítico en sangre y orina diarios.

Control de constantes vitales.

Complicación potencial: hemorragias secundarias a cifras elevadas de tensión arterial e insuficiencia útero-placentaria.

Intervenciones:

Detección pronta de signos de sangrado.

Control ecográfico y monitorización cardio-fetal.

Para el feto

Complicación potencial: depresión neonatal secundario a compromiso hemodinámico materno.

Intervenciones:

NST y eco-Doppler cada 24 h.

Maduración pulmonar fetal con terapia farmacológica.

Complicación potencial: prematuridad secundaria a crecimiento retardado del feto por problemas maternos.

Intervenciones:

Terapia farmacológica del feto

Reposo en cama.

Control de ganancia de peso del feto.

Diagnósticos enfermeros y planificación de las intervenciones

De independencia Maternos

Déficit de autocuidado: baño/higiene (00108) r/c debilidad y cansancio, m/p incapacidad para lavar parcialmente su cuerpo. Fuente de dificultad: fuerza.

Tabla ()

Tabla-resumen de los diagnósticos enfermeros y planificación de las intervenciones

Diagnósticos enfermeros	Criterio de resultado (NOC)	Intervenciones enfermeras (NIC)
Déficit de autocuidado: baño/higiene (00108)	La paciente recuperará levemente su autonomía en el aseo diario	Ayuda con los autocuidados: baño/higiene (1801). Manejo ambiental: bienestar (6482)
Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento (00109)	La paciente retomará paulatinamente el autocuidado en el vestido	Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal (1802)
Ansiedad (00146)	La paciente verbalizará sus inquietudes y llevará un autocontrol de su nivel de ansiedad	Técnicas de relajación (5880) Disminución de la ansiedad (5820) Escucha activa (4920)
Exceso del volumen de líquidos (edemas en miembros inferiores) (00026)	La paciente logrará disminuir los edemas en ambos miembros inferiores de grado moderado a grado leve	Monitorización de los signos vitales (6680) Terapia intravenosa (4200). Manejo de la eliminación urinaria (0590) Enseñanza: dieta prescrita (5614)
Manejo inefectivo del régimen terapéutico (00078)	La paciente aprenderá los cuidados para el desarrollo de su embarazo y reconocerá indicadores de riesgo	Asesoramiento (5240) Educación sanitaria (5510) Facilitar el aprendizaje (5520)
Riesgo de cansancio del rol del cuidador (00062)	La familia reconocerá los factores estresantes y afrontará los problemas	Apoyo al cuidador principal (7040) Apoyo en toma de decisiones (5250) Fomento de implicación familiar (7110)

Diagnósticos enfermeros	Criterio de resultado (NOC)	Intervenciones enfermeras (NIC)
Riesgo de alteración de la diada materno/fetal (00209)	La paciente llevará una conducta adecuada en el cumplimiento de las acciones necesarias para proporcionar el bienestar materno-fetal	Cuidados del embarazo de alto riesgo (6800) Enseñanza: medicamentos prescritos (5616)

Criterio de resultados (NOC): la paciente recuperará levemente su autonomía en el aseo diario.

Intervenciones (NIC):

Ayuda con los autocuidados: baño/higiene (1801).

Manejo ambiental: bienestar (6482).

Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento (00109) r/c pérdida músculo-esquelético, m/p incapacidad para tener un buen aspecto satisfactorio. Fuente de dificultad: fuerza y conocimiento.

Criterio de resultados (NOC): la paciente retomará paulatinamente el autocuidado en el vestido.

Intervenciones (NIC):

Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal (1802).

Ansiedad (00146) r/c preocupación de su bienestar físico y estancia hospitalaria, m/p expresión de nerviosismo, incertidumbre y cambios en sus hábitos diarios. Fuente de dificultad: conocimiento y voluntad.

Criterio de resultados (NOC): la paciente verbalizará sus inquietudes y llevará un autocontrol de su nivel de ansiedad.

Intervenciones (NIC):

Técnicas de relajación (5880).

Disminución de la ansiedad (5820).

Escucha activa (4920).

Exceso del volumen de líquidos (edemas en miembros inferiores) (00026) r/c compromiso de los mecanismos reguladores, m/p edemas y alteración en los electrolitos. Fuente de dificultad: conocimiento.

Criterio de resultados (NOC): la paciente logrará disminuir los edemas en ambos miembros inferiores de grado moderado a grado leve.

Intervenciones (NIC):

Monitorización de los signos vitales (6680).

Terapia intravenosa (4200).

Manejo de la eliminación urinaria (0590).

Enseñanza: dieta prescrita (5614).

Manejo inefectivo del régimen terapéutico (00078) r/c cuidados específicos del embarazo y m/p verbalización de dificultades y seguimiento inexacto de las instrucciones. Fuente de dificultad: conocimiento.

Criterio de resultados (NOC): la paciente aprenderá los cuidados para el desarrollo de su embarazo y reconocerá indicadores de riesgo.

Intervenciones (NIC):

Asesoramiento (5240).

Educación Sanitaria (5510).

Facilitar el aprendizaje (5520).

Riesgo de cansancio del rol del cuidador (00062) r/c sobreesfuerzo familiar y duración de los cuidados al recién nacido, edad del cuidador. Fuente de dificultad: conocimiento. Criterio de resultado (NOC): la familia reconocerá los factores estresantes y afrontará los problemas.

Intervenciones (NIC):

Apoyo al cuidador principal (7040).

Apoyo en toma de decisiones (5250).

Fomento de implicación familiar (7110).

Riesgo de alteración de la diada materno-fetal (00209) r/c complicaciones del embarazo y compromiso del transporte de O₂ (hipertensión, convulsiones, parto prematuro). Fuente de dificultad: conocimiento.

Criterio de resultado (NOC): la paciente llevará una conducta adecuada en el cumplimiento de las acciones necesarias para proporcionar el bienestar materno-fetal.

Intervenciones (NIC):

Cuidados del embarazo de alto riesgo (6800).

Enseñanza: medicamentos prescritos (5616)

CAPITULO IV

4.1.-PATOLOGIAS POST PARTO

4.1.1.-HEMORRAGIA POST PARTO

Se define a la hemorragia postparto como el sangrado vaginal excesivo que supera los 500 ml en un parto vaginal y que supera 1000 cc en un parto por cesárea. Toda pérdida de sangre con posibilidad de producir inestabilidad hemodinámica debe considerarse una hemorragia postparto (HPP).

Existen dos tipos de HPP:

4.1.2.-Hemorragia posparto primaria o inmediata

La HPP primaria o inmediata es aquella que se produce dentro de las primeras 24 horas posteriores al parto. Aproximadamente el 70% de los casos de HPP inmediata se producen debido a atonía uterina. Se define como atonía del útero a la incapacidad del útero de contraerse adecuadamente después del nacimiento del producto. Puede producir el síndrome de Sheehan: necrosis hipofisaria postparto que ocasiona hipogalactia, amenorrea, disminución del vello pubiano y auxiliar, hipotiroidismo e insuficiencia suprarrenal.

Hemorragia posparto secundaria o tardía

La HPP secundaria o tardía, se produce entre las 24 horas y 6 semanas posparto. La mayoría de los casos de HPP tardía se deben a la retención de productos de la concepción, infección o ambas.

4.1.3.-Atonia Uterina

- Es la causa más frecuente de hemorragia postparto temprana. Una vez expulsada la placenta se produce una contracción permanente de la musculatura uterina que apresa entre las fibras uterinas las bocas de los vasos sangrantes (ligaduras de Pinard) favoreciendo el cese de la hemorragia. Si el miometrio no se contrae, no se forman dificultando la constricción vascular y la formación focal de trombos sanguíneos.

4.1.4.-Los factores predisponentes de la atonía uterina incluyen:

- Sobredistensión uterina (por embarazo múltiple, polihidramnios o macrosomía fetal).
- Gran multiparidad
- Uso prolongado de oxitocina
- Parto prolongado
- Manipulación uterina
- Útero miomatoso

- Útero de Couvelaire (extravasación de sangre al miometrio)
- Infección amniótica
- Uso de relajantes uterinos (sulfato de magnesio, agentes anestésicos halogenados, etc).

4.1.5.-Lesiones del canal de parto (20%): Constituyen la segunda causa de hemorragia en el posparto. Suelen estar relacionados con partos instrumentales que lesionan el anal blando del parto, aunque también pueden aparecer en partos espontáneos muy rápidos o por macrosomía fetal.

Útero: es rara la rotura uterina, siendo la dehiscencia de la cesárea anterior la causa mas frecuente de la misma. Cursa con mala contracción uterina.

Cérvix: laceraciones y hemorragias tras la expulsión fetal; persisten, aun, con buena contracción uterina.

Vagina: las de ligamento ancho precisan laparotomía.

Vulva: peligro en los hematomas que no se diagnostican y producen gran hipovolemia silente en el periodo postparto.

4.1.6.-Retención placentaria (5-10%): aparecer más en placenta acreta (apoyada sobre el miometrio) y en succenturiata (cotiledón en islote). Si se ve tejido intrauterino en la ecografía debe realizarse legrado puerpal.

4.1.7.-Coagulopatías: aparecen en el contexto de abruptio, aborto diferido, embolia de líquido amniótico, sepsis, preeclampsia y grandes transfusiones. A veces en la enfermedad de von Willebran o en la trombocitopenia autoinmune.

4.1.8.-Manifestaciones clínicas

- Sangrado vaginal incontrolable
- Disminución de la presión arterial (hipotensión)
- Aumento de la frecuencia cardíaca (taquicardia)
- Disminución de los glóbulos rojos (hematocrito)
- Tumefacción y dolor en los tejidos de la zona vaginal y perineal si la hemorragia se debe a un hematoma

4.1.9.-Argumentos para el diagnóstico diferencial de un sangrado vaginal posparto.

Manifestaciones iniciales, otros signos y síntomas típicos	Signos y síntomas que a veces se presentan	Diagnóstico probable	Frecuencia y etiología
Hemorragia posparto inmediata	- Útero blando y no retraído - Taquicardia - Hipotensión	Atonía uterina	70% Atonía uterina.
Hemorragia posparto inmediata	- Placenta íntegra - Útero contraído	Desgarros del cuello uterino, la vagina o el periné	20% Trauma

No se palpa fondo uterino en la palpación abdominal. Dolor intenso	- Inversión uterina visible en la vulva o sangrado inmediato	Inversión uterina	
Dolor abdominal severo (puede disminuir después de la rotura) Sangrado intraabdominal y/o vaginal)	- Abdomen doloroso - Shock - Taquicardia - No se expulsa la placenta	Rotura uterina	
No se expulsa la placenta dentro de los 30 minutos después del parto	- Útero contraído	Retención de placenta	
Falta una porción de la superficie materna de la placenta o hay desgarros de membranas	- Sangrado inmediato - Útero retraído	Retención de restos placentarios	10% Tejido, retención de productos de la gestación
Sangrado leve que continúa luego de 12 horas después del parto Útero más blando y más grande que lo previsto según el tiempo transcurrido desde el parto	- Sangrado variable (leve o profuso, continuo o irregular) - Anemia	Retención de restos placentarios	

4.1.10.-Tratamiento

El manejo consiste en una actuación rápida, pero sistemática. Entre las medidas generales a instaurar, se encuentran:

Canalización de una adecuada vía venosa para la reposición de líquidos

Control de la diuresis

Oxigenoterapia

Realización de exámenes (analítica urgente)

Realizar una exploración física

El tratamiento es etiológico, por lo que es vital llegar con rapidez al diagnóstico de la patología responsable de la hemorragia postparto. El manejo de la atonía uterina, uterina consiste en: masaje uterino, fármacos uterotónicos, taponamiento uterino, embolización arterial selectiva, tratamiento quirúrgico (ligadura quirúrgica arterial o histerectomía obstétrica como última medida a realizar).

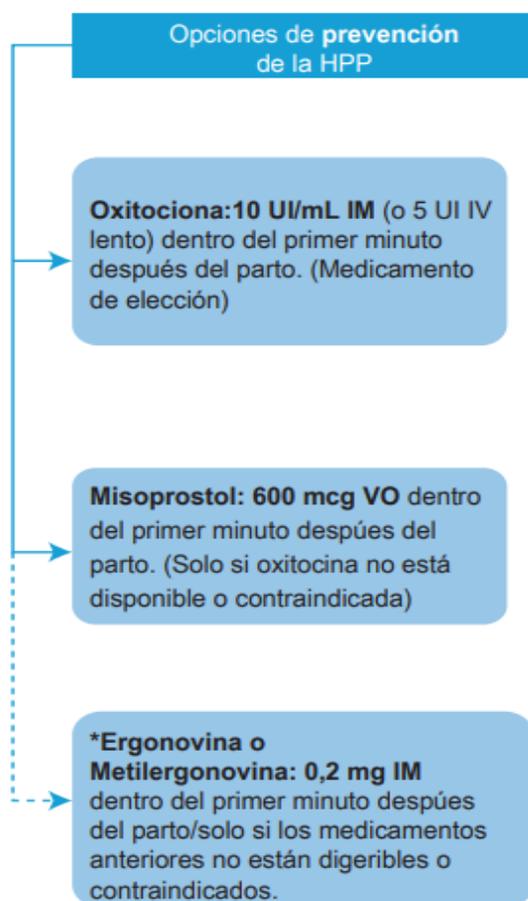
4.1.11.-Los fármacos uterotónicos disponible son los siguientes:

Oxitocina: es el más fisiológico. Produce contracción intermitente de la fibra uterina. Puede utilizarse vía intramuscular, intramiometrial o intravenosa. Tiene efectos secundarios como náuseas, vómitos e intoxicación acuosa por acción antidiurética de la oxitocina.

Metilergometrina: es un poderoso uterotónico. Se puede administrar por vía intramiometrial o intravenosa. Su empleo no excluye el de la oxitocina y con frecuencia se usan para potenciar su efecto. Está contraindicado en casos de patología hipertensiva. Sus efectos secundarios son: hipertensión arterial, hipotensión, náuseas y vómitos y espasmos arterial coronario.

Derivados de las prostaglandinas: potencian la contractilidad uterina y producen vasoconstricción. Disponemos de PGF2a (esta contraindicado en paciente con enfermedad cardíaca, pulmonar, renal o hepática activas). Los efectos secundarios más importantes son: vómitos, diarrea, náuseas, rubor, escalofríos, temblor, hipertensión arterial, hipotensión, y fiebre) y PGE2 (puede producir vasodilatación y exacerbación de la hipotensión, aunque puede ser de utilidad en pacientes con enfermedad cardíaca o pulmonar en las que la PGF2a esta contraindicada).

4.1.12.-Esquemas farmacológicos para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto (adaptado de FIGO):



Una vez que se ha identificado una HPP es útil la organización del cuidado en 4 componentes:

1. Comunicación con todos los profesionales relevantes para el cuidado.
2. Reanimación
3. Monitorización e investigación de la causa
4. Implementación de medidas para detener el sangrado

4.1.13-Manejo General:

-Coloque dos vías intravenosas de gran calibre (16G o 14G) y suministre soluciones cristaloides en volumen de hasta 2 litros en infusión rápida. En caso de no disponer de sangre para transfusión, se puede continuar con infusión de soluciones coloides en volumen de hasta 1.5 litros.

-Realice una rápida evaluación del estado general de la mujer incluyendo signos vitales: pulso, presión arterial, respiración, temperatura. Si sospecha shock, inicie tratamiento inmediatamente. Aun si no hay signos de shock presentes, téngalo en mente mientras evalúa a la mujer puesto que su estado general puede empeorar rápidamente.

-Evalúe el tono uterino. En caso de atonía masajee el útero para expulsar la sangre y los coágulos sanguíneos (los coágulos sanguíneos retenidos en el útero inhiben las contracciones uterinas eficaces).

-Inicie masaje uterino bimanual como primera medida para la contención del sangrado mientras prepara de forma simultánea el manejo farmacológico.

-Asegure una adecuada permeabilidad aérea y la provisión de Oxígeno, de ser necesario. Coloque una sonda vesical para la monitorización del gasto urinario.

-Intente identificar la causa de la hemorragia e inicie los tratamientos específicos de acuerdo con la causa:

- Verifique la expulsión completa de la placenta, examínele para tener la certeza de que está íntegra.

- Examine el cuello uterino, la vagina y el perineo para detectar desgarros.

- Considere la posibilidad de coagulopatía.

Si el establecimiento no reúne las condiciones obstétricas esenciales, evalúe los mayores requerimientos del caso y, si lo estima necesario, derive a la paciente sin pérdida de tiempo a otra institución de mayor complejidad.

4.1.14-Caso clínico

Paciente mujer de 19 años con antecedentes de un aborto anterior que fue admitida con el diagnóstico de gestación de 38 semanas con rotura prematura de membranas de 6 horas, en fase latente de trabajo parto; 9 horas después fue sometida a cesárea por aparente trabajo de parto disfuncional, sin complicaciones, obteniéndose un producto vivo de sexo femenino de 2 870 gramos. Una hora después cursó con hipotensión (PA:60/20 mmHg) y taquicardia, detectándose atonía uterina que no mejoró con la compresión bimanual, oxitocina y ergometrina, por lo que se decidió realizar una laparotomía, colocando una sutura compresiva tipo B-Lynch

con catgut crómico N° 1, aguja semicircular roma de 40 mm. En vista que cedió parcialmente el sangrado y que en la parte central no se logró una adecuada compresión, se colocó un segundo punto en la parte central de los puntos anteriores, siendo en la cara anterior aproximadamente equidistante de los puntos anteriores y en la cara posterior de 3 cm de ancho pero 5 mm por encima del punto anterior (figura 1), cediendo completamente el sangrado. Luego, se procedió a cerrar la histerotomía y se le indicó tratamiento antibiótico de amplio espectro por el antecedente de rotura prematura de membrana. Se le transfundió una unidad de paquete globular con prueba cruzada y en los días siguientes tres dosis de hierro sacarato de 100 mg endovenoso. La paciente evolucionó favorablemente, siendo dada de alta al cuarto día postoperatorio, estando asintomática a pesar de tener hemoglobina de 6,9 g/dL. No se pudo hacer seguimiento posterior, porque la paciente no acudió a su control por consultorio externo.

4.1.15-Actuaciones de Enfermería ante una hemorragia:

- Vigilar pérdidas de líquidos
- Mantener vía IV permeable y flujo de líquidos constantes para evitar la hipovolemia.
- Disponer de líquidos sanguíneos para la transfusión sanguínea si procede.
- Vigilar constantes vitales.
- Extracción de sangre para el control de coagulación.
- Administración IV de analgésicos para el dolor según pauta médica.
- Evaluar la eficacia de las medidas tomadas para controlar ese dolor

4.1.16-Actuaciones según etiología:

- Preparación de perfusión de fármacos uterotónicos para corregir la atonía uterina, ayudada de masajes manual del útero para la evacuación de coágulos.
- En caso de inversión uterina, detendríamos perfusión de fármacos uterotónicos si hubiese, se intentaría de forma manual la recolocación del útero. Si esto no fuera posible prepararíamos a la paciente para ser intervenida por laparoscopia.
- Se intenta la extracción manual de la placenta retenida si este fuese el caso. Si esto no fuese suficiente y quedara restos placentarios, prepararíamos a la paciente para un legrado.

4.1.17.-Plan de cuidados

Diagnóstico NANDA

Patrón respiratorio ineficaz r/c hipovolemia, fatiga de los músculos respiratorios m/p disnea.

Objetivos NOC

Estado respiratorio: intercambio gaseoso. 0402. Estado respiratorio: ventilación 0403.

Estado respiratorio: permeabilidad de las vías aéreas. 0410.

Intervenciones NIC y Actividades

Monitorización respiratoria. 3350.

- Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las
- Anotar el movimiento torácico, mirando la simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y
- Observar si se producen respiraciones ruidosas, como cacareos o
- Palpar para ver si la expansión pulmonar es igual.
- Determinar la necesidad de aspiración auscultando para ver si hay crepitación o roncus en las vías aéreas principales.
- Observar si aumenta la intranquilidad, ansiedad o falta de Monitorización signos vitales. 6680.
- Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio, si
- Controlar la presión sanguínea mientras el paciente está acostado, sentado y de pie, si
- Controlar la presión sanguínea, pulso y respiraciones antes, durante y después de la actividad, si
- Controlar periódicamente los tonos cardíacos.
- Observar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la
- Observar si hay cianosis central y periférica.

Diagnóstico NANDA

Déficit de volumen de líquidos r/c pérdida activa de volumen de líquidos y fallo de los mecanismos reguladores m/p piel deshidratada, diaforesis, pérdida de conocimiento y TA 90/50 mmHg.

Objetivos NOC

Hidratación. 0602.

Intervenciones NIC y Actividades

Manejo de líquidos. 4120.

- Pesar a diario y controlar la evolución.

- Contar o pesar pañales, si
- Realizar un registro preciso de ingesta y eliminación.
- Realizar sondaje vesical, si es
- Vigilar el estado de hidratación (membranas mucosas húmedas, pulso adecuado y presión sanguínea ortostática), según sea el
- Controlar resultados de laboratorios relevantes en la retención de líquidos (aumento de la gravedad específica, aumento del BUN, disminución del hematocrito y aumento de los niveles de osmolaridad de la orina).
- Monitorizar estado hemodinámico, incluyendo niveles de PVC, PAM, PAP y PCPE, según

Diagnóstico NANDA

Dolor agudo r/c trabajo de parto y entuertos.

Objetivos NOC

Control del dolor. 1605. Dolor: efectos nocivos. 2101. Nivel del dolor. 2102.

Intervenciones NIC y Actividades

Manejo del dolor. 1400.

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores
- Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos
- Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación de la respuesta del paciente al
- Considerar las influencias culturales sobre la respuesta al
- Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognoscitiva, humor, relaciones, trabajo y responsabilidad de roles).
- Ayudar al paciente y a la familia a obtener Administración de analgésicos. 2210.
- Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al
- Comprobar historial de alergias y órdenes médicas sobre el medicamento, dosis y frecuencia del analgésico
- Elegir el analgésico o combinación de estos, cuando se prescriba más de
- Determinar la selección de analgésicos (narcóticos, no narcóticos, o antiinflamatorios no esteroideos).

- Determinar el analgésico preferido, vía de administración y dosis para conseguir un efecto analgésico óptimo.
- Elegir la vía IV, en vez de la IM, para inyecciones frecuentes de medicación contra el dolor, cuando sea
- Descartar narcóticos y otros medicamentos restringidos de acuerdo con el protocolo de la institución.

Manejo ambiental: confort. 6842.

- Seleccionar un compañero de habitación que tenga preocupaciones ambientales
- Limitar las
- Evitar interrupciones innecesarias y permitir períodos de
- Determinar las fuentes de incomodidad, como vendajes mojados o constrictivos, posición de la sonda, ropa de cama arrugada y factores ambientales
- Proporcionar una cama limpia y cómoda.
- Ajustar la temperatura ambiental que sea más cómoda para la persona, si fuera
- Proporcionar o retirar las mantas para fomentar comodidad en cuanto a la temperatura, si es el

Manejo de la medicación. 2380.

- Determinar los fármacos necesarios y administrar de acuerdo con la prescripción médica y/o el
- Comprobar la capacidad del paciente para automedicarse, si
- Vigilar la eficacia de la modalidad de administración de la medicación.
- Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el
- Observar si hay signos y síntomas de toxicidad de la medicación.
- Observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos.

Diagnóstico NANDA

Intolerancia a la actividad r/c hipovolemia y prescripción facultativa de restricción del movimiento.

Objetivos NOC

Conservación de la energía. 0002. Tolerancia a la actividad. 0005.

Nivel de movilidad. 0208. **Intervenciones NIC y Actividades Manejo de energía. 0180.**

- Determinar las limitaciones físicas del
- Determinar la percepción de la causa de fatiga por parte del paciente/ser querido.
- Favorecer la expresión verbal de los sentimientos acerca de las
- Determinar las causas de la fatiga (tratamientos, dolor, medicamentos).
- Controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos Fomento del ejercicio. 0200.
- Valorar las ideas del paciente sobre el efecto del ejercicio físico en la
- Fomentar la manifestación oral de sentimientos acerca de los ejercicios o la necesidad de
- Ayudar a identificar un modelo positivo para el mantenimiento del programa de
- Incluir a la familia/cuidadores del paciente en la planificación y mantenimiento del programa de
- Informar al paciente acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del
- Instruir al paciente acerca del tipo de ejercicio adecuado para su nivel de salud, en colaboración con el médico y/o

Establecimiento de objetivos comunes. 4410.

- Animar la identificación de valores vitales específicos.
- Ayudar al paciente y a su ser querido a desarrollar expectativas realistas de ellos mismos en el desempeño de sus papeles.
- Identificar el reconocimiento por parte del paciente de su propio
- Animar al paciente a identificar sus propias virtudes y
- Ayudar al paciente a identificar objetivos realistas, que puedan
- Identificar con el paciente los objetivos de los
- Establecer los objetivos en términos positivos. Terapia de 4310.
- Colaborar con terapeutas ocupacionales, físicos y/o recreacionales, en la planificación y control de un programa de
- Determinar el compromiso del paciente con el aumento de la frecuencia y/o gana de
- Ayudarle a centrarse en lo que el paciente puede hacer, más que en los déficits.
- Ayudar al paciente a identificar sus preferencias en cuanto a
- Ayudar al paciente a identificar las actividades

Diagnóstico NANDA

Estreñimiento r/c actividad física insuficiente y dieta inadecuada m/p expresiones verbales tales como que lleva dos días sin defecar, siente mucha presión abdominal, y tiene el vientre muy duro.

Objetivos NOC

Nivel de movilidad. 0208. Eliminación intestinal. 0501.

Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos. 1008.

Intervenciones NIC y Actividades

Manejo intestinal. 0430.

- Tomar nota de la fecha del último movimiento
- Controlar los movimientos intestinales, incluyendo la frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, si
- Observar si hay sonidos intestinales.
- Informar acerca de cualquier aumento de frecuencia y/o sonidos intestinales

- Informar si hay disminución de sonidos
- Obtener un estimulante para las heces, si procede. Entrenamiento intestinal.
- Planificar un programa intestinal con el paciente y demás personas
- Consultar al médico y al paciente respecto del uso de supositorios.
- Enseñar al paciente/familia, los principios de la educación
- Instruir al paciente sobre alimentos con alto contenido en
- Proporcionar alimentos ricos en fibras y/o que hayan sido identificados por el paciente como medio de
- Asegurar una ingesta adecuada de líquidos. Manejo del estreñimiento/impactación.
- Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento.
- Vigilar la aparición de signos y síntomas de impactación.
- Comprobar movimientos intestinales, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, si procede.
- Vigilar la existencia de sonidos
- Consultar con el médico acerca del aumento/disminución de la frecuencia de sonidos

Diagnóstico NANDA

Ansiedad r/c su nueva situación y preocupación ante la evolución de su estado m/p expresiones verbales de la propia paciente.

Objetivos NOC

Aceptación: estado de salud. 1300. Control de la ansiedad. 1402.

Superación de problemas. 1302. **Intervenciones NIC y Actividades** Aumentar el afrontamiento. 5230.

- Valorar el impacto en la situación vital del paciente en los papeles y
- Alentar al paciente a encontrar una descripción realista del cambio de
- Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.
- Valorar y discutir las respuestas alternativas a la situación.
- Utilizar un enfoque sereno, de reafirmación.
- Disponer un ambiente de aceptación. Disminución de la 5820.
- Utilizar un enfoque sereno que dé
- Establecer claramente las expectativas del comportamiento del

- Explicar todos los procedimientos que se han de experimentar durante el
- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación
- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el Cuidados de enfermería al ingreso. 7310.
- Presentarse a sí

–Disponer una intimidad adecuada para el paciente/familia/seres queridos.

- Orientar al paciente/familia/seres queridos en el ambiente más próximo.
- Orientar al paciente/familia/seres queridos en las instalaciones del
- Abrir
- Realizar la valoración física de ingreso, si
- Realizar la valoración psicosocial de ingreso, si
- Realizar la valoración religiosa de ingreso, si
- Proporcionar al paciente el Documento de Derechos del
- Facilitar la información pertinente por
- Mantener la confidencialidad de los datos del paciente (22)

Diagnóstico NANDA

Conocimientos deficientes sobre el proceso de su patología y la evolución de su estado m/p expresiones verbales de la propia paciente de desinformación sobre la enfermedad, su evolución.

Objetivos NOC

Conocimiento: procedimientos terapéuticos. 1814. Conocimiento: conducta sanitaria. 1805.

Conocimiento: proceso de la enfermedad. 1803.

Intervenciones NIC y Actividades

Enseñanza: procedimiento/tratamiento. 5618.

- Obtener, ser testigo del consentimiento informado del paciente del procedimiento/ tratamiento de acuerdo con la política del centro, si procede.
- Presentaremos al paciente al personal que estará implicado en su proceso quirúrgico.
- Le explicaremos la necesidad de ciertos equipos y dispositivos de monitorización y sus
- Reforzaremos la información que ha sido proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados, según
- Corregiremos las expectativas irreales sobre el proceso quirúrgico y su Enseñanza: proceso de enfermedad. 5602.
- Evaluaremos el nivel de conocimientos que posee el paciente con el proceso quirúrgico.
- Explicaremos la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y la fisiología.

- Le describiremos los signos y síntomas comunes en su proceso, si
- Le describiremos el proceso de la enfermedad, si
- Evitaremos facilitar promesas tranquilizadoras vacías. Enseñanza: individual.
- Establecer compenetración.
- Valoraremos las necesidades de enseñanza que tiene nuestro
- Valoraremos qué nivel de conocimientos posee nuestro paciente a la vez del grado de comprensión de
- Proporcionaremos un ambiente adecuado para facilitar el
- La conducta se reforzará si se considera
- Si los métodos elegidos resultan ineficaces, escoger otros métodos y estrategias de enseñanza.

Diagnóstico NANDA

Riesgo de infección r/c hemorragia e hipovolemia.

Objetivos NOC

Estado inmune. 0702.

Integridad tisular: piel y membranas mucosas. 1101.

Intervenciones NIC y Actividades

Protección contra las infecciones. 6550.

- Observar los signos y síntomas de infección sistémica y
- Observar el grado de vulnerabilidad del paciente a las
- Vigilar el recuento de granulocitos absoluto, el recuento de glóbulos blancos y los resultados
- Mantener las normas de asepsia para el paciente de
- Realizar técnicas de aislamiento, si es
- Proporcionar los cuidados adecuados a la piel en las zonas
- Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor externo o drenaje en la piel y las membranas

Diagnóstico NANDA Temor r/c su patología. **Objetivos NOC**

Control del miedo. 1404. Control de la ansiedad.1402.

Intervenciones NIC y Actividades

Apoyo emocional. 5270.

- Comentar la experiencia emocional con el
- Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como ansiedad, ira o
- Animar al paciente a que exprese estos
- Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta
- Proporcionar ayuda en la toma de
- Remitir a servicios de Aumentar el afrontamiento. 5230.
- Valorar el ajuste del paciente a los cambios de imagen corporal, si está
- Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los papeles y
- Valorar la comprensión del paciente del proceso de
- Disponer de un ambiente de aceptación.
- Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del

4.2.-INFECCIONES POSTPARTO

4.2.1.-Endometritis

Es una inflamación o irritación del revestimiento del útero (el endometrio o membrana mucosa que cubre el interior del útero). La endometritis es la causa más frecuente de fiebre puerperal. Es más habitual en las mujeres a las que se les ha practicado una cesárea o después de un trabajo de parto prolongado. También si se ha retenido un fragmento de la placenta en el interior del útero. La madre tiene el útero dolorido e hinchado, fiebre, fatiga, estreñimiento y taquicardia.(23)

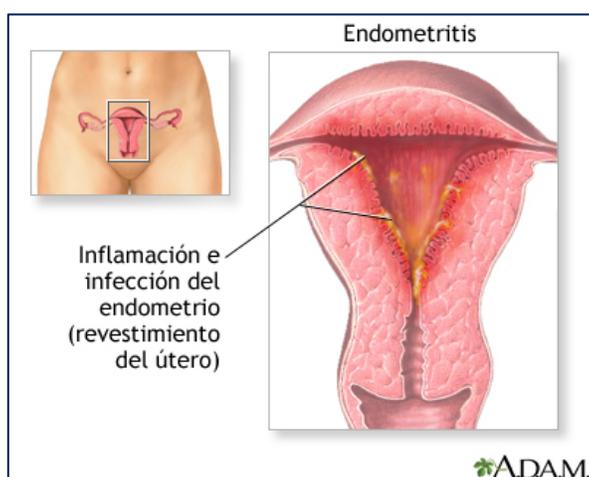


Figura #26 Endometritis

La incidencia de la endometritis posparto se ve afectada principalmente por el modo de extracción del feto:

- Partos por vía vaginal: 1 a 3%
- Cesáreas programadas (antes de que comience el trabajo de parto): 5 a 15%
- Cesáreas no programadas (después de que se inició el trabajo de parto): 15 a 20%

Las características de las pacientes también afectan la incidencia.

4.2.2.-Etiología

La endometritis puede aparecer después de una corioamnionitis durante el trabajo de parto o en el posparto. Los trastornos predisponentes incluyen

- Rotura prolongada de membranas y parto

- Monitorización fetal interna
- Trabajo de parto prolongado
- Cesárea
- Examen digital vaginal repetido
- Retención de fragmentos placentarios en el útero
- Hemorragia posparto
- Colonización del tracto genital inferior
- Anemia
- Vaginosis bacteriana
- Edad materna joven
- Bajo estado socioeconómico

Las infecciones tienden a ser polimicrobianas; los patógenos más comunes incluyen las siguientes:

- Cocos grampositivos (predominantemente, estreptococos del grupo B streptococci, *Staphylococcus epidermidis* y especies de *Enterococcus*)
- Anaerobios (predominantemente, peptostreptococos, especies de *Bacteroides* y de *Prevotella*)
- Bacterias gramnegativas (predominantemente, *Gardnerella vaginalis*, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, y *Proteus mirabilis*).

La infección puede ocurrir en el endometrio (endometritis), el parametrio (parametritis), y/o el miometrio (miometritis).

Rara vez pueden aparecer peritonitis, abscesos pelvianos o tromboflebitis pelviana (con riesgo de embolia pulmonar). Muy rara vez, puede producirse un shock séptico y sus consecuencias, incluida la muerte.

4.2.3.-Signos y síntomas

En general, los primeros síntomas de la endometritis puerperal son dolor hipogástrico y dolor a la movilización uterina, seguidos de fiebre—con mayor frecuencia dentro de las primeras 24 a 72 h posparto. Los escalofríos, las cefaleas, el malestar general y la anorexia son comunes. A veces, el único síntoma es fiebre leve.

Con frecuencia, también hay palidez, taquicardia y leucocitosis, y el útero es blando, grande y doloroso. El flujo puede ser escaso o profuso y

maloliente, con o sin sangre. Cuando se ven afectados los parametrios, el dolor y la fiebre son intensos; el útero, grande y doloroso, está indurado en la base de los ligamentos anchos, y la inflamación se extiende hasta las paredes pelvianas o el fondo de saco posterior.

El absceso pelviano puede manifestarse como una masa palpable separada y adyacente al útero.

4.2.4.-**Diagnóstico**

- Evaluación clínica
- En general, estudios para excluir otras causas (p. ej., análisis y cultivo de orina)

El diagnóstico dentro de las 24 h del parto se basa en los hallazgos clínicos de dolor espontáneo y a la palpación, y de una temperatura $> 38^{\circ} \text{C}$.

Después de las primeras 24 h, debe presumirse una endometritis si no hay otras causas evidentes en pacientes con una temperatura $\geq 38^{\circ} \text{C}$ en 2 días sucesivos. Otras causas de fiebre y síntomas abdominales bajos incluyen infecciones uterinas, una infección de la herida, una tromboflebitis séptica pelviana y una infección perineal. A menudo, el dolor uterino es difícil de distinguir del dolor de la cicatriz en pacientes con una cesárea.

Los pacientes con fiebre leve y sin dolor abdominal deben ser evaluados en busca de otras causas ocultas, como atelectasias, agrandamiento mamario, infección mamaria, infección urinaria y tromboflebitis en las piernas. La fiebre por ingurgitación mamaria tiende a permanecer $\leq 39^{\circ} \text{C}$. Si la temperatura se eleva abruptamente después de 2 o 3 días de una fiebre leve, es probable que la causa sea una infección en lugar de una ingurgitación mamaria.

En general, se realizan análisis y cultivos de orina.

4.2.5.-**Tratamiento**

Clindamicina más gentamicina, con o sin ampicilina

El tratamiento de la endometritis puerperal es un antibiótico de amplio espectro IV hasta que la mujer esté afebril durante 48 h.

La elección de primera línea es la clindamicina 900 mg IV cada 8 h más gentamicina 1,5 mg/kg IV cada 8 h o 5 mg/kg 1 vez al día (1); se agrega 1 g cada 6 h si se sospecha una infección por enterococos o si no se produce una mejoría dentro de las 48 h. No es necesario un tratamiento continuo con antibióticos orales.

4.2.6.-Cuidados de enfermería

- Higiene de manos.
- Control de funciones vitales.
- Controlar sangrado vaginal.
- Brindar comodidad y confort.
- Establecer empatía enfermera - paciente
- Administrar medicamentos según prescripción médica.
- Monitorizar temperatura
- Observar signos de alarma.
- Brindar apoyo emocional.
- Realizar masajes uterinos.
- Educar sobre cuidados generales.

4.2.7.-Caso clínico

Mujer de 28 años de edad, que acude al Servicio de Urgencias por presentar fiebre elevada de 24 horas de evolución. Ocho días antes, había dado a luz una niña de 3.250 g de peso que recibía desde entonces lactancia natural. El parto había tenido lugar a las 39 semanas de gestación, por vía vaginal, y sin ningún factor de riesgo, siendo dada de alta la paciente a las 48 horas del mismo.

A la exploración presentaba una temperatura axilar de 38,6 °C y ligero dolor a la palpación en la zona hipogástrica. No refería disuria ni polaquiuria y la puño percusión lumbar era negativa. La exploración mamaria era normal. En el tacto vaginal presentaba ligero dolor a la movilización endocervical y unos loquios malolientes. La herida de la episiotomía no presentaba signos inflamatorios. La auscultación cardio-respiratoria y la exploración neurológica fueron normales.

En la analítica destacaba un hematocrito de 32%, 14.700 leucocitos/mm³ (con 3% de bandas y 85% de segmentados) y una proteína C reactiva elevada, de 68 mg/L. El sedimento urinario y el resto de la analítica fueron normales.

Se practicaron dos hemocultivos, un urinocultivo y un cultivo del material endometrial obtenido mediante aspiración con una cánula a través del cuello del útero, y se instauró tratamiento con ampicilina, gentamicina y metronidazol endovenosos.

En la tinción de Gram del aspirado endometrial se observó la presencia de bastantes leucocitos y escasos bacilos gramnegativos. A las 48 horas, los hemocultivos y el urinocultivo eran negativos. En el cultivo del aspirado endometrial no se observó crecimiento en las placas incubadas en aerobiosis/CO₂ (agar chocolate, agar sangre con colistina y ácido nalidíxico y agar MacConkey), mientras que en las placas incubadas en anaerobiosis

(agar sangre y agar Schaedler con neomicina y vancomicina) se observó el crecimiento de abundantes colonias no pigmentadas. La tinción de Gram demostró que eran bacilos gramnegativos pleomórficos (con formas cortas y formas alargadas) y la prueba de la catalasa de las colonias fue positiva. La paciente permaneció afebril a partir de las 48 horas y fue dada de alta a los 6 días del ingreso con tratamiento con amoxicilina-clavulánico por vía oral.

4.2.8.-Plan de cuidado

Diagnóstico

Hipertermia relacionada con enfermedad y manifestado con un aumento de temperatura.

Objetivos (NOC)

- (0800) Termorregulación
 - (0800001) Temperatura cutánea en rango adecuado
- (0802) Signos vitales.
 - (080201) Temperatura corporal
 - (080203) frecuencia del pulso apical
 - (080204) frecuencia respiratoria
 - (080209) presión del pulso

Intervenciones (NIC)

- (3900) Regulación de la temperatura
 - Administrar medicamentos
 - Favorecer la ingesta de líquidos
 - Regular la temperatura ambiental
- (6680) Monitorizar signos vitales
 - Observar color, temperatura y humedad en piel
 - Registrar signos de hipertermia.
- (3740) Tratamiento de la fiebre
- Monitorizar temperatura
- Control de balance hídrico
- Administrar antipiréticos

Conclusiones.

La infección puerperal es una situación que puede deberse a diversos factores etiológicos, cuando se produce, la función de la matrona se basa en controlar el nivel de hipertermia, colaborar en la administración de medicamentos y realización de técnicas para determinar el origen.

4.3.-INFECCIÓN DE LA HERIDA QUIRÚRGICA (CESAREA)

4.3.1.-Una herida es el efecto producido por un agente externo que actúa de manera brusca sobre una parte de nuestro organismo, superando la resistencia de los tejidos sobre los que incide, causando una rotura de la superficie cutánea o mucosa, ya sea producida accidentalmente por traumatismos u otras agresiones a la piel, o por un acto quirúrgico. En definitiva, es una lesión caracterizada por una discontinuidad en el epitelio que lo reviste.

Las heridas agudas, a diferencia de las heridas crónicas, normalmente tienen un proceso de reparación dinámico, ordenado y escalonado que concluye con la restauración continua de la integridad de la piel, pero hay elementos que pueden interferir en el proceso de cicatrización.



Figura #27 infección de herida

4.3.2.-Factores que afectan a la cicatrización de la herida

La curación de heridas, como un proceso biológico normal en nuestro cuerpo, se logra a través de cuatro fases con precisión y altamente programadas: hemostasia, inflamación, proliferación y remodelación. Para que una herida se cure correctamente, las cuatro fases deben producirse en la secuencia adecuada y dentro de un tiempo determinado; esta serie de eventos biológicos establecidos intentan devolver la integridad anatómica, funcional y estética de los tejidos lesionados, dejando finalmente una cicatriz. Pero hay factores que pueden interferir con una o más fases de este proceso, causando así la curación de heridas de manera inadecuada o dañada.

Factores locales

Son los que influyen directamente en las características de la herida, mientras que los factores sistémicos se relacionan con el estado general de salud o estado de la enfermedad del individuo y que afectan a su capacidad de curación.

Muchos de estos factores están relacionados y los factores sistémicos que actúan a través de los efectos locales que afectan a la cicatrización de heridas.

Oxigenación de la zona

Cualquier elemento que impida o disminuya la circulación de la sangre en la zona de una herida retarda su cicatrización y la hace más vulnerable a infecciones, como ocurre en ocasiones con determinados vendajes apretados, arterias dañadas, etc. Aunque se ha comprobado que un pequeño grado de edema estimula la fibroplasia, formando parte del tejido de granulación, cuando es considerable retrasa la cicatrización e inhibe el transporte al área de las sustancias necesarias para este proceso. La hipoxia y la isquemia son las causas más frecuentes del retraso de la cicatrización, provocando la depleción de los bordes de la herida, dificulta la síntesis de colágeno, impide la migración de fibroblastos, y reduce los mecanismos de defensa contra la invasión bacteriana, aumentando la susceptibilidad de la herida a la infección. En general, la hipoxia es el mecanismo común por el que otros factores dificultan la cicatrización, siendo el único proceso de cicatrización favorecido por la hipoxia la angiogénesis. Una opción terapéutica que a veces puede superar la influencia de la hipoxia tisular es la terapia de oxígeno (12, 13, 14).

4.3.3.-Infección. -El estado del individuo y su respuesta ante la invasión de microorganismos determinan si la herida se clasifica como: teniendo contaminación, colonización, infección local / colonización crítica o propagación de la infección invasiva (15, 16).

Cuerpos extraños

Al igual que la infección, los procesos infecciosos pueden causar destrucción tisular y en consecuencia, retrasar o anular el proceso de cicatrización. En ocasiones, una mala exploración de la herida nos deja pasar por alto elementos o detritus que quedan alojados en el interior tales como cristal, hueso, madera, espinos, etc., y procedemos a la sutura de la misma con la consiguiente dehiscencia quirúrgica posterior (Fig. 1).

Movilidad de los tejidos

La inmovilidad de los bordes de la herida es muy importante para adelantar la reparación y curación de las heridas, sobre todo en tejidos profundos como músculos y tendones. Por eso, se recomienda el reposo durante los primeros días, y si el trauma es en los miembros inferiores o en articulaciones los inmovilizaremos.

Extensión de la destrucción hística

Es otro factor determinante de la reparación, más prolongado cuando el daño tisular es más extenso.

Tejido donde ha ocurrido la lesión

Algunos tejidos tienen más inmunidad que otros. La vascularización influye de manera notable en este proceso de aceleramiento en la cicatrización; el tejido muy vascularizado está menos expuesto a infecciones que el que está irrigado por una circulación más limitada. Zonas como el perineo es posible que retarden más su cicatrización por las condiciones de humedad de la zona que otras que no estén expuestas a este elemento.

Edema

Reduce el riego sanguíneo a raíz del aumento de la presión intersticial sobre los vasos sanguíneos; paraliza la cicatrización al inhibir los elementos necesarios en este proceso de formación ya que disminuye el O₂ en los tejidos, aumentando el CO₂, haciendo más ácido el medio y perturba el proceso regenerativo.

Radioterapia

Se retrasa, la cicatrización, en pacientes que se han sometido a radioterapia, no solo por la inmunosupresión, sino también por el daño tisular extenso en el órgano o región del cuerpo tratados. En pacientes radiados suele complicarse la cicatrización de heridas, incluyendo retraso, dehiscencia y fístulas. No olvidemos que los tejidos radiados presentan alteraciones en el metabolismo celular y deben manipularse con mayor delicadeza.

Tejidos desvitalizados

Es otro de los elementos que jugará un papel importantísimo en el proceso de reparación de la propia herida, por lo que se hace imprescindible su eliminación para garantizar la reparación hística.

Hematomas

Se trata de otro elemento determinante, llegando a separar los tejidos profundos, limitando el aporte sanguíneo. La propia tensión expande la piel para acomodar el volumen del hematoma. Las necrosis cutáneas, generalmente, ocurren al no detectar hematomas. Los grandes deben ser drenados. Y los pequeños desaparecerán con evacuaciones seriadas. La hemostasia meticulosa, la disección juiciosa del colgajo y la atención al dolor posoperatorio son las mejores defensas para evitar estas complicaciones.

Curaciones repetidas

La repetición de las curas a pequeños intervalos de tiempo puede perjudicar el proceso de cicatrización debido a la remoción de los elementos celulares por la propia gasa o instrumental.

Tensión en los bordes de la herida

En heridas suturadas, los puntos deben ejercer la misma tensión entre los bordes de la herida que entre la superficie y el fondo de esta. A esta norma se le denomina regla de las x (equilibrada, equidistante, equipenetrante) como refieren Domínguez Romero y cols (17).

Factores generales

La edad

En los ancianos, la circulación suele estar deteriorada por arteriosclerosis y una función cardiaca limitada. Sus reservas de energía son bajas, y con frecuencia su hidratación y estado nutricional deficientes. La epidermis es más fina y su renovación más lenta, disminuyendo la resistencia al traumatismo (18).

El Estado nutricional

La nutrición de un individuo tiene un gran efecto en el proceso de cicatrización. Las proteínas son fundamentales en la formación de nuevo tejido. Las deficiencias proteínicas retrasan la vascularización, la formación de linfáticos, la proliferación de fibroblastos, la síntesis de colágeno y la remodelación de la herida. Los carbohidratos y las grasas se requieren para la energía celular. La vitamina C participa en la maduración de las fibras de colágeno durante las últimas etapas de la cicatrización. La carencia de vitamina K puede causar hemorragias y hematomas que hacen más difícil la cicatrización. Las vitaminas del complejo B son necesarias para el metabolismo de proteínas, grasas y carbohidratos, aunque no se conoce el mecanismo. En pacientes obesas, es mayor la frecuencia de complicaciones de heridas, como hernias incisionales, infecciones y dehiscencias (19, 20, 21, 22).

Determinadas enfermedades

Algunas como las autoinmunes, personas con anemia y trastornos sanguíneos que causan insuficiencia vascular donde se disminuye la resistencia del paciente y aumenta la posibilidad de infección. Los AINE y los corticoides reducen la fase de inflamación necesaria en el proceso de cicatrización. Además, los corticoides actúan como inmunodepresores y disminuyen la actividad de los leucocitos, por lo que aumenta el riesgo de infección, tratamientos con dicumarínicos y antiagregantes plaquetarios (23, 24).

4.3.4.- Clasificación

Las heridas agudas tienen una amplia gama de clasificaciones. Es fundamental describir de forma detallada el aspecto, forma, agente causal y afectación de las distintas capas de la piel, ya que de ello depende nuestra actitud terapéutica y cuidados posteriores de la propia herida (27, 28, 29).

1. Según la dirección o trayecto de la herida o zona del cuerpo donde se ha producido la herida, pueden ser:

- Longitudinales. Cuando el trayecto de la herida sigue un curso más o menos paralelo al eje principal siguen un trayecto recto, eje longitudinal mayor que el transversal. Se producen en zonas donde la tensión estática de la piel es muy fuerte, la piel de la frente o en zonas con grandes masas musculares debajo (pierna, brazo); la parte central de la herida tiende a separarse y se retraen los bordes.

Características de la herida infectada. -En caso de infección aparecen dolor, enrojecimiento y secreciones de pus y otros fluidos en torno a la herida, inflamación o edema y equimosis. En la episiotomía existe enrojecimiento e induración alrededor de la herida, es muy dolorosa a la palpación y puede acompañarse de dehiscencia de la episiotomía ya que la herida se abre y está llena de pus, no es necesario volver a coser la episiotomía a no ser que no se haya cerrado espontáneamente por segunda intención en unos 10 o 15 días.

4.3.5.-Caso clínico

Mujer de 38 años embarazada de 37 semanas con preeclampsia acude al servicio de urgencias del Hospital Materno Infantil debido a un aumento del dolor y la tensión arterial. Tras revisar el expediente clínico de la paciente y valorarla medicamente se decide realizar una cesárea por el riesgo tanto para la embarazada como para su bebé. La intervención se realizó con éxito y la paciente y su bebé se recuperan en hospitalización.

4.3.6.-Plan de cuidados

Diagnóstico

DOLOR AGUDO

-Hace referencia en este caso al dolor derivado de la intervención quirúrgica.

-NOC:

- Control de dolor (1605).
- Dolor: efectos nocivos (2101).
- Nivel del dolor (2102).

-NIC:

- Manejo del dolor (1400).
- Administración de analgésicos (2210).
- Aumentar el afrontamiento (5230).
- Manejo ambiental: confort (6482).

-ACTIVIDADES:

- Crea y aplicar medidas que permitan aliviar el dolor.
- Administrar analgésicos por vía intravenosa tal como pautó el médico.
- Informar a la paciente acerca del dolor, de cómo va a ser tratado y de la evolución prevista.
- Realizar un estudio del dolor desde las características de éste hasta su localización y duración.
- Seguir de forma muy rigurosa las pautas horarias de administración analgésica con el fin de evitar tanto picos como valles a nivel sanguíneo y por tanto un inadecuado control del dolor.
- Controlar los signos vitales durante y tras la administración de los analgésicos.
- Utilizar toda aquella analgesia de rescate prescrita por el médico cuando el paciente manifieste dolor entre tomas de las pautas de analgesia con el fin de aliviar dicha sensación.
- Lograr mediante las pautas analgésicas tanto estándar como de rescate que el paciente no tenga dolor.
- Antes de la administración de cualquier medicamento sea o no un analgésico es fundamental verificar tanto con el paciente como en su historia clínica las posibles alergias medicamentosas.
- Valorar el impacto psicológico que está suponiendo dicha situación de salud para la paciente.
- Dirigirse siempre de forma serena y positiva a la paciente.
- Dirigirse a la paciente siempre con su nombre.
- Resolver cualquier duda que la paciente solicite.
- Ofrecer de forma objetiva información diaria a la paciente de su evolución.
- Ofrecer siempre de forma segura autonomía a la paciente.
- Animar a la paciente a que busque el apoyo de su red social.
- Eliminar o disminuir al menos aquellos estímulos que puedan ser perjudiciales para la paciente.
- Seleccionar un compañero de habitación de características similares favoreciendo en confort de ambos.
- Evitar alterar el descanso y confort del paciente siempre que sea posible.

RIESGO DE INFECCIÓN

-Consiste en la posibilidad de que haya un riesgo de infección como consecuencia de la cesárea realizada a la paciente.

-NOC:

- Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas (0204).
- Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101).
- Conocimiento: control de la infección (1807).
- Control del riesgo (1902).
- Detección del riesgo (1908).

-NIC:

- Cuidados de las heridas (3660).
- Control de infecciones (6540).
- Protección contra las infecciones (6550).

-ACTIVIDADES:

- Mantener limpios los apósitos y en correcto estado.
- Limpiar diariamente las heridas con SF y Betadine con el fin de favorecer su cicatrización.
- Anotar en la gráfica de enfermería las características de la herida quirúrgica tras la cesárea.
- Anotar en la gráfica de enfermería la evolución de la herida quirúrgica tras la cesárea.
- Utilizar jabón antibacteriano para lavar la herida quirúrgica en caso de ser necesario.
- Mantener limpia el acceso venoso periférico de la paciente para evitar flebitis o infecciones sistémicas.
- Realizar una correcta limpieza, mantenimiento y cuidado del acceso venoso periférico para que sea seguro y funcional.
- Aplicar técnicas de cura estéril para evitar posibles contaminaciones de la herida quirúrgica tras cesárea.
- Realizar una manipulación aséptica de los accesos venosos periféricos.
- Realizar un correcto aseo del paciente con el fin de mantenerlo limpio e higiénico.
- Lavarse las manos antes y después de atender al paciente utilizando guantes en aquellas actividades que lo requieran.
- Limitar el número de visitas con el fin de evitar contaminaciones del medio y de la propia paciente.
- Observa si existen signos o síntomas de infección tanto local como sistémica con el fin de actuar con rapidez evitando complicaciones.
- Facilitar el descanso de la paciente con el fin de acelerar su mejoría.

- Realizar un control a través de análisis sanguíneos para valorar de forma temprana la aparición de una infección sistémica.
- Valorar la vulnerabilidad de la paciente a sufrir una posible infección como complicaciones de su situación de salud presente.
- Informar de la importancia de una suficiente y correcta higiene de manos tanto de la paciente como de las visitas autorizadas.

ANSIEDAD

-Consiste en la posible aparición de malestar o sensación de amenaza inminente como consecuencia de la situación de vulnerabilidad que produce la situación de salud vivida por la paciente.

-NOC:

- Aceptación estado de salud (1300).
- Superación de problemas (1302).
- Adaptación psicosocial: cambio de vida (1305).
- Control de la ansiedad (1402).

-NIC:

- Fomentar el sueño (1850).
- Escucha activa (4920).
- Aumentar el afrontamiento (5230).
- Apoyo emocional (5270).
- Técnica de relajación (5880).
- Disminución de la ansiedad (5820).

-ACTIVIDADES:

- Estudiar el esquema de sueño/vigilia de la paciente.
- Garantizar un ambiente adecuado para poder dormir y descansar.
- Valorar si la medicación administrada puede ocasionar alteraciones en el patrón de sueño/vigilia de la paciente.
- Evitar en caso de dolor que esta pueda alterar el patrón de sueño/vigilia de la paciente.
- Realizar aseos de relajación previos a la hora de dormir con el fin de garantizar una adecuada conciliación del sueño.
- Disminuir o eliminar aquellas situaciones que produzcan estrés y por tanto puedan ocasionar alteraciones en el descanso.
- Ofrecer en caso de ser necesario ayuda farmacológica para inducir el sueño y descanso de la paciente.
- Crear una relación de confianza con la paciente basada en la escucha activa.

- Lograr mediante una escucha activa captar el interés y colaboración de la paciente.
- Mostrar interés en las preocupaciones o necesidades de la paciente.
- Ser empático con los sentimientos y la situación de salud de la paciente.
- Valorar siempre el tono, volumen, tiempo e inflexión de la voz de la paciente durante las interacciones.
- Lograr una clarificación del mensaje utilizando para ello preguntas que den lugar a una retroalimentación positiva.
- Eliminar aquellas barreras que pueda ocasionar una alteración de la escucha activa de la paciente.
- Fomentar las relaciones sociales beneficiosas para la paciente dentro de las limitaciones de visitas existentes.
- Utilizar siempre un enfoque sereno y positivo.
- Valorar que grado de comprensión tiene la paciente de su situación de salud.
- Hablar acerca de la experiencia emocional que tiene la paciente en relación a su situación de salud.
- Ayudar a la paciente a utilizar mecanismos adecuados de defensa frente a su situación de salud.
- Ayudar a que exprese sus sentimientos de ansiedad o nerviosismo derivados de su situación de salud.
- Siempre que la paciente o la situación lo requiera sentarse a aclarar y a escuchar activamente a la paciente.
- Ayudar a la paciente a lograr aumentar la seguridad sobre sí misma.
- Nunca perder el contacto visual con la paciente en busca de que lo valore positivamente.
- Realizar ejercicios de relajación siempre que sea necesario.
- Encontrar y valorar aquellas situaciones que le producen ansiedad al paciente.
- Crear un ambiente de confianza con el paciente con el fin de lograr una óptima comunicación.
- Ofrecer la posibilidad a la paciente de manifestar sus sentimientos, miedos o percepciones.

5.1 MASTITIS

5.1.1.-Es una infección de las mamas que suele aparecer dos o tres semanas después del parto, aunque en algunas ocasiones puede darse durante la primera semana. Se manifiesta con hinchazón, dolor y enrojecimiento del pecho, fiebre y malestar. El tratamiento para la mastitis se basa en antibióticos y antiinflamatorios o analgésicos de uso corriente que son compatibles con la lactancia , por tanto, no es necesario suspenderla (24)



figura #28 Infección de mamas.

<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/mastitis/symptoms-causes/syc-20374829>

5.1.2.-Manifestaciones clínicas. -

Los signos y síntomas de la mastitis pueden aparecer de forma repentina. Pueden ser algunos de los siguientes:

- Sensibilidad en las mamas o sensación de calor al tacto
- Hinchazón de las mamas
- Engrosamiento del tejido mamario o un bulto en la mama
- Dolor o sensación de ardor de forma continua o durante la lactancia
- Enrojecimiento de la piel, a menudo en forma de cuña
- Sentir malestar general

- Fiebre de 101 °F (38.3 °C) o más

5.1.3.-Factores causales. -

La leche que queda obstruida en la mama es la causa principal de la mastitis. Otras causas incluyen las siguientes:

- **Un conducto mamario bloqueado.** Si la mama no se vacía completamente en cada toma, uno de los conductos mamaros se puede obstruir. La obstrucción hace que la leche regrese, lo que genera una infección mamaria.
- **Bacterias que ingresan en la mama.** Las bacterias de la superficie de la piel y de la boca del bebé pueden ingresar en los conductos mamaros a través de una grieta en la piel del pezón o una abertura en el conducto mamario. La leche estancada en una mama que no se vacía se convierte en un caldo de cultivo para las bacterias.

5.1.4.-Factores de riesgo

Entre los factores de riesgo de la mastitis se incluyen los siguientes:

- Episodio de mastitis anterior durante la lactancia
- Pezones lastimados o agrietados, aunque la mastitis se puede manifestar sin que la piel esté lastimada
- Uso de un sostén ajustado o presión ejercida en el pecho por usar el cinturón de seguridad o una cartera pesada que puede limitar el flujo de leche
- Técnica de lactancia inadecuada
- Cansancio o estrés excesivos
- Nutrición deficiente
- Tabaquismo

5.1.5.-Complicaciones

Una mastitis que no se trata adecuadamente o que se produce por un conducto bloqueado puede provocar una acumulación de pus (absceso) en la mama. Por lo general, un absceso requiere un drenaje quirúrgico.

5.1.6.-Prevención

Educar a las madres sobre técnicas de amamantamiento durante el embarazo y en el post parto, ciertas sugerencias:

- Drenar por completo la leche de los senos mientras amamantas.
- Permite que el recién nacido vacíe por completo uno de los senos antes de cambiar al otro seno durante el amamantamiento.
- Cambios de posición que permitan la comodidad de la madre y el recién nacido.
- No fumar durante la lactancia

5.1.7.-Cuidados de enfermería

- Higiene
- Educar a la paciente sobre las técnicas correctas para dar de amamantar.
- Comenzar el amamantamiento en la primera hora tras el parto.
- Controlar los signos de buen agarre al pecho.
- Exploración de la mama.

5.1.8.-Caso clínico

Mujer de 27 años que acude a consulta de enfermería tras parto eutócico hace 14 días. Embarazo controlado y gestación a término. Recién nacido sin complicaciones. Sin antecedentes personales de interés. No alergias medicamentosas conocidas. No sigue tratamiento habitual. Actualmente realiza lactancia materna exclusiva que describe como satisfactoria, ya que su hijo gana peso correctamente.

5.1.9.-Plan de cuidados

[00004] Riesgo de infección: manifestado por alteración de la integridad de la piel. Problema asociado procedimiento invasivo.

NOC:

[0073] Severidad de la infección: Fiebre y malestar general.

[2511] Estado materno: Puerperio. Equilibrio emocional, curación de herida quirúrgica y confort de las mamas.

NIC:

[6540] Control de infecciones

- Administrar un tratamiento antibiótico cuando sea adecuado.
- Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuándo se deben notificar al cuidador.

[6930] Cuidados postparto

- Tranquilizar a la paciente sobre su capacidad de cuidar de sí misma y del lactante.
- Facilitar un apego progenitor-lactante óptimo.
- Instruir a la paciente sobre las necesidades nutricionales del lactante.
- Remitir a la paciente a la consulta de lactancia, si está indicado
- Proporcionar una educación y apoyo adecuados sobre el método de alimentación escogido.
- Monitorizar la temperatura de las mamas y el estado de los pezones.
- Instruir a la paciente sobre los cambios mamarios.

[00132] Dolor Agudo: relacionado con agentes lesivos biológicos manifestado por expresión facial de dolor.

NOC:

[1605] Control del dolor: refiere dolor controlado y utiliza analgésicos como se recomienda

NIC:

[2210] Administración de analgésicos

- Determinar la aparición, localización, duración, características, calidad, intensidad, patrón, medidas de alivio, factores contribuyentes, efectos en el paciente y gravedad del dolor antes de medicar al paciente.
- Determinar el nivel actual de comodidad y el nivel de comodidad deseado del paciente utilizando una escala de medición del dolor apropiada.
- Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.

[00104] Lactancia materna ineficaz: manifestado por vaciado insuficiente de cada mama en cada toma relacionado con dolor materno y anomalías en la mama materna.

NOC:

[1002] Mantenimiento de la lactancia materna. Reconocimiento de signos de conductos taponados y reconocimiento de signos de mastitis.

[1001] Establecimiento de la lactancia materna: madre. Bombeo de la mama y nivel de llenado del pecho previo a la lactancia.

NIC:

[5244] Asesoramiento en la lactancia.

- Corregir conceptos equivocados, mala información e imprecisiones acerca de la lactancia materna.
- Ayudar a asegurar que el lactante se sujeta bien a la mama (monitorizar una alineación correcta del lactante, sujeción y compresión areolar, y deglución audible).
- Explicar las técnicas para evitar o minimizar la congestión mamaria y las molestias asociadas (p. ej., tomas frecuentes, masaje mamario, compresas calientes, extracción de la leche, aplicación de compresas de hielo tras la lactancia o la extracción de leche, antiinflamatorios).
- Explicar los signos, síntomas y estrategias de manejo de la obstrucción de los conductos, la mastitis y la infección candidiásica.

[2210] Administración de analgésicos: Anteriormente descrito.

[6550] Protección contra las infecciones.

- Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.
- Inspeccionar la existencia de eritema, calor extremo, o exudados en la piel y las mucosas.
- Inspeccionar el estado de cualquier incisión/herida quirúrgica.
- Enseñar al paciente a tomar los antibióticos tal como se ha prescrito.
- Notificar los resultados de cultivos positivos al personal de control de infecciones.

4. [00106] Disposición para mejorar la lactancia materna: manifestado por La madre expresa deseos de mejorar la capacidad de amamantar con lactancia materna exclusiva y la madre expresa deseos de mejorar la capacidad para proporcionar leche materna para satisfacer las necesidades del lactante.

NOC:

[1800] Conocimiento: lactancia materna. Se adapta al papel materno, mantiene los cuidados de la incisión quirúrgica y controla los signos-síntomas de infección.

[1624] Conducta de la salud maternal posparto. Composición de la leche materna, del proceso de salida de la leche, leche inicial frente a tardía y técnica adecuada para amamantar al bebé

NIC:

[5244] Asesoramiento en la lactancia. Anteriormente descrito.

[5395] Mejora de la autoconfianza.

- Explorar la percepción del individuo de su capacidad de desarrollar la conducta deseada.
- Proporcionar información sobre la conducta deseada.
- Identificar los obstáculos al cambio de conducta.
- Preparar al individuo para los estados fisiológicos y emocionales que puede experimentar durante los intentos iniciales del desarrollo de una nueva conducta.
- Proporcionar un entorno de ayuda para aprender los conocimientos y habilidades necesarios para llevar a cabo la conducta.
- Reforzar la confianza al hacer cambios de conducta y emprender la acción.

[5640] Enseñanza: nutrición del lactante (0-3 meses).

- Proporcionar a los progenitores materiales por escrito adecuados a las necesidades de conocimiento identificadas.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a alimentar solo con leche materna o de fórmula durante el primer año (no dar alimentos sólidos antes de los 4 meses).

Evolución y seguimiento

Después de la intervención quirúrgica y el tratamiento antibiótico pertinente, la mastitis puerperal fue resuelta con éxito. Se realizó seguimiento de la lactancia materna por parte de la matrona del centro de salud al que pertenecía, sin notificar episodios recurrentes de mastitis en esta paciente gracias a la instrucción y formación recibida durante el ingreso sobre lactancia materna para evitar futuras complicaciones y en gran medida, a la continuidad de cuidados ofrecidas que ha permitido durante el ingreso la continuidad de la lactancia materna para cumplir con el deseo de la madre y tener una lactancia materna eficaz exclusiva con su recién nacido.

6.1.-CISTITIS

6.1.1.-Infección e inflamación de la vejiga a causa de bacterias, principalmente Escherichia Coli (“Colibacilo”). También se trata de un riesgo de infección frecuente en el embarazo. Cursa con necesidad frecuente de orinar asociada a sensación de quemazón y dolor, y expulsión de pequeñas cantidades de orina en cada micción.

6.1.2.-Diagnóstico

Para el diagnóstico de la sepsis puerperal, además de los síntomas y signos clínicos, se solicitan las siguientes pruebas complementarias:

- Análisis de sangre y de orina
- Gasometría arterial
- Ecografía pélvica y abdominal
- Tomografía axial computarizada
- Cultivos de sangre, orina, secreciones, heridas en la piel o genitales
- Electrocardiograma. ⁽⁶⁾

6.1.3.-Manifestaciones clínicas

- Fiebre y escalofríos durante dos o más días después del primer día postparto (primer día después del parto)
- Dolor de cabeza y dolores musculares
- Flujo vaginal maloliente: los loquios normalmente tienen un olor similar al flujo menstrual, un olor diferente puede ser signo de infección
- Pérdida del apetito
- Dolor abdominal
- Malestar general. ⁽⁵⁾

6.1.4.-Factores de riesgo en las infecciones post parto

- Infecciones previas
- Retención de restos placentarios
- Trabajo de parto prolongado
- RPM
- Trabajo de parto pretérmino
- Infección intramniótica
- Bajo nivel socioeconómico. ⁽⁵⁾

6.1.5.-Tratamiento

El tratamiento de la mastitis podría implicar lo siguiente:

- **Antibióticos.** Si tienes una infección, por lo general, se requiere un ciclo de antibióticos de 10 días. Es importante tomar todos los medicamentos para minimizar la posibilidad de recurrencia. Si la mastitis no desaparece después de tomar antibióticos, realiza un seguimiento con el médico.

- **Analgésicos.** El médico puede recomendar que tomes un analgésico de venta libre, como paracetamol (Tylenol, otros) o ibuprofeno (Advil, Motrin IB, otros).

Es seguro continuar la lactancia si tienes mastitis. De hecho, la lactancia ayuda a eliminar la infección. Es probable que los signos y los síntomas empeoren si dejas de amamantar de golpe a tu bebé.

El médico podría derivarte a un especialista en lactancia para que te ayude y brinde apoyo continuo. Entre las sugerencias para ajustar las técnicas de lactancia se pueden incluir las siguientes:

- Evitar la sobrecarga prolongada de las mamas con leche antes de amamantar.
- Tratar de asegurarte de que el bebé se prenda correctamente, lo que puede ser difícil cuando las mamas están congestionadas. Extraer manualmente una cantidad pequeña de leche antes de amamantar podría ayudar.
- Masajear las mamas durante la lactancia o el bombeo, desde la zona afectada hacia el pezón.
- Asegurarte de que las mamas se drenen por completo durante la lactancia. Si tienes dificultades para vaciar una porción de la mama, aplica calor tibio y húmedo a la mama antes de amamantar o extraer leche.
- Amamantar primero del lado afectado, cuando el bebé tenga más hambre y succione con más fuerza.
- Variar las posiciones para amamantar.

6.1.6.-Cuidados de enfermería

- Realizar la asepsia con la técnica correcta
- Fijar la sonda vesical
- Interrogar a la paciente sobre los signos y síntomas
- Ingesta de agua
- Control de balance hídrico
- Aliviar el dolor y malestar
- Administración de medicamentos

6.1.7.-Tratamiento

El tratamiento de la sepsis puerperal es principalmente la administración de antibióticos. Éstos se pueden elegir de forma empírica al inicio, antes

incluso de tener resultados de cultivos o antibiograma, eligiendo un antibiótico de amplio espectro o una combinación de antibióticos, que sean capaces de destruir los gérmenes más habituales.

- Una vez se dispone de los resultados para conocer el agente infeccioso con exactitud, se puede modificar el tratamiento antibiótico.
- También se añaden corticoides para la inflamación, y terapia de soporte como sueros, o medicamentos para mantener las funciones vitales si es preciso.
- En algunos casos se necesita una operación quirúrgica extirpar tejidos desvitalizados. ⁽⁶⁾

6.1.8.-Caso clínico de cistitis

Mujer de 22 años que acude al Servicio de Urgencias por presentar dolor en hipocondrio izquierdo de tipo cólico irradiado a hipogastrio y disuria de 3 días de evolución. Además, refiere malestar general, escalofríos y fiebre termometrada de hasta 39 oC. No presenta antecedentes personales de interés. Exploración y pruebas complementarias: TA 90/65 mmHg, freq.cardíaca 143 lpm, T^a 39 oC y SatO₂ 97%. Regular estado general. Consciente y orientada. Normocoloreada y normohidratada. Eupneica en reposo. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen blando, depresible, no megalias y doloroso a la palpación de hemiabdomen izquierdo. Puño-percusión renal izquierda positiva. Hemograma: leucocitos 20.900, neutrófilos 18.100 (86,4%), linfocitos 900 (4,3%), Hb 13,6 g/dl, plaquetas 213.000. Coagulación: hiperfibrinogenemia y tiempo de protrombina ligeramente aumentado. Bioquímica: glucosa 105 mg/dl, urea 27 mg/dl, creatinina 0,84 mg/dl, cloro 99 mEq/L, sodio 133 mEq/L y potasio 3,7 mEq/L. Análisis de orina: densidad 1,016, pH 6, cuerpos cetónicos ++, hemoglobina +, nitritos negativos. Sedimento: piuria, hematíes 10-25 por campo × 400 aumentos, células epiteliales muy abundantes, flora bacteriana muy abundante. En hemocultivo no se observó crecimiento tras 5 días de incubación y en urocultivo se aisló Escherichia coli - > 100.000 ufc/ml. Rx de tórax sin alteraciones significativas. Ecografía abdominal sin alteraciones valorables.

6.1.9.-Plan de cuidados

Diagnósticos Enfermeros:

1. Dolor agudo: (00132)

“Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a severa con un final anticipado o previsible de una duración menor de seis meses”.(9)

NOC: Control del dolor

NIC: Manejo del dolor

Actividades:

- Evaluación exhaustiva del dolor (localización, características, inicio, duración, frecuencia, intensidad o gravedad, factores precipitantes).
- Administración de antibióticos prescritos y analgésicos valorando su eficacia. Estimular al paciente a solicitar la medicación antes de que el dolor resulte intenso.
- Utilizar técnicas no farmacológicas para aliviar el dolor como colocar una almohadilla eléctrica en la región suprapúbica, duchas con agua caliente, masajes en la espalda, técnicas de relajación, visualización guiada de imágenes.
- Si resulta indicado y si ello supone un alivio para el paciente ayudarle a cambiar de posición y reposo en cama.

2. Conocimientos deficientes: (00126)

“Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico”.

NOC: Conocimientos: régimen terapéutico

NIC: Enseñanza: proceso de enfermedad

Actividades:

- Evaluar el nivel de conocimiento actual relacionado con el proceso de enfermedad específico.
- Instruir al paciente sobre la necesidad de continuar el tratamiento aunque desaparezcan los síntomas ya que el microorganismo puede persistir.
- Control de diuresis, valorar las características orina y control de peso diario.
- Hábitos higiénicos adecuados: limpiar meticulosamente región perianal, secarse delante a atrás tras la micción, limpiarse con agua y jabón tras defecar, orinar antes y después de las relaciones sexuales, orinar con frecuencia cada 3-4h, evitar jabones fuertes, baños con burbujas y aplicación de polvos o pulverizadores en la región perianal.
- Mantener una adecuada ingesta de líquidos, tomar zumos de arándanos.
- Informar sobre la aparición de signos y síntomas de recurrencia de las infecciones (aspecto rubio, dolor, micción imperiosa, polaquiuria).

Complicaciones Potenciales:

1. Sepsis y shock séptico

NIC: Prevención del shock

Actividades:

- Observar si se producen signos precoces de shock séptico: piel caliente, enrojecida, seca, hipotensión o taquicardia, aumento del gasto cardiaco y la temperatura.

2. Deshidratación

NIC: Vigilancia

Actividades:

- Observar signos y síntomas de deshidratación: sed, sequedad de piel y mucosas, oliguria.

3. Insuficiencia Renal

NIC: Vigilancia

Actividades:

- Valorar la ingesta y la diuresis c/6h
- Controlar el peso y la TA diariamente.
- Controlar aparición de edemas y otros signos de sobrecarga hídrica (cambios en el estado mental, ruidos respiratorios, edema periférico, aumento brusco de peso).(3)

7.1.-DEPRESIÓN POST PARTO

7.1.1.-La depresión postparto (DPP) es la complicación psiquiátrica más frecuente del postnatal y, dadas sus potenciales repercusiones en el bienestar de la madre y del bebé, su correcto abordaje debe constituir una prioridad en Salud Pública. Además, provee una especial oportunidad de prevención pues está precedida por un “marcador” definido: el nacimiento de un hijo. Se han identificado grupos de riesgo y un período de mayor vulnerabilidad, que son los primeros tres meses del período postnatal. (4)

7.1.2.-Manifestaciones Clínicas:

- Estado de ánimo deprimido o cambios de humor graves
- Llanto excesivo
- Dificultad para relacionarse con el bebé
- Aislarse de familiares y amigos
- Pérdida del apetito o comer mucho más de lo habitual
- Incapacidad para dormir (insomnio) o dormir demasiado
- Fatiga abrumadora o pérdida de energía
- Interés y placer reducidos en las actividades que solías disfrutar
- Irritabilidad y enojo intensos
- Miedo a no ser una buena madre
- Desesperanza
- Sentimientos de inutilidad, vergüenza, culpa o insuficiencia
- Disminución de la capacidad de pensar con claridad, concentrarse o tomar decisiones
- Inquietud
- Ansiedad grave y ataques de pánico
- Pensamientos acerca de lastimarte a ti misma o al bebé
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio (5)

7.1.3.-Factores de riesgo:

Una madre reciente puede experimentar depresión posparto. Esta se puede manifestar después del nacimiento de cualquiera de sus hijos, no solo del primero. Sin embargo, el riesgo aumenta si reúnes alguna de estas características: (5)

7.1.4.-complicaciones:

Si no se trata, la depresión posparto puede interferir en el vínculo entre madre e hijo y causar problemas familiares. (5)

Para las madres. La depresión posparto no tratada puede durar meses o más, y en ocasiones convertirse en un trastorno depresivo crónico. Incluso cuando se la trata, la depresión posparto aumenta el riesgo de futuros episodios de depresión mayor. (5)

Para los padres. La depresión posparto puede tener un efecto dominó, y causar tensión emocional en todas las personas cercanas a un nuevo bebé. Cuando una nueva madre está deprimida, el riesgo de depresión en el padre del bebé también puede aumentar. Y los nuevos papás ya tienen un mayor riesgo de depresión, ya sea que su pareja se vea afectada o no. (5)

Para los niños. Los hijos de madres que tienen depresión posparto no tratada tienen más probabilidades de tener problemas emocionales y de comportamiento, como dificultades para dormir y comer, llanto excesivo y retrasos en el desarrollo del lenguaje.⁽⁵⁾

7.1.5.-Medios de diagnóstico:

La evaluación básica de la depresión incluye la historia, el examen del estado mental y el examen físico.

- Tomar una historia detallada de los síntomas que se presentan y determinar la gravedad y la duración del episodio depresivo
- Establecer una historia de episodios previos, episodios maníacos o hipomaníacos anteriores, abuso de sustancias y otras enfermedades psiquiátricas
- Buscar la coexistencia de otras condiciones médicas. Comprobar si hay antecedentes familiares de trastornos mentales, depresión y suicidio
- Establecer los antecedentes personales y los apoyos y recursos disponibles
- Evaluar el deterioro funcional y determinar los acontecimientos de vida y factores de estrés
- Hacer un examen del estado mental. Esto incluye evaluación de la gravedad de los síntomas, psicóticos o no. Todas las evaluaciones de la depresión deben incluir una evaluación del riesgo de suicidio, de autolesiones y del riesgo de daño a otros
- Realizar un examen físico para excluir condiciones médicas o quirúrgicas
- Las pruebas de laboratorio pueden estar indicadas si existe necesidad de descartar condiciones médicas que pueden causar síntomas similares

La Escala de Edimburgo o las preguntas de Whooley pueden ser utilizadas en el período prenatal y posparto como auxiliares para seguimiento clínico y para facilitar la discusión de los problemas emocionales.

7.1.6.-Tratamiento:

La depresión posparto puede prolongarse y tener un efecto perjudicial sobre la relación entre la madre y el bebé y en el desarrollo cognitivo y emocional del niño. Sin embargo, la respuesta a las intervenciones farmacológicas y psicosociales es buena. Antes de tomar las decisiones sobre el tratamiento, los profesionales sanitarios tendrían que valorar con la mujer los riesgos absolutos y relativos de tratar y no tratar la depresión durante el embarazo y el período posparto. Ellos tendrían que:⁽⁶⁾

Tratamiento Farmacológico

Antidepresivos. En estudios controlados se ha demostrado que el tratamiento antidepresivo tiene un efecto benéfico en las pacientes con depresión posnatal moderada, sobre todo la fluoxetina.

Ansiofíticos. Son útiles como tratamiento concomitante con antidepresivos, sobre todo cuando los problemas de sueño perturban el funcionamiento de la madre.

Terapia hormonal. Diversos estudios señalan que para contrarrestar los efectos desestabilizadores de los esteroides gonadales en el estado de ánimo pueden indicarse estrógenos transdérmicos con progesterona cíclica, que han demostrado ser más efectivos que el placebo en pacientes con depresión posnatal de moderada a grave. Algunos datos preliminares sugieren que el estrógeno combinado con tratamiento antidepresivo puede ser benéfico.

Sin embargo, la preocupación por sus efectos colaterales, particularmente la hiperplasia endometrial y la trombosis, puede limitar su indicación.

Tratamiento Psicosocial

En la bibliografía está demostrado el papel que ejercen las intervenciones psicosociales, como la consejería y la psicoterapia. Entre los diversos enfoques psicoterapéuticos está la terapia cognitivo-conductual, que se considera un instrumento terapéutico de elección preferencial para el manejo de la depresión posparto, por su capacidad de lograr modificaciones importantes en un lapso breve, debido a que puede reintegrar a la madre a una situación de bienestar personal y de cuidado del menor (25)

La depresión posparto genera en la mujer un elevado índice de pensamientos negativos, generalmente relacionados con una tendencia notoria a considerarse inútil, inadecuada, deficiente o insuficiente, incapaz, con falta de voluntad. Con frecuencia aparecen sentimientos de ambivalencia hacia el recién nacido, su pareja y familiares. Miran el futuro complicado y sin esperanza alguna. Mediante la terapia cognitiva el terapeuta intenta corregir estas "distorsiones cognitivas". Así mismo, se recomienda que el terapeuta fomente el refuerzo de redes de apoyo (social support), sobre todo, promover que la pareja y sus familiares cercanos se involucren y apoyen a la madre en el cuidado del menor, de forma que la madre perciba esta ayuda como auxiliadora, sin intrusión en su intimidad.

7.1.7.-Cuidados de Enfermería dependientes

Para las mujeres que sufren depresiones afectivas graves o depresión psicótica, suelen recomendar tranquilizantes o antidepresivos y, en estos casos, se debe referir a la madre a tratamiento psiquiátrico. La hospitalización puede ser necesaria, lo más pronto posible, cuando la depresión no se controla con medicamentos o el comportamiento de la mujer es extremo y contempla el suicidio o un grave riesgo para el bienestar del niño. Se requiere psicoterapia de apoyo.(22)

7.1.8.-Cuidados de Enfermería independientes

El personal de Enfermería puede tomar medidas preventivas para evitar o minimizar los trastornos depresivos, cuando se evidencia desde el inicio que la madre puede sufrir una depresión puerperal.

Los problemas psiquiátricos puerperales aparecen cuando la mujer está de alta y, en este caso, la valoración y los cuidados dependen de los servicios de la atención primaria y domiciliaria.

Por lo anterior, los cuidados de Enfermería tienen un sentido profiláctico y de prevención, estos deben:

1. Brindar apoyo para enfrentar la nueva situación a su llegada al hogar.
2. Seguimiento domiciliario en el puerperio.
3. Informar a la madre los factores de riesgo que el equipo de salud ha podido detectar.
4. Informar a la madre y a la pareja sobre la posible aparición de tristeza en los primeros días después del parto.
5. Informar a la madre y a la pareja los síntomas de una psicosis o neurosis puerperal.(11)

Los cuidados de Enfermería para las mujeres que sufren una depresión puerperal consisten fundamentalmente en:

1. Brindar apoyo emocional.
2. Estimular la capacidad de enfrentarse a la situación y disminuir la depresión.
3. Orientar como obtener ayuda para las labores domésticas y cuidados del recién nacido, que permita a la madre pueda dormir adecuadamente.
4. Enseñar técnicas de relajación.
5. Las madres que sufren complicaciones psiquiátricas más intensas requieren del médico de la familia y de especialistas para asesoría en salud mental y terapia con antidepresivos y tranquilizantes.
6. Cuando la depresión no se controla con medicamentos o el comportamiento de la mujer es extremo, la hospitalización puede ser necesaria.(22,26)

Evaluación

En el caso de la depresión puerperal la atención de Enfermería es eficaz cuando la mujer:

1. Expresa sus sentimientos.
2. Identifica patrones para seguir adelante.
3. Acepta ayuda de otros.
4. Toma decisiones propias.
5. Lleva a cabo cambios deseados.
6. Asume las responsabilidades.
7. Proporciona atención al recién nacido y a la familia con ánimo positivo.(10)

Para la mujer que sufre una complicación psiquiátrica el pronóstico es a largo plazo y la atención efectiva de Enfermería orienta a la mujer a recibir el tratamiento adecuado que ayuda a que se recupere y asuma conductas

7.1.9.-Caso clínico

Mujer de 41 años, que tuvo su parto por cesárea hace 14 días, que acude a la consulta de la matrona mostrando cuadro de ansiedad. La paciente refiere no sentirse capaz de lactar y de atender las necesidades del neonato.

Tras entrevista y realización del test Edimburgo la ginecóloga deriva a la paciente a Salud Mental de modo preferente, donde se diagnosticó depresión postparto causada por una labor de parto traumática.

7.1.10.-Plan de Cuidados

Diagnóstico enfermero Mantenimiento inefectivo de la salud, relacionado con afrontamiento familiar inefectivo, afrontamiento individual ineficaz, falta de habilidad para emitir juicios deliberados y completos, falta de logro de las tareas del desarrollo y falta o alteración significativa de las habilidades de comunicación, manifestado por falta demostrada de conductas adaptativas a los cambios internos o externos.

• Diagnóstico NANDA 00099 Mantenimiento inefectivo de la salud o Características definitorias:

Falta demostrada de conductas adaptativas a los cambios internos o externos. o Factores relacionados:

 } Afrontamiento familiar inefectivo

 } Afrontamiento individual ineficaz

 } Falta de habilidad para emitir juicios deliberados y completos } Falta de logro de las tareas del desarrollo

 □ Falta o alteración significativa de las habilidades de comunicación

(escrita, verbal o por gestos)

1. Resultado NOC (Nursing Outcomes Classification)

0313 - Nivel de Autocuidado. Puntuación actual: 3; Puntuación diana: 5;

Tiempo

Previsto: 30 días.

- Indicadores

031310 - Realiza tareas domésticas, Valor Escala: 3 - Moderadamente comprometido.

a) Resultado NIC (Nursing Interventions Classification)

4480 - Facilitar la autorresponsabilidad

Actividades

448001 - Proporcionar una respuesta positiva a la aceptación de una responsabilidad

adicional y/o un cambio de conducta.

448007 - Ayudar al paciente a identificar las áreas en las que podría asumir fácilmente, más responsabilidad.

448016 - Fomentar la independencia, pero ayudar al paciente cuando no pueda realizar la acción dada.

448017 - Fomentar la manifestación oral de sentimientos, percepciones y miedos por asumir la responsabilidad.

448018 - Observar el nivel de responsabilidad que asume el paciente.

2. Resultado NOC (Nursing Outcomes Classification)

1504 - Soporte social. Puntuación actual: 1; Puntuación diana: 5; Tiempo Previsto: 7 días.

- Indicadores

150402 - Refiere dedicación de tiempo de otras personas, Valor Escala: 1

- Inadecuado

150405 - Refiere ayuda emocional proporcionada por otras personas, Valor Escala: 1 -

Inadecuado

150406 - Refiere relaciones de confianza, Valor Escala: 1 - Inadecuado

150407 - Refiere la existencia de personas que pueden ayudarla cuando lo necesita,

Valor Escala: 1 – Inadecuado

150408 - Evidencia de voluntad para buscar ayuda en otras personas, Valor Escala: 1 -

Inadecuado

150412 - Refiere ayuda ofrecida por los demás, Valor Escala: 1 – Inadecuado

a) Resultado NIC (Nursing Interventions Classification)

5370 - Potenciación de roles.

Actividades

537001 - Animar al paciente a identificar una descripción realista del cambio de rol.

537011 - Enseñar las nuevas conductas que necesita el padre / madre para cumplir con un rol.

537012 - Facilitar el ensayo de roles consiguiendo que el paciente se anticipe a las reacciones de los demás a la representación.

537015 - Facilitar la discusión del cambio de roles de los hermanos con la llegada del bebé.

b) Resultado NIC (Nursing Interventions Classification)

5430 - Grupo de apoyo.

Actividades

543004 - Clarificar desde el principio las metas del grupo y las responsabilidades de sus miembros y se su líder.

543006 - Crear una atmósfera relajada y de aceptación.

543014 - Fomentar la expresión de ayudas mutuas.

543029 - Utilizar un grupo de apoyo durante las etapas de transición para ayudar al paciente a que se adapte a un nuevo estilo de vida.

c) Resultado NIC (Nursing Interventions Classification)

5440 - Aumentar los sistemas de apoyo.

Actividades

544004 - Determinar el grado de apoyo familiar.

544009 - Explicar a los demás implicados la manera en que puedan ayudar.

544011 - Implicar a la familia / seres queridos / amigos en los cuidados y la planificación.

544012 - Observar la situación familiar actual.

544013 - Proporcionar los servicios con una actitud de aprecio y de apoyo.

d) Resultado NIC (Nursing Interventions Classification)

7140 - Apoyo a la familia.

Actividades

714001 - Enseñar a la familia los planes médicos y de cuidados.

714012 - Determinar la carga psicológica para la familia que tiene el pronóstico.

714036 - Responder a todas las preguntas de los miembros de la familia o ayudarles a obtener las respuestas.

3. Resultado NOC (Nursing Outcomes Classification)

1602 - Conducta de fomento de la salud. Puntuación actual: 3; Puntuación diana: 5;

Tiempo Previsto: 30 días.

- Indicadores

160201 - Utiliza conductas para evitar los riesgos, Valor Escala: 2 – Raramente demostrado

160203 - Supervisa los riesgos de la conducta personal, Valor Escala: 2 –
Raramente demostrado

160204 - Busca un equilibrio entre ejercicio, ocio, descanso y nutrición,
Valor Escala: 2

- Raramente demostrado

160205 - Utiliza conductas efectivas de disminución del estrés, Valor
Escala: 1 – Nunca demostrado

160206 - Conserva relaciones sociales satisfactorias, Valor Escala: 2 –
Raramente demostrado

160207 - realiza los hábitos sanitarios correctamente, Valor Escala: 2 –
Raramente demostrado

160210 - Utiliza el apoyo social para fomentar la salud, Valor Escala: 2 –
Raramente demostrado

160214 - Sigue una dieta sana, Valor Escala: 2 - Raramente demostrado

160216 - Utiliza un programa de ejercicios eficaz, Valor Escala: 2 –
Raramente demostrado

8.1.-Terminología

Ablación

Es la extirpación de un tejido mediante el uso de cirugía, láser, crioterapia, electricidad u otra técnica.

aborto

El aborto es la interrupción y finalización prematura del embarazo de forma natural o voluntaria. El aborto inducido es la interrupción activa del desarrollo vital del embrión o feto y aborto espontáneo o aborto natural es aquel que no es provocado intencionalmente.

Abultamiento

Acción de abultar o parte hinchada de una cosa

adenocarcinoma

Un adenocarcinoma es un carcinoma que tiene su origen en células que constituyen el revestimiento interno de las glándulas de secreción externa. Dichas células son las encargadas de sintetizar y de verter los productos que generan en la glándula.

Adenoma mamario

Tumor benigno de la mama

adenoma ovárico

Tumor benigno en forma de quiste que se encuentra en el ovario

Adenomiosis

Forma especial de la endometriosis y consiste en focos de endometrio que se encuentran en el espesor de la pared muscular del útero o miometrio.

Alodinia

Alodinia e Hiperalgnesia. Diversos estados de dolor conducen a situaciones en las que estímulos habitualmente indoloros son dolorosos (alodinia), y estímulos normalmente dolorosos son aún más dolorosos (hiperalgesia). Puede ser consecuencia de la sensibilización central derivada de la endometriosis

Amnioscopia

Técnica que consiste en la visualización del líquido amniótico introduciendo un cilindro por la vagina que se acopla al polo inferior de las membranas.

Analgésico

Tratamiento, técnica o fármaco que disminuye el dolor

Andrógeno

Hormona que provoca la aparición de los caracteres masculinos

Andrógenos

Nombre que reciben de forma genérica las hormonas sexuales masculinas.

Anorgasmia

Es un trastorno sexual funcional que implica la falta de orgasmo al tener una relación sexual o en la masturbación.

Anovulación

Falta de ovulación a causa de un trastorno funcional producido por problemas ováricos o endocrinos durante la edad reproductiva. Es normal antes de la pubertad y después de la menopausia. Se puede inducir mediante la toma anovulatorios.

apoptosis

Es una forma de muerte celular programada o provocada por el mismo organismo, con el objetivo de controlar su desarrollo y crecimiento. Puede

ser de fisiológica y se desencadena mediante señales celulares controladas genéticamente.

Asinclitismo

Contrario de sinclitismo, puede ser anterior o posterior, y que puede enlentecer y dificultar la evolución del parto.

Atención ginecológica en niñas y adolescentes

Las visitas regulares al ginecólogo deben comenzar cuando la mujer empieza a ser activa sexualmente. Pero existen ciertas situaciones en las que es necesaria la atención ginecológica en niñas y adolescentes. Ver fuente

Ausencia de vagina

La ausencia de vagina se conoce como el v (MRKHS en inglés) en honor a los cuatro médicos que contribuyeron a definirlo y clasificarlo y se da en 1 de cada 5000 nacimientos. Consiste en un trastorno congénito en mujeres en las que los conductos de Müller embrionarios no se desarrollan y debido a ello se presenta una amenorrea primaria con ausencia de vagina y útero pero con ovarios funcionales. También es conocido como agenesia mulleriana o agenesia vaginal. El término Agenesia quiere decir ausencia de un órgano.(27)

Bartolinitis

Inflamación de las glándulas de Bartolino a causa de una infección. El tratamiento suele ser la incisión y drenaje del pus o la extirpación de la glándula.

Bartolino, Glándulas de

También llamadas glándulas vestibulares mayores; son dos pequeñas glándulas secretoras situadas a cada lado de la apertura de la vagina. Normalmente no son visibles. Secretan líquido que ayuda a lubricar los labios vulvares y la entrada de la vagina durante la función sexual.

Bitrocantéreo, diámetro

En obstetricia, distancia entre los dos trocánteres mayores del feto. Actualmente su medición carece de importancia

Bulimia

Trastorno parecido a la anorexia nerviosa en que se ingieren cantidades excesivas de alimentos y se alternan con periodos de ayuno o vómitos autoinducidos que pueden producir lesiones en el esófago. También se puede dar un abuso de laxantes o diuréticos.

calostro

Secreción amarillenta y espesa segregada por las mamas al final del embarazo y en los primeros días después del parto. Contiene menor cantidad de azúcares pero mayor concentración de proteínas, sales minerales e inmunoglobulinas que la leche materna.

cariotipo

Dotación cromosómica de una persona. En la especie humana está formado por 22 parejas de autosomas y 2 cromosomas sexuales. En las mujeres serán 46 XX y en los varones 46 XY.

Cefalotomía

Procedimiento que se practicaba durante el siglo XIX y principios del siglo XX consistente en la decapitación del feto muerto para facilitar el parto en caso de distocia

Cervicitis

Inflamación del cuello uterino, generalmente ocasionada por infecciones de microorganismos o por traumatismo del cuello (parto, aborto, etc.). Provoca un flujo genital líquido o cremoso de color amarillento, blanquecino o verdoso, que a veces puede contener sangre. Puede ir acompañado de dolores pélvicos o carecer de síntomas. Según la causa, puede asociarse a esterilidad.

cérvix

Es la porción inferior o cuello del útero. El canal cervical pone en contacto la vagina con el interior uterino.

Cesárea

Intervención quirúrgica que permite extraer el feto mediante la práctica de una abertura en el segmento inferior del útero; se realiza en diferentes casos como cuando existe una desproporción fetomaterna, presentación anormal del feto, herpes genital activo materno, sufrimiento fetal agudo, malformaciones o patología uterina, etc.

Cigoto

Forma celular fertilizada por la unión entre las células reproductivas masculina y femenina.

Cirugía ginecológica

Conjunto de técnicas quirúrgicas que se aplican en la especialidad de ginecología

Cirugía McIndoe

Cirugía para corregir la ausencia vaginal. Utiliza piel de cualquier parte del cuerpo (frecuentemente muslos o glúteos) con el que cubren un molde que el cirujano insertará en la cavidad que creará donde la vagina debería estar.

Cirugía mínimamente invasiva

Técnica quirúrgica en la cual se realizan incisiones (cortes) pequeños o si ni tan siquiera los usa para conseguir una mejor recuperación del paciente y menos complicaciones postoperatorias

Cirugía robótica

En ginecología y obstetricia la cirugía robótica es cirugía laparoscópica mínimamente invasiva asistida por un robot, especialmente adecuada para realizar intervenciones quirúrgicas de alta complejidad.

Cistocele

Prolapso de la vejiga de la orina en la vagina debido a un debilitamiento de la musculatura de soporte del suelo pélvico. Suele darse más frecuentemente en la menopausia y en mujeres que ha tenidos varios partos.

Citología

Examen microscópico de las células de un órgano. En ginecología utiliza para el estudio del epitelio vaginal y cervical.

Citoquinas

Son proteínas responsables de la comunicación intercelular. Su función inmunorreguladora es clave en la respuesta inmune y en la inflamación.

Climaterio

Es la etapa de la vida de la mujer en que se produce la transición de la vida fértil a la no reproductiva antes y después de la menopausia. Se caracteriza por el inicio de un hipoestrogenismo y toda la sintomatología a él asociada (sofocos, calores, sudoración nocturna, irritabilidad, insomnio, sequedad vaginal, etc).

Clítoris

Estructura homóloga al pene situada en la parte anterior de los labios menores de la vagina y que tiene unos 2-3 cm de longitud. Está formado por dos cuerpos cavernosos y un glande, constituidos por tejido eréctil.

Clonación

Obtención en el laboratorio de una línea celular con el mismo genotipo o un individuo idéntico al original

Colágeno

Una de las sustancias que forman el tejido conjuntivo, óseo y cartilaginoso

Colesterol

Sustancia grasa que se encuentra en las membranas de las células animales y en el plasma sanguíneo

Colpectomía

Extirpación quirúrgica de la vagina.

Colpitis

Sinónimo de vaginitis

Congénito

Alteración, anomalía o defecto que se produce en la fase embrionaria o de gestación y por tanto estará presente en el niño desde el nacimiento.

Consumo

Acción de consumir alimentos, bebidas o energía

Contraceptivo

Se define como un elemento que previene la concepción. Existen varios tipos de Contraceptivos: de barrera (preservativo), hormonal (anovulatorios), intrauterino (DIU), químico (espermicidas) o quirúrgico (vasectomía, ligadura de trompas, essure).

Contraer

Adquirir una enfermedad

Craurosis vulvar

Atrofia y retracción del tejido subcutáneo conjuntivo y de la mucosa de la vulva que se acompaña de un intenso prurito (picor). Suele aparecer en la menopausia y descartarse que se trate de cáncer. El tratamiento consiste en la administración de pomadas con hormonas estrogénicas y en ciertos casos exéresis quirúrgica.

Credé, método de

También llamado profilaxis de Credé. Método preventivo que consiste en la instilación de una solución antiséptica (colirio antibacteriano) en los ojos del recién nacido para prevenir la conjuntivitis por posible contaminación al pasar por el canal del parto.

Criopreservación

Técnica que consiste en extraer y congelar óvulos, óvulos fertilizados (embriones) o tejido ovárico antes de que la paciente reciba el tratamiento contra el cáncer, así podrá tener hijos cuando finalice el mismo.

Deferente

Los conductos deferentes son los que conectan los testículos con la uretra para permitir la salida de los espermatozoides. Su ligadura se realiza en la vasectomía.

Déficit cognitivo

Falta de concentración y memoria que se da como síntoma de una enfermedad.

Derrame del pezón

Secreción anormal en el pezón. Según el tipo de secreción pueden ser diversas patologías y recibe distintos nombres

Deshidratación

Pérdida del agua

Detección precoz del cáncer de mama

Es muy importante la revisión ginecológica anual y la realización de mamografías a partir de los cuarenta años para la detección precoz del cáncer de mama. Ver fuente Fecha: 16-12-2020

Diabetes

Enfermedad del metabolismo de los hidratos de carbono que se caracteriza por la aparición de hiperglucemia causada por una disminución en la secreción o actividad de la insulina.

Diafragma, músculo.

Membrana muscular que separa la cavidad torácica de la abdominal. Tiene una forma aplanada casi circular, ligeramente convexa hacia el tórax y posee una serie de orificios por donde pasan la aorta, la cava inferior y el esófago. Los puntos de inserción son el esternón, las vértebras lumbares y el reborde corsal.

Diafragma, preservativo femenino

Preservativo femenino de goma o de material plástico destinado a recubrir el cuello del útero. Consiste en un capuchón de goma circundando de un borde rígido que se aplica lubricando con una crema espermicida sobre el cuello del útero con lo que no pueden penetrar en el útero los espermatozoides. Debe aplicarse antes del coito y conservarse por lo menos 8 horas después. Bien utilizado es prácticamente tan seguro como el preservativo masculino

Dioxinas

La dioxinas son sustancias cancerígenas que se liberan en medio ambiente desde fuentes industriales. Un estudio del Hospital Clinic las relaciona con la endometriosis.

Dismenorrea

Dolor pélvico cíclico asociado a la menstruación. Puede ser por la contracción de las fibras musculares uterinas, o secundario a una patología orgánica, como la endometriosis, adenomiosis, miomas uterinos, etc.

Dispareunia

Dolor al realizar el coito. Puede ser superficial debido a falta de lubricación o estenosis vaginal, o profunda, asociada a patologías como la endometriosis.

Displasia

Es el desarrollo preneoplásico de un tejido u órgano. En el epitelio cervical supone la lesión precursora del cáncer de cérvix y se asocia al virus del papiloma humano (HPV).

Distocia

Dificultad en el desarrollo del parto debido a anomalías maternas como la contractilidad uterina o fetales como el tamaño del feto, una mala posición o malformaciones.

DIU Dispositivo intrauterino

Es un método contraceptivo formado por un elemento plástico que se introduce en la cavidad uterina. Pueden tener diferentes formas y suelen llevar cobre o progesterona para conseguir el efecto deseado.

Donante de ovocitos

Son mujeres entre 18 y 35 años que de forma anónima realiza un tratamiento de estimulación ovárica controlada y extracción de sus ovocitos, para ser donados a una receptora que los precisa para poder gestar.

Donante de semen

Es un varón entre 18 y 35 años con un semen óptimo, que de forma anónima va a congelar y donar sus muestras seminales obtenidas por masturbación, para su posterior utilización en un ciclo de inseminación artificial o Fecundación in Vitro.

Eclampsia

Crisis convulsivas en una embarazada o puérpera que suele representar la evolución de una gestosis. Puede complicarse con un edema agudo de pulmón, desprendimiento de retina, muerte fetal intraútero e incluso óbito materno.

Ecografía

Técnica inocua y considerada como base de la ginecología y obstetricia modernas. Actualmente compuesta de diversas variantes como la 2D, 3D, 4D, Doppler, Doppler color, etc.

Embarazo ectópico

Embarazo en el que el óvulo fecundado se implanta fuera del útero. De forma especial en la trompa de Falopio.

Embriólogo

Especialista en el laboratorio de Fecundación in vitro, encargado de la manipulación de gametos y embriones, así como de la evaluación de estos últimos hasta su transferencia al útero materno.

Embrión

Organismo en su etapa de desarrollo más precoz, considerado desde la concepción hasta la novena semana de gestación en la especie humana.

Encajamiento

Grado de introducción del feto en el paso a través del estrecho superior de la pelvis.

Encefalocele

Es un defecto de cierre del cráneo fetal que va a provocar una protusión de parte del tejido cerebral.

Endocervicitis

Inflamación del endocérvix

Endometrio

Mucosa epitelial glandular que recubre la cavidad uterina y que tiene la capacidad de descamarse y regenerarse cíclicamente en respuesta a las hormonas ováricas.

Endometrioma

Quiste benigno que puede ser único o múltiple, unilateral o bilateral, que aparece en el contexto de una endometriosis en los ovarios y cuyo contenido recuerda al chocolate espeso por lo que suelen ser llamados quistes de chocolate.

Endometriosis

La endometriosis es una enfermedad estrógeno dependiente donde el tejido endometrial crece fuera de la cavidad uterina, produciendo una reacción inflamatoria. Ver fuente Fecha: 24-09-2020

Endometriosis: 6 ejercicios para aliviar el dolor

El tratamiento de la endometriosis puede acompañarse de cambios en el estilo de vida que mejoran los síntomas. Estos ejercicios, recomendados por el Dr. Carmona, son un buen apoyo. cuerpamente.com Fecha: 27-05-2021

Endometritis

Inflamación aguda o crónica de la mucosa uterina. Las formas crónicas suelen deberse a la invasión del bacilo tuberculoso, mientras que las formas agudas se deben a estreptococos, enterococos, gonococos, estafilococos y otros. Los síntomas más comunes son alteraciones menstruales, flujo vulvar, fiebre, dolor abdominal o pélvico, etc.

Enfermedad inflamatoria pélvica

También conocida por las siglas EIP es una inflamación del aparato genital interno femenino, secundario a una infección de transmisión sexual u otro tipo de gérmenes vía vaginal ascendente. Suele causar dolor pélvico y fiebre y va a necesitar de un tratamiento antibiótico - antiinflamatorio. Puede dejar secuelas a nivel de las trompas que posteriormente se asocian a esterilidad o a embarazos ectópicos.

Enterocoele

Hernia de las asas intestinales a través del fondo de saco de Douglas que va a protruir por el fondo vaginal. Es más frecuente en pacientes con varios partos o con de los tejidos de sostén del suelo pélvico.

Epidídimo

Conducto enrollado de unos 20 metros de longitud, adosado al borde posterior del testículo, se continúa con los conductos deferentes y que se va a encargar de recoger los espermatozoides. En él los espermatozoides van a adquirir su movilidad.

Episiotomía

Incisión del periné para permitir una mayor y más segura dilatación vulvar, que evite desgarros en el momento de la salida de la cabeza fetal y acorte el tiempo del parto. Hay tres tipos: medial, mediolateral y lateral.

Espanomenorrea

término poco utilizado que significa alteración de la menstruación que puede cursar con un aumento del intervalo entre dos reglas o con una disminución del flujo hemorrágico.

Espéculo

Instrumento para dilatar y mantener abierta una cavidad o canal para facilitar su inspección y actuación sobre la misma, por ejemplo el espéculo vaginal.

Esterilidad

Incapacidad para concebir tras la exposición regular al coito durante un periodo de tiempo de un año. Estadísticamente es por causa masculina en un 40% de los casos, femenina en otro 40% y con causas en los dos sexos en el 20% restante.

Esteroides

Familia de sustancias químicas con una base bioquímica común. Incluye a las hormonas suprarrenales, sexuales masculinas y femeninas.

Estradiol

Principal hormona estrogénica producida en el ovario y en la placenta; prepara el endometrio para la implantación del huevo fecundado y es imprescindible para el desarrollo y funcionamiento de los órganos reproductivos femeninos.

Estríol

Hormona estrogénica abundante pero relativamente débil. Se utiliza en preparados tópicos como trófico local vulvo-vaginal.

Estrógeno

Hormona sexual que interviene en la aparición de los caracteres sexuales femeninos

Estrógenos

Los estrógenos son hormonas sexuales esteroideas (derivadas del colesterol) de tipo femenino principalmente, producidos por los ovarios, la

placenta durante el embarazo y, en menores cantidades, por las glándulas adrenales....+info

Estrona

Principal hormona estrogénica en la mujer menopáusica, producto de la conversión periférica en el tejido celular subcutáneo de la androstendiona.

Estudio endometriosis y estrés

Recientemente se ha publicado un estudio que ha concluido que la clave para prevenir la progresión de la endometriosis y disminuir sus síntomas podría ser reducir el estrés. Ver fuente Fecha: 17-09-2020

Exocervicitis

Inflamación de la mucosa de la parte vaginal del cuello uterino, causada por alguna infección. Suele producir una sensación de quemazón, picor vulvovaginal y aumento de la secreción vaginal de aspecto, color y olor específico, según el germen implicado. Se trata mediante la administración de antibióticos.

Falopio

Gabriel Falopio nacido en Módena (Italia) en 1523 fue uno de los más importantes anatomistas y médicos italianos del siglo XVI. Diseñó un precursor del condón, que consistía en un objeto hecho de tripa de animal y lino, que se fijaba al pene con una cinta. Su objetivo era prevenir las enfermedades de transmisión sexual como la sífilis y la gonorrea. A pesar de su muerte prematura con menos de 40 años fue uno de los grandes médicos investigadores de su época y describió las trompas de Falopio, que llevan su nombre.

Fase folicular

Fase del ciclo ovárico en la que se produce la selección del folículo y que va a finalizar con la ovulación del ovocito maduro listo para ser fecundado.

Fase lútea

Fase del ciclo ovárico en la que se realiza la preparación endometrial para la anidación del embrión en el útero materno.

Fecundación

Unión del óvulo y espermatozoide en la trompa o en el laboratorio de Fecundación in Vitro y que produce el embarazo.

Fenotipo

Características completas y observables en un individuo y que son resultado de la interacción entre el genotipo o la carga genética individual y el medio ambiente.

Fertilidad

Capacidad de la persona para concebir y dar a luz la descendencia.

Feto

Nombre que recibe el embrión desde la 8ª semana de gestación hasta el nacimiento.

Fibroadenoma

Tumor mamario benigno del epitelio glandular. Es el tumor más frecuente encontrado en la mama y suele aparecer en mujeres jóvenes y en edad reproductiva.

Fibroma

Tumor benigno originado en la proliferación de un tejido fibroso o de sujeción, cuando aparece en los ovarios recibe el nombre de fibroma ovárico.

Fiebre puerperal

Estado febril producido tras el parto y causado por una infección que penetra por la herida uterina.

FIV

|||||||Abreviación común de Fecundación In Vitro, técnica en la que se sustituye el sistema natural de la fecundación de la trompa de Fallopio por un método artificial basado en una placa de Petri y la incubadora. Requiere de la recuperación de los ovocitos del ovario y de la obtención de una muestra seminal por masturbación, descongelación o directamente del testículo del varón.

Folículo

Pequeña bolsa en cuyo interior va a ir madurando el ovocito.

Fórceps

Instrumento utilizado para la extracción del feto mediante su aplicación en la cabeza del mismo. Consta de dos ramas o palas articuladas mediante las cuales se puede ejercer una tracción y rotación de la cabeza.

Frente, presentación de

Situación anormal del feto durante el parto, con la cabeza en moderada extensión y que imposibilita el nacimiento vaginal.

Friedmann, prueba de

Prueba que se utilizaba para el diagnóstico del embarazo. El procedimiento consistía en la inyección de orina de mujer a una coneja; en caso de embarazo, la presencia de hormonas gonadotropas en la orina de la mujer provocaban la hemorragia de los folículos ováricos en la coneja.

Galactorrea

Secreción láctea anormal en una mujer que no está en periodo de lactancia materna. Puede ser debida a una hiperprolactinemia (tumoral o yatrógena) y se asocia a la amenorrea.

Galactorrea

Secreción de leche por el pezón fuera del periodo de lactancia

Gestágeno

Grupo de hormonas esteroideas favorecedoras del embarazo. La más conocida es la progesterona. Los gestágenos se utilizan como: Anticoncepción hormonal, Anticoncepción intrauterina, tratamiento hormonal sustitutivo, para el tratamiento de la amenaza de aborto o de parto prematuro y para favorecer la implantación del embrión.

Gónada

Glándula sexual en la que se desarrolla la gametogénesis. En la mujer es el ovario y en el hombre el testículo.

Gonorrea

Enfermedad de transmisión sexual que se caracteriza por la inflamación de los epitelios glandulares del tracto genital, una secreción purulenta a través del conducto endocervical hacia la vagina, dolor pélvico y genital. Puede causar en la mujer infección pélvica y esterilidad.

Granuloma

Tumor constituido en su mayor parte por tejido de granulación. Puede aparecer en la tuberculosis, sarcoidosis, infecciones de transmisión sexual, etc.

Hemorroides

Dilatación varicosa de las venas superficiales del ano, pueden ser externas o encontrarse en el interior del canal anal. Generalmente están asociadas a estreñimiento crónico, embarazo y ocasionalmente a la hipertensión portal.

Herpes genital

Erupción inflamatoria vesicular y dolorosa, causada por la infección de transmisión sexual del herpes virus.

Himen

Membrana mucosa que bien parcial o totalmente ocluye la entrada a la vagina en la mujer virgen.

Hipermenorrea

Menstruación excesivamente abundante y que puede conducir a una anemia crónica.

Hipomenorrea

Menstruación escasa o deficiente ya sea en su duración o en cantidad, aún cuando no se altere el ciclo. Puede ser debida tanto a una alteración en la funcionalidad del ovario o por un trastorno hormonal como ser una variante de la normalidad.

Hirsutismo

Excesivo desarrollo de pelo especialmente en la cara y el pecho de la mujer. Puede darse por un desequilibrio hormonal. Se produce de forma leve en el embarazo.

Histerectomía

Operación que consiste en extirpar el útero total o parcialmente

Histeroscopia

Visualización directa de la cavidad uterina mediante la utilización de un histeroscopio.

Infertilidad femenina

Incapacidad de la mujer para llevar su embarazo a término o quedarse embarazada

Inseminación artificial conyugal

Depósito de espermatozoides capacitados de la pareja de la paciente en el interior del útero, tras una estimulación ovárica suave, se conoce por las siglas IAC.

Intersexualidad

Variación orgánica por la cual un individuo presenta discrepancia entre su sexo y sus genitales. Puede tener características genéticas y fenotípicas variables propias de varón y de mujer.

Inversión uterina

Propulsión del útero en la vagina que sucede casi siempre tras el parto vaginal por una tracción excesiva del cordón umbilical antes de que se haya desprendido la placenta. Suele corregirse satisfactoriamente tras el parto y puede reflejar la existencia de anomalías de la implantación placentaria (acretismos placentarios).

Labios vulvares

Pliegues cutáneos, dos mayores y dos menores, localizados a ambos lados del introito vaginal, uretra y clítoris. Los labios mayores se extienden desde el monte de Venus hasta el periné y los labios menores se sitúan por debajo de los labios mayores extendiéndose desde el periné hasta el clítoris.

Lactancia materna y riesgo cáncer de ovario con mutación genética BRCA1 o BRCA2.

La lactancia materna durante 7 meses o más reduciría el riesgo de cáncer de ovario en un 37% antes de los 50 años y en un 27% a partir de esa edad en mujeres con mutación genética en los genes BRCA1 o BRCA2. Ver fuente Fecha: 18-11-2020

Láser de CO2

Herramienta de alta precisión utilizada en cirugía ginecológica que permite vaporizar y cortar respetando a la vez los tejidos cercanos. Esto consigue reducir el daño quirúrgico, lo que da lugar a una recuperación postoperatoria más rápida en beneficio de la paciente.

Leucorrea

Flujo vulvar de carácter fisiológico o patológico. Durante la ovulación se produce un aumento no patológico de la secreción vaginal, que es de naturaleza mucosa y fluente, y en los días anteriores a la menstruación también se libera un flujo ligeramente amarillento, que procede de la descamación vaginal y de las secreciones de las glándulas vulvares. Las leucorreas patológica suelen ser síntoma de una infección (Candidas, Clamidas, gonorrea, trchomonas, etc.); provocan secreciones purulentas, de color verdoso o con grumos blanquecinos, acompañadas de escozor intenso y mal olor. Para tratar la afección es necesario consultar al médico, para combatir el agente que causa la infección. En general el tratamiento debe ser seguido por la pareja. También se denomina flujo blanco.

Ligadura de trompas

Método anticonceptivo femenino permanente y, en principio, irreversible, que consiste en el bloqueo de las trompas de Falopio; las trompas se atan, se cortan, se cauterizan o se cierran con un anillo o grapa.

Líquido amniótico

Líquido que rellena el saco amniótico, formado por la orina fetal y por la filtración de la placenta. Desempeña una misión hidrodinámica amortiguando los golpes que puede recibir el feto.

Litotomía

Posición de la paciente en decúbito supino, apoyado sobre la cabeza, torso y nalgas, con las piernas levantadas y apoyadas sobre los complementos de la mesa quirúrgica o de exploración. Esta es más habitual en la exploración ginecológica y el parto. También se adopta la posición en caso de intervenciones en el ano y periné y para la cirugía transuretral.

Loquiometra

Retención de loquios en el útero

Loquios

Los loquios o lochia es el nombre que se le da a la secreción vaginal normal durante el puerperio, es decir, después del parto, que contiene sangre, moco y tejido placentario. El flujo de loquios continúa, típicamente, por 4 a 6 semanas y progresa por tres estadios o etapas. Por lo general, es una secreción que huele similar al olor del flujo menstrual.

Mamografía

Técnica radiológica de diagnóstico por imagen para el examen de las mama y que puede revelar la existencia de neoplasias.

Mamoplastia

Es la cirugía plástica de la mama. Puede ser reconstructiva (tras cirugía), de aumento (prótesis) o reductora.

Mastalgia

Dolor en la mama sin relación con el ciclo menstrual.

Mastectomía

Extirpación quirúrgica de la mama.

Mastitis

Inflamación del tejido mamario como causa de una infección bacteriana. Se da más frecuentemente en el periodo de lactancia.

Mastitis infecciosas

Alteraciones infecciosas que afectan parénquima mamario. Puede darse después del parto durante el periodo de recuperación (puerperio) o fuera de él.

Mastodinia

Dolor en la glándula mamaria relacionado con el ciclo menstrual

Melanosis vulvar

Es la alteración de los tejidos orgánicos, caracterizada por tener un color oscuro debido a la acumulación de melanina. Puede confundirse fácilmente con otras lesiones pigmentadas vulvares, muchas de ellas premalignas o malignas, como el melanoma de la vulva.

Menarquia

Primer período menstrual que suele tener lugar entre los 12 y 13 años.

Menopausia

Cese permanente de la menstruación por la depleción folicular de los ovarios, caracterizada por un hipoestrogenismo. Acontece de forma natural sobre los 50-51 años.

Menopausia prematura

Disfunción ovárica que provoca una menopausia en mujeres con una edad inferior a los 40 años. La menopausia prematura puede estar causada por algunos tratamientos contra el cáncer, extirpación de ovarios y algunas enfermedades genéticas.

Menorragia

Flujo menstrual excesivo y prolongado, también se denomina hipermenorrea.

Menotérmica

Curva que representa la temperatura medida durante un ciclo menstrual en una mujer durante el período de actividad genital. Permite conocer la fecha

de la ovulación por la elevación de la temperatura basal que se produce durante la segunda mitad del ciclo a causa de la segregación de progesterona.

Menstruación

Hemorragia cíclica que se produce en las mujeres desde la menarquia hasta la menopausia. La mucosa uterina, preparada para anidar al huevo, se desprende si no se ha producido la fecundación y se elimina junto con sangre fluida a través de los genitales. Las pérdidas sanguíneas oscilan entre 20 y 70 ml y se producen con un intervalo de 28 días, aunque según las mujeres existen variaciones individuales. La aparición de la menstruación está ligada con el ciclo hormonal ovárico y suele durar unos cinco días. También se denomina catamenia y regla.

Menstruación anovulatoria

Pérdida sanguínea similar a la menstruación sin que exista la ovulación correspondiente.

Metabolismo

Cambios químicos y biológicos que se producen en las células vivas del cuerpo

Metaplasia

Anormalidad en la diferenciación celular, en la cual un tipo de célula adulta es reemplazado por un tipo distinto de célula madura que no es normal en ese tejido.

Metástasis

Células tumorales malignas que se han diseminado a distancia del tumor primario u original. Esta capacidad de generar metástasis es lo que diferencia los tumores malignos de los benignos.

Metrorragia

Hemorragia uterina fuera del período menstrual. Puede estar ocasionada por desequilibrios hormonales, inflamaciones uterinas, tumores del útero o del ovario, etc.

Microductoscopia

Técnica que permite visualizar de en tiempo real los conductos galactóforos mediante un microendoscopio conectado a una cámara con amplificación de imagen

Minipíldora

Método anticonceptivo oral que solamente contiene progestágeno y que por lo tanto carece de estrógenos. Las minipíldoras están indicadas en aquellas mujeres que no pueden tomar estrógenos o durante la lactancia.

Minipíldora

Píldora anticonceptiva que solo contiene progesterona a bajas dosis. Induce anovulación y amenorrea continuada. Se utiliza generalmente como anticonceptivo en la lactancia o por contraindicación de los estrógenos.

Mioma

Tumor benigno compuesto de células musculares lisas y colágeno. Suele aparecer generalmente en el útero, también son llamados fibromas.

Miomas uterinos

Los miomas uterinos se denominan también fibromas y son tumores benignos que se encuentran en la capa muscular del útero.

Moco cervical

Suspensión segregada por glándulas dentro del canal cervical, influenciado por los cambios hormonales periódicos. Los estrógenos lo hacen fino, los progestágenos lo hacen grueso y viscoso. Durante el embarazo se hace más abundante y forma un tapón que cierra completamente el canal.

Múltipara

Mujer que ha completado dos o más embarazos en cada uno de los cuales el feto ha sido viable, independientemente de si nació o no vivo.

Nulípara

Mujer que nunca ha dado a luz.

Obstetra

Es el médico que se ha especializado en Obstetricia.

Obstetricia

Especialidad médica que se encarga del control del embarazo, el trabajo de parto y el nacimiento hasta la involución uterina completa.

Oligomenorrea

Reducción del número de menstruaciones (con un intervalo superior a 34 días entre dos períodos de regla) o de la cantidad de flujo menstrual. Puede tratarse de un carácter constitucional y sin significado patológico, o deberse a trastornos endocrinos, genitales o de otro tipo.

Onfalocele

Hernia congénita del ombligo en la cual una pequeña porción de contenido abdominal protruye en la base del cordón umbilical.

Ovario

Las dos glándulas donde se forman los ovocitos, situado a cada lado del útero, cerca de la porción libre de cada trompa de Falopio. Produce las hormonas femeninas, estrógenos y progesterona.

Ovarios

Glándula femenina en la que se producen los óvulos y hormonas sexuales

Ovulación

Descarga de un ovocito de un folículo ovárico maduro que irá a la trompa de Falopio donde podrá ser fecundado por un espermatozoide.

Óvulo

También llamado Ovocito, es la célula reproductiva femenina que cuando se fusiona con el espermatozoide, célula reproductiva masculina, forma el cigoto.

Oxitocina

Hormona producida en el hipotálamo y almacenada en el lóbulo posterior de la hipófisis que estimula las contracciones uterinas del músculo liso y produce liberación de leche por la mama.

Papanicolau

Es un test que consiste en tinción de un extendido de células del cuello uterino, base del screening del cáncer de cérvix.

Papilomavirus

El Papilomavirus o HPV es un Virus causante de las verrugas vulgares y genitales. Existen más de 100 serotipos y de ellos unos 15 son denominados de alto riesgo pues se asocian a las lesiones precancerosas y al cáncer de cérvix. Este virus se contagia con las relaciones sexuales y actualmente existen 2 vacunas profilácticas para disminuir sus riesgos.

Papilomavirus

Tumor no canceroso que surge de la capa más superficial de la piel y mucosa (epitelio).

Paracentesis

Aspiración de fluidos de la cavidad abdominal a través de una aguja fina o cualquier otro instrumento profundo. Se suele utilizar en el caso de una hiperestimulación ovárica severa con ascitis en el curso de un ciclo de Fecundación in Vitro (FIV).

Parametritis

Inflamación del parametrio provocada generalmente por microorganismos procedentes del útero o de los anejos. Provoca dolor en la región inferior abdominal, fiebre y síntomas urinarios. El tratamiento consiste en la administración de antibióticos y drenaje del pus.

Parapleja

Parálisis de ambas piernas y la mitad inferior del cuerpo, como consecuencia generalmente de una lesión medular por traumatismo o accidente.

Paravaginal

Situado junto a la vagina.

Parche anticonceptivo

Parche que contiene la misma asociación de hormonas que las píldoras anticonceptivas (progesterona y estrógeno). El parche debe aplicarse semanalmente y dejarse adherido a la piel de las nalgas, vientre, brazo, espalda o antebrazo, pero nunca sobre los pechos.

Parto

Proceso por el cual se produce la expulsión del feto y de la placenta y membranas del útero.

Parto prematuro

también llamado parto pretérmino y nacimiento prematuro se define como el parto ocurrido antes de 37 semanas de gestación, en oposición a la mayoría de los embarazos que duran más de 37 semanas.

Partograma

Gráfica que representa el control del de parto, comparando el progreso de sus parámetros con los de normalidad.

Pelvimetría

Medida de los diámetros de la pelvis femenina durante el embarazo para determinar si la mujer va a tener o no dificultades durante el parto debido a que cabeza fetal tenga dificultades por pasar por la pelvis femenina.

Perimenopausia

La perimenopausia es el período alrededor de los dos años anteriores y posteriores a la menopausia, esto es, por lo general entre los 48 y los 52 años aproximadamente

Perinatal

Período de tiempo que precede o sigue al nacimiento hasta los 28 días después del parto.

Periné

Área en forma de diamante entre las ingles, en la mujer es el espacio entre

Pezón

Protrusión pigmentada de la mama donde drenan los conductos galactóforos mamarios. Está rodeado de la areola

Placenta

Órgano en forma de disco aplanado a través del cual el feto se alimenta a través de la arteria umbilical y que tiene la función de intercambio fisiológico feto-materno, unido por una parte a la cara interna del útero y por la otra conectado con el feto a través del cordón umbilical.

Polimenorrea

Menstruación que se tiene en intervalos menores de 21 días habituales

Preeclampsia

Forma de hipertensión arterial inducida por el embarazo que se acompaña de proteinuria y edema. Suele darse después de la semana 20 de embarazo aunque en algunos casos puede presentarse antes.

Premenstrual

Tiempo del mes antes de la llegada de la menstruación.

Primípara

Mujer que ha completado una gestación hasta el estado de viabilidad fetal, independientemente de si se trata de un parto simple o múltiple y de si el feto está o no vivo.

Progestágeno

Agente sintético que produce efectos biológicos parecidos a la progesterona.

Progesterona

Hormona esteroidea producida en el ovario por el cuerpo lúteo necesaria para el establecimiento y el mantenimiento del embarazo; estimula cambios en la pared uterina o endometrio en la preparación para la implantación del óvulo fertilizado. Su insuficiencia está implicada en determinados casos de infertilidad.

Proiomenorrea

Menstruación anticipada

Prolactina

Hormona que estimula la producción y secreción de leche. Se produce en el lóbulo anterior de la hipófisis.

Prolapso

Desplazamiento hacia debajo de una parte del cuerpo o de un órgano.

Prostaglandina

Compuestos solubles derivados de ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga, que están presentes en casi todos los tejidos y fluidos que tiene varias acciones: vasodilatación, vasoconstricción, inhibición de la secreción gástrica, dilatación bronquial, etc.

Puérpera

Nombre que recibe la mujer que acaba de dar a luz.

Reproducción

Es el proceso de reproducir y sus variantes como la reproducción asistida que consiste en la reproducción conseguida con la ayuda de determinadas técnicas, incluidas la retirada directa de los ovocitos del ovario y la transferencia de gametos y de embriones al interior del útero.

Resectoscopio

Es un instrumento delgado con forma de tubo usado para obtener muestras de tejido del interior del cuerpo. Consta de una luz y una lente para observar y también puede tener una herramienta para obtener el tejido aplicando una corriente eléctrica. En las mujeres se introduce a través de la vagina y el cuello del útero para tratar el sangrado anormal del útero en las mujeres entre otras aplicaciones.

Retrocervical

Situado detrás del cuello uterino.

Retromamario

Situado detrás de las glándulas mamarias, por ejemplo prótesis de mama retromamarias.

Saco

En anatomía se denomina así a una estructura en forma de bolsa. El llamado saco gestacional son las membranas que envuelven al feto o embrión, está compuesto por la fusión del corion y el amnios.

Salpingectomía

Extirpación quirúrgica de la trompa de Falopio, generalmente realizada por vía laparoscópica.

Salpingitis

Inflamación de una o ambas trompas uterinas. Puede ser causada por la infección de un simple organismo o por varios; los más frecuentemente son la Neisseria gonorrea, Chlamydia trachomatis y el Ureaplasma urealyticum. La salpingitis se suele asociar a esterilidad por factor tubárico.

Salpingoplastia

Reparación quirúrgica de la trompa de Falopio. Es una técnica que da pobres resultados y ha sido desplazada por la Fecundación in Vitro (FIV) en la mayoría de indicaciones.

Secreción

Proceso por el cual una célula o glándula produce y libera una sustancia determinada.

Semen

Secreción producida por el testículo del varón y las glándulas accesorias que contienen los espermatozoides, más los productos de secreción

glandulares. En conjunto forman el líquido seminal. Es sinónimo de esperma.

Seminograma

Estudio de la calidad del semen en una muestra de eyaculado. Lo recomendado es realizar 2 seminogramas al menos para poder llegar a un diagnóstico de certeza. Se realiza un estudio macro y microscópico del semen, junto con el análisis de la cantidad, movilidad, morfología, test de supervivencia, test de selección, etc. de los espermatozoides.

Sequedad vaginal

Falta de lubricación vaginal. Suponen el 15% de las visitas a ginecólogos y es la más frecuente entre las consultas que tienen que ver con las relaciones sexuales. Es más frecuente durante los procesos menopáusicos.

Sexo

Conjunto de actividades o comportamientos relacionados con el placer sexual

Sinclitismo

Actitud de la cabeza fetal en relación con la pelvis materna durante su descenso en el parto; la cabeza se encaja en la pelvis con la sutura sagital en el diámetro transversal de la pelvis materna, a mitad de distancia entre el pubis y el sacro. Esto permite el correcto encajamiento, progresión y desprendimiento de la cabeza fetal durante el parto.

Síndrome de Hellp

Produce hemólisis, aumento de enzimas hepáticas y bajo recuento plaquetario. Puede ocurrir en gestantes en asociación con la preeclampsia severa y la eclampsia.

Síndrome de hiperestimulación ovárica

Se da en la reproducción asistida con aumento del volumen ovárico, distensión abdominal y ganancia de peso. Los casos severos incluyen ascitis, derrame pleural, alteraciones hidroelectrolíticas e hipovolemia con hipotensión y reducción de la filtración glomerular.

Síndrome de Ovarios Poliquísticos (SOPQ)

Hoy día todavía no se sabe con certeza el origen del Síndrome de Ovarios Poliquísticos (SOPQ). Debido a que este trastorno es habitual que se manifieste en diversos miembros de una misma familia, se cree que hay un componente genético importante. Sin embargo, la alimentación y la exposición a tóxicos ambientales es probable que también puedan jugar un papel relevante en su génesis. Una mezcla de factores genéticos y medio ambientales, es la explicación más aceptada.

Síndrome miofascial

Dolor en el suelo pélvico originado en la musculatura y en las fascias

Spotting

Escaso e inesperado sangrado vaginal. Puede ser funcional o indicar una alteración funcional u orgánica.

Superfecundación

Fertilización de dos o más ovocitos en un corto período de tiempo, en el mismo ciclo ovulatorio, pero no en el mismo acto sexual, ni necesariamente con el mismo hombre.

Superovulación

Producción de un número mayor de lo normal de ovocitos, generalmente es una consecuencia de la administración de gonadotrofinas exógenas para procedimientos de fecundación asistida. También se denomina hiperestimulación ovárica controlada (HOC). El seguimiento se hace con ecografías transvaginales y cuyo objetivo es el de obtener más ovocitos para incrementar las tasas de éxito de las técnicas de reproducción asistida.

Swim-up

Técnica realizada en el laboratorio que se para seleccionar y capacitar los espermatozoides que posteriormente serán utilizados para una inseminación o Fecundación In Vitro (FIV).

Telarquia

Se llama así al comienzo del desarrollo mamario en mujeres adolescentes.

Telorragia

Secreción anormal en el pezón con presencia de sangre

Telorrea

Secreción anormal en el pezón

Temperatura basal

Se utiliza para determinar el día de la ovulación y por tanto de mayor fertilidad.

Teratógeno

Cualquier agente ambiental o microorganismo que puede producir defectos físicos en el desarrollo embrionario o fetal.

Teratoma

Tumores que se pueden formar en cualquiera de las tres capas de células germinales: endodermo, mesodermo o ectodermo. Se da frecuentemente en ovario y testículo. Pueden ser benignos o malignos y ocurrir a cualquier edad.

Test de ovulación

Análisis de la orina que busca detectar el pico de la hormona LH que precede a la ovulación, el objetivo es determinar el periodo más fértil de la mujer.

Testículo

Son las glándulas del varón que producen los espermatozoides y las hormonas, testosterona y pequeñas cantidades de estrógenos, alojados en el escroto.

tetradioxinas

Una de las dioxinas más tóxicas y cancerígenas que hay,

Tiroides

Glándula endocrina situada en el cuello, por debajo y a los lados de la tráquea y de la parte posterior de la laringe. Es el lugar donde se producen las hormonas tiroideas.

Tiroiditis

Inflamación o afectación autoinmune del tiroides que puede producir una alteraciones llamadas hipertiroidismo o hipotiroidismo.

Tiroxina

Hormona elaborada por el tiroides y que es la encargada de la regulación del metabolismo basal y el desarrollo.

Torsión

Giro o enrollamiento alrededor de un eje.

Toxoplasmosis

Enfermedad causada por la infección del protozoo *Toxoplasma gondii*. Puede dar la clínica de un resfriado común o una mononucleosis infecciosa en adultos. En casos de alteraciones inmunológicas, puede producir inflamación hepática, pulmonar, cardíaca, cerebral o de la médula y las meninges, también puede afectar a los ojos. La transmisión de la madre al feto durante el embarazo es posible pero muy poco frecuente y en general no da problemas pero puede llegar a causar daño cerebral o incluso la muerte fetal.

Transcervical

Acción que se lleva a cabo a través del orificio del cuello uterino.

Transferencia embriones

Parte del proceso de la Fecundación In Vitro (FIV) en el cual mediante un fino catéter de material plástico son depositados los embriones en el interior de la cavidad uterina.

Trofoblasto

Es la capa externa de las células que forman la pared del blastocisto. Juega un importante papel en la anidación embrionaria y formará la placenta.

Trombo

Coágulo de sangre; masa sólida o semisólida formada en el interior de un vaso venoso. Está compuesto por constituyentes presentes en la sangre, principalmente plaquetas y fibrina.

Tromboflebitis

Inflamación de la pared de una vena y que va asociada a la formación de un coágulo.

Trombosis

Situación vascular anormal en la que se desarrolla un trombo en el interior de un vaso sanguíneo, tanto arterial como venoso.

Trompa de Falopio

Conductos que comunican el útero con los ovarios. Están formados por 3 segmentos: istmo, ampolla e infundíbulo. En su interior se produce la fertilización del óvulo y el transporte durante 5 días del embrión hasta llevarlo al útero en fase de blastocisto para que se produzca la anidación o implantación.

Túbulos seminíferos

Grupo de pequeños tubos situados en el interior de los testículos donde se producen los espermatozoides.

Tumor

Crecimiento exagerado de tejido. Cuando es maligno se le denomina neoplasia.

Ultrasonidos

Ondas de sonido de mayor frecuencia que el rango audible para el hombre, que se propagan a una determinada velocidad en función de las condiciones físicas del medio a través del cual pasan. Ultrasonido en fisioterapia refiere a un tipo de terapia que utiliza ultrasonido para tratar distintas afecciones, entre ellas afecciones fisiopatológicas, litiasis, varias formas de cáncer, hemostasia, trombolisis y para la administración transdérmica o localizada de medicamentos.

Ureaplasma

Género de bacterias gram negativas que carecen de pared celular e hidrolizan la urea. La ureaplasma urealyticum es responsable de infecciones genitourinarias, a menudo de transmisión sexual.

Uréter

Tubo muscular fino y largo que conduce la orina desde la pelvis renal a la vejiga.

Uretra

Canal que conduce la orina desde la vejiga al exterior del cuerpo.

Uretritis

Inflamación de la uretra. Los síntomas habituales son la sensación de quemazón con el paso de la orina, llamado disuria. Usualmente causada por infecciones o irritación química.

Uretrorragia

Se llama así al sangrado por la uretra.

Urodinamia

Estudio y análisis de las actividades de la vejiga, el músculo esfínter de la uretra y la musculatura pélvica mediante el uso de varios mecanismos de presión y llenado vesical.

Urografía

Visualización con rayos X y un contraste radiopaco de cualquier parte del tracto urinario.

Útero

Órgano muscular profundo de la mujer situado en la pelvis entre la vejiga y el recto. Su función consiste en alojar al embrión y al feto hasta el nacimiento. Tiene forma de pera, la pared gruesa y mide aproximadamente 75 mm. de largo. Alcanza el tamaño adulto a los 15 años y luego disminuye con la llegada de la menopausia. Está formado por una porción principal o cuerpo, otra superior o fondo en la que desembocan las trompas, y una baja, el cuello, que se abre a la vagina.(27)

Úteroplastia

Es la cirugía cuyo objetivo es reconstruir el útero.

Vagina

Estructura musculo-membranosa en la mujer, que se extiende desde el cuello uterino hasta la vulva.

Vaginismo

Contracciones involuntarias de la musculatura que rodea a la vagina. Pueden dificultar o impedir la penetración y puede ser una causa de esterilidad.

Vaginitis

Inflamación de la vagina. Puede tener origen infeccioso, traumático, irritativo o inespecificado.

Vaginoplastia

Cirugía reconstructiva de la vagina conocida también como colpoplastia.

Varicocele

Varices de las venas que acompañan al cordón espermático hasta el testículo.

Variz

Vena dilatada por alteración de sus válvulas.

Viable

Capaz de vivir. Se aplica al feto que está lo suficientemente desarrollado para vivir fuera del útero.

Virilización

Aparición anormal de caracteres sexuales secundarios masculinos en la mujer. Se conoce también como masculinización.

Vitrificación

Proceso de congelación utilizado para la preservación de embriones y ovocitos. La exposición y las tasas de congelación deben ser lo suficientemente rápidas para evitar la toxicidad y la formación de cristales intracelulares que puedan dañar al embrión o al óvulo

Vulva

Nombre que reciben los genitales externos femeninos. Está compuesta por una prominencia sobre el hueso púbico, también conocido como monte de Venus, los labios mayores y menores, el clítoris, el vestíbulo de la vagina, las glándulas vaginales mayores y menores y el orificio vaginal o introito.

Vulvectomy

Extirpación quirúrgica parcial o completa de la vulva.

Vulvitis

Inflamación de la vulva.

Vulvodinia

Dolor crónico o sensación de quemazón en la vulva sin evidencia de enfermedad o anomalía. Suele ser causa de disfunción sexual.

Vulvovaginitis

Inflamación simultánea de la vagina y la vulva, generalmente de origen infeccioso; puede también afectar a la ure

BIBLIOGRAFIA

1. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 2019. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/detail/28-09-2021-worldwide-an-estimated-25-million-unsafe-abortions-occur-each-year>.
2. Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP). . Depresión postparto Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad. Washington DC- EEUU;
3. Institute of Obstetricians and Gynaecologists, Royal Collage of Physicians of Ireland. The Irish Maternity Early Warning System. Irlanda: Guideline N 25; 2021.
4. Federación Mexicana de Diabetes. ¿Qué es la diabetes? [Internet]. 2016. Disponible en: <http://www.diabetes.org/es/informacion-basica-de-la-diabetes/diabetes-gestacional/que-es-la-diabetes-gestacional.html>
5. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. Abortos. producción estadística. Ecuador; 2016.
6. American Psychiatric Association. Depressive disorders. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Arlington, VA: American Psychiatric Publishing,. 5 ta edición.
7. Echeverría Reinoso LB. Atención integral de la paciente adolescente con problemas gineco obstétricos área maternidad del Hospital General San Juan de Dios [Internet]. Guatemala; 2006. Disponible en: <http://www.repositorio.usac.edu.gt/14699/>
8. Hogan, J., Maguire, P., Farah, N at al. Body Mass Index and Blood Pressure Measurement during Pregnancy. Hipertension in Pregnancy. Vol. 396:400. 2010.
9. Guamán AL, Alvarez. SJAL. Características de la enfermedad trofoblástica en pacientes del área de gineco-Enfermedad trofoplástica gestacional [Internet]. Cuenca-Ecuador; 2016. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/24575/1/Tesis.pdf>
10. Bravo Gómez JB, Fernández Villamar GA. Causas gineco-obstétricas en el primer trimestre de embarazo que influyen para realizar un legrado uterino estudio realizado en el Hospital Alcívar en el período enero del 2014 a diciembre del 2016 [Internet]. [Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Medicina; 2018]; Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/30589>
11. Sistema Nacional de Salud. COMPONENTE NORMATIVO MATERNO NEONATAL [Internet]. 2019. Disponible en: [from: https://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/A67.PDF](https://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/A67.PDF)

12. CONALEP. Cuidados de enfermería en las hemorragias del primer trimestre. NOTAS DE ENFERMERIA MATERNO INFANTIL. Mexico;

13. De Paz Lozano, J. Depresión postparto [Internet]. Disponible en: <http://ddfv.ufv.es/bitstream/handle/10641/1104/TFG1415%20JULIA%20DE%20PAZ.pdf?sequence=1>

14. SC. Diabetes Gestacional [Internet]. 2007. Disponible en: <https://www.cinfasalud.com/areas-de-salud/bebes-y-ninos/maternidad/diabetes-gestacional/>

15. Magee L, Pels A, Helewa M, Rey E, Von Dadelszen P. Diagnosis, Evaluation, and Management of the Hypertensive Disorders of Pregnancy. Vol. (36)5. 2019. 416-438., p.

16. Sistema Nacional de Salud. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIABETES EN EL EMBAZARAZO GPC [Internet]. 2019. Disponible en: www.salud.gob.ec

17.

Bosch J, Pericot A, Amorós M, Ros R. Endometritis puerperal: estudio de 52 casos con diagnóstico clínico y microbiológico.

18.

Yokoe DS, Christiansen CL, Johnson R, et al. Epidemiology of and surveillance for postpartum infections. Emerg Infect Dis.

19.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Guía de Práctica Clínica: Manejo de la Hemorragia Pos parto. Ecuador; 2020.

20.

Ministerio de Salud Pública de Ecuador. Guía de práctica clínica: Trastornos Hipertensivos del Embarazo. Ecuador; 2020.

21.

Bland RD, Shoemaker WC, Abraham E, et al. Hemodynamic and oxygen transport patterns in surviving and nonsurviving post operative patients. 2018. 13:85.

22.

INFOGEN S.A. HEMORRAGIA VAGINAL DEL PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO [Internet]. 2020. Disponible en: <https://infofen.org.mx/hemorragia-vaginal-del-primer-trimestre-del-embarazo/>.

23.

Cruz Montoya MP. Importancia de la aplicación del proceso de atención de enfermería en los principales problemas de salud gineco-obstétricos [Internet]. 2019. Disponible en: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/3544>

24.

Mensa Pueyo J. Infecciones de las vías urinarias. 2018. 861 p.

25.

Guerra Pérez M, Arencibia Jorge R. La desactualización en las bibliotecas gineco-obstétricas [Internet]. Vol. vol 8. Cuba: Acimed editorial de ciencias medicas; 2020. Disponible en: <http://eprints.rclis.org/5257/>

26.

Ministerio de Salud del Perú. Manejo estandarizado de las emergencias obstétricas y neonatales. LIMA: MINSA; 2017.

27.

Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica de protocolos de actuación. 5 edición. Barcelona-España; 2017.

28. .

Vigil De Gracia P, De Gracia J, Campana S, et al. Módulo de capacitación en Preeclampsia eclampsia. Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología. Panama; 2015.

29.

Nacer Centro Asociado al CLAP/SMR - OPS/OMS de la Universidad de. Medellin Guía del manejo de la Hemorragia Obstétrica, Código Rojo. Antioquia, Nacer Centro Asociado al CLAP/SMR - OPS/OMS de la Universidad de. Medellin. Medellin-Colombia; 2017.

30.

Durham M, Siegel J, Wierter L: Oxigen debit and metabolic acidemia as quantitative predictor of mortality and the severity of the ischemic insult in hemorrhagic shock. Crit Care Med. 2019. 19:231-243.

31.

Shoemaker WC, Montgomery ES, Kaplan E, et al: Physiologic patterns in surviving and nonsurviving shock patients. Arch Surg. 1973. 106:630.

32.

HOCHSTATTER IRARRAZABAL S. PLAN DE ASIGNATURA Y PLAN DE UNIDAD DE APRENDIZAJE DE GINECOLOGIA OBSTETRICIA [Internet]. 2019. Disponible en: <http://ddigital.umss.edu.bo:8080/jspui/handle/123456789/13113>

33.

Hernández Rodríguez LC, Graña León MC, González Montero L, Santana del Río M, Miranda Guerra Ad. Plan de cuidados de Enfermería estandarizado para asesoramiento genético de embarazadas con alfafetoproteína alterada en Caibarien. 2016; Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1330>

34.

Vedia Heredia AM. PLAN GLOBAL GINECOLOGIA Y OBSTETRICA [Internet]. 2018. Disponible en: <http://ddigital.umss.edu.bo:8080/jspui/handle/123456789/9711>

35.

Zurita C, Caiza ME, Villacís P. Prevalencia de IGG e IGM para citomegalovirus en las madres y recién nacidos del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora. 2015. 5-7 p. (revista Ecuador -Pediatría).

36.

Torres CR, Salgado AS, Chedraui P, Salgado G, Dassum P, Cedeño. Prevalencia de la anemia en el embarazo y sus efectos sobre las medidas antropométricas perinatales y el apgar en el hospital gineco-obstétrico Enrique C. Sotomayor en el año 2015. Medicina (Mex). 2015. 19(2):91-6.

37.

Nonacs RM, Wang B, Viguera AC, Cohen LS. Psychiatric illness during pregnancy and the post-partum period. In: Stern TA, Fava M, Wilens TE, Rosenbaum JF, eds. Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry. filadelfia EEUU; 2016.

38.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Prevention and Management of Postpartum Haemorrhage. Guideline No. 47. Londres; 2015.

39.

The Confidential Enquiry into Maternal and Child Health (CEMACH). Saving Mothers' Lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safeR. LONDRES; 2007.

40.

Shoemaker WC, Appel PL, Kram HB, et al: Sequence of physiologic patterns in surgical septic shock. Crit Care Med. 1993. 21:1876.

41.

Dudzinska Camarero N. Síntomas de la diabetes gestacional [Internet]. Disponible en: <https://www.webconsultas.com/embarazo/complicaciones-del-embarazo/sintomas-de-la-diabetes-gestacional>

42.

National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Síntomas y causas de la diabetes gestacional [Internet]. 2017. Disponible en: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/diabetes/informacion-general/que-es/gestacional/sintomas-causas>

43.

Siu AL, US Preventive Services Task Force (USPSTF) Screening for depression in adults: US Preventive Services Task Force recommendation statement. JAMA [Internet]. Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26813211.

44.

Shoemaker WC, Appel PL, Kram HB, et al: Temporal hemodynamic and oxygen transport patterns in medical patients with sepsis and septic shock. Chest. 1993. 104:1529.

45.

Juan Carlos Toledo González. Terminos generales básicos de ginecología y obstetricia [Internet]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/JuanCarlosToledoGonzalez/terminos-generales-basicos-de-ginecologia-y-obstetricia>

46.

Lewis, G. E. The Confidential Enquiry into Maternal and Child (CEMACH). Saving Mother Lives: Reviewing maternal deaths to make motherhood safer. Londres; 2007.

47.

Albright C, Tariq N, etall. s.l. The Sepsis in Obstetrics Score: a model to identify risk of morbidity from sepsis in pregnancy : American Journal of Obstetrics & Gynecology, American Journal of Obstetrics & Gynecology. 2014.

48.

Sierra Manzano, J.M., Carro García, T. & Ladrón Moreno. Variables asociadas al riesgo de depresión posparto Edinburgh Postnatal Depression Scale. Atención Primaria, [Internet]. 2002. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656702789798>

LIC.OLGA MUÑOZ ROCA,

Especialista en Cuidado Crítico, Magister en Educación superior, docente titular auxiliar 2 de la Carrera de Enfermería de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

LIC. CRISTINA GONZÁLEZ OSORIO,

MAGISTER EN GERENCIA EN SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL, docente titular auxiliar 2, tiempo completo de la Carrera de Enfermería de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

LIC.NORMA SILVA LIMA,

MAGISTER EN GERENCIA EN SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL, docente titular auxiliar 2 de la Carrera de Enfermería de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

LIC. KETTY SANCHEZ VERA,

MAGISTER EN GERENCIA EN SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL, docente tiempo completo de la Carrera de Enfermería de la Universidad de Guayaquil.

LIC.JAIRO ZAMBRANO MUÑOZ

LICENCIADO EN ENFERMERIA, Maestrante de Gestión en Salud y servicios de enfermería, Universidad Tecnológica de México

ISBN: 978-9942-33-472-5



compAs
Grupo de capacitación e investigación pedagógica