

24.58



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

“INFECCION PUERPERAL”

ESTUDIO CLINICO EN PROCESO
DE ATENCION DE ENFERMERIA
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A :

~~ARMANDO MARTINEZ~~

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
COORDINACION DE S.S. Y O.T.T.

U. N. A. M.

México, D. F.

1 9 8 7



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

	Pág.
INTRODUCCION.	6
I. MARCO TEORICO.	9
1.1 Generalidades de Anatomía y Fisiología del Aparato Reproductor Femenino.	9
1.2 Periodos Clínicos del Parto.	17
1.2.1 Alumbramiento	19
1.3 El Puerperio Fisiológico.	25
1.4 Infección Puerperal. Concepto.	34
1.4.1 Epidemiología	35
1.4.2 Etiología	36
1.4.3 Signos y Sintomas	38
1.4.4 Diagnóstico	46
1.4.5 Tratamiento	46
1.4.6 Pronóstico	52
1.5 Historia Natural de la Infección Puerperal.	53
II. HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA.	62
III. PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.	72
Conclusiones	95
Sugerencias	97
Bibliografía	
Anexos	
Glosario	

INTRODUCCION.

Generalmente la enseñanza y la práctica clínica consideran al Puerperio con menos interés que a otras etapas del embarazo; ésto se debe quizá, a la confianza que se tiene en los nuevos métodos de antibiótico-terapia de amplio espectro o a la eficiente calidad de cuidados que se ofrecen en los centros hospitalarios con suficientes recursos humanos y materiales. Esta desinterés al puerperio, se ve reforzado por la actitud de la madre, ya que su atención y/o preocupación gira principalmente en el bienestar del Recién Nacido o simplemente desea descansar del agotador físico y emocional provocado por el Trabajo de Parto, sin pensar que en todo período post-parto el peligro latente de una fisiopatología puerperal siempre está presente.

Esta última situación despertó en mí el interés para realizar el presente estudio como opción de titulación, ya que en instituciones carentes de recursos humanos y materiales, en éste caso, las clínicas periféricas del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), en la cual realicé el Servicio Social, es más evidente ésta problemática y, en donde el Licenciado en Enfermería y Obstetricia puede y tiene la obligación de aplicar sus conocimientos teórico-prácticos con absoluta libertad, obteniendo para sí, mayor responsabilidad y provechosa actividad cognoscitiva.

El Proceso de Atención de Enfermería se aplicó a una paciente puerpera internada en la Clínica Periférica D.I.F. Díaz Ordaz, ubicada en la calle Rosas No. 361, Col. Díaz Ordaz, Ecatepec de Morelos, Estado de México, con el diagnóstico médico de Infección Puerperal.

Para realizar el siguiente estudio, se seleccionó la metodología del Proceso de Atención de Enfermería en sus etapas de recopilación de información en forma directa al entrevistar e integrar el expediente clínico de la paciente, e indirectamente, al consultar bibliografía especializada -- para la estructuración del Marco Teórico y fundamentación de las Acciones de Enfermería; también se elaboró y aplicó la Historia Clínica de Enfermería y deduciendo de ésta última, el Diagnóstico de Enfermería; -- se continuó con el Plan de Atención de Enfermería como instrumento escrito que incluye los objetivos, problemas, razón científica de los mismos, etc.

Posteriormente se estructuró la Historia Natural de la Enfermedad, teniendo en cuenta que el ser humano debe estudiarse como una unidad -- Biopsicosocial, con los respectivos Niveles de Atención para la Salud.

Finalmente se presentan las conclusiones, sugerencias, bibliografía consultada y anexos.

I. MARCO TEORICO.

1.1 Generalidades de Anatomía y Fisiología del Aparato Reproductor Femenino.

El aparato reproductor femenino se divide en dos grupos: a) los órganos externos (vulva, clítoris, vestíbulo e himen) y b) los órganos internos (vagina, útero, trompas de Falopio y ovarios), los cuales de afuera a dentro, se definen a continuación:

Vulva: Se designa colectivamente a los órganos genitales exteriores; el Monte de Venus o Pubis es un cojín graso situado delante de la sínfisis púbica, de forma triangular con base superior y cubierto de vello, siendo su función principal la protección de los demás genitales externos. A partir del pubis, se extienden hacia abajo y atrás dos pliegues longitudinales de tejido adiposo cubiertos de piel, llamados Labios Mayores, cada uno cuenta con una cara externa cubierta de vello y otra interna rica en glándulas sebáceas y sudoríparas; su forma es romboidea y se desvanecen gradualmente en el periné, su función es proteger la entrada del canal vaginal; al apartar a éstos, se observan otros dos pliegues más pequeños denominados Labios Menores, son algo rojizos y se unen en la porción superior formando un capuchón que cubre el clítoris; a diferencia de los mayores, éstos carecen de pelos y tienen pocas glán-

dulas sudoríparas, pero numerosas glándulas sebáceas. El Clítoris, es un cuerpecillo cilíndrico constituido por tejido fibroso con dos cuerpos - cavernosos y ricamente innervado por lo que experimenta congestión y -- aumento de tamaño cuando la mujer es estimulada sexualmente, física o mentalmente. Dentro de la porción incluida entre los labios menores - (desde el clítoris hasta la horquilla perineal) conocida como Vestíbulo, - se encuentran la desembocadura de los siguientes orificios: el Meato Uri-- nario, el Orificio o Introito Vaginal y los conductos excretores de las -- Glándulas de Skene y de Bartholini. A modo de frontera entre los genita-- les externos e internos se encuentra el Himen, que es un repliegue mem-- branoso de la mucosa vaginal, el cual tiene un orificio en el centro con - el objeto de dar salida a la sangre menstrual, ampliándose por desgarró con la primera relación sexual y desapareciendo en su totalidad después - del primer parto. El Periné comprende los tejidos blandos incluidos den-- tro del plano inferior de la pelvis, el cual está limitado por delante por la sínfisis del pubis, a los lados por el arco del pubis y los músculos -- glúteos mayores y posteriormente por el cóccix. Cabe señalar que las glándulas mamarias son consideradas parte de los órganos reproducto-- res externos femeninos por su relación funcional, tanto en ciclo mens-- trual, como en el embarazo y puerperio. 1/

1/ Beischer, Mackay. Care Of Pregnant Woman and her Baby, pp. 14-15

Vagina: Es un tubo o conducto músculo-membranoso de 7-10 cm. de longitud aproximadamente, se extiende desde la vulva hasta el útero y se halla entre la vejiga por delante y el recto por detrás. Funcionalmente es el conducto por el cual salen las secreciones y la menstruación; es el receptáculo para el pene durante el coito y forma la parte baja y blanda del canal de parto por el que pasa el feto de la vida intrauterina a la extrauterina; en su extremo superior se une circularmente al cuello uterino dando lugar a cuatro fondos de saco (dos laterales, uno anterior y otro posterior) siendo éste último el más importante, ya que en él se coleccionan los productos de secreción del útero y se acumula el semen.

2/

Utero: Es un órgano muscular hueco, con forma de pera achatada, cuya porción más delgada se encuentra hacia abajo; está situado en la pelvis, entre la vejiga y el recto, en las mujeres nulíparas tiene una longitud de 6-7 cm., 4 cm. de ancho y 2.5 a 3 cm. de grosor; se subdivide anatómicamente en, Fondo (porción en forma de cúpula por encima de las trompas de Falopio); Cuerpo (porción mayor central cónica) y Cuello (porción inferior estrecha que se abre en la vagina), además, está compuesto por tres capas que de fuera hacia dentro son: el peritoneo visceral o serosa uterina, el miometrio o músculo uterino y el endometrio o

mucosa uterina, siendo que ésta última capa es rica en glándulas y vasos sanguíneos que están sometidos a variaciones cíclicas dependientes del eje hipotálamo-hipófisis-ovario; funcionalmente en él se anida el huevo u óvulo fecundado, proporcionándole seguridad y nutrición hasta el momento del nacimiento, o en caso contrario, desprendimiento y salida de la capa funcional. 3/

Trompas de Falopio u Oviductos: Son dos, una de cada lado y se encuentran insertadas en la unión del fondo uterino con el cuerpo, comunicando por uno de sus extremos con la cavidad uterina; y por el otro con la cavidad peritoneal, estando situada libremente cerca del ovario. Anatómicamente se subdividen en 3 porciones: a) Intramural (en el espesor de la pared uterina de 1 cm. aproximadamente), b) Istmica (que mide de 2-4 cm. y c) Ampular (con forma de embudo hacia la cavidad uterina formando el pabellón con sus fimbrias, mide de 3-4 cm.); la función de los oviductos es la de intersectar del ovario, al óvulo cuando es expulsado y transportarlo hacia la cavidad uterina; además, en caso de que sea fecundado, lo que ocurre regularmente en el tercio medio, nutrirlo durante su paso. 4/

Ovarios: Son dos pequeños órganos en forma de almendras, situados en

3/ Selecciones de Reader's Digest. Op.cit.; p. 708

4/ Beischer, Mackay. Op.cit.; p. 19

la parte más alta de la pelvis, inmediatamente por debajo de las trompas cuyo tercio distal se incurva sobre ellos, miden alrededor de 3.5 cm. X 2 cm. X 1.5 cm. aunque las medidas varían en cada mujer. Su superficie es blanquecina y al corte presentan una zona medular compuesta por tejido conectivo, vasos sanguíneos y fibras musculares lisas; y una zona cortical compuesta por tejido conectivo y células, entre las cuales se esparcen los óvulos y los folículos en desarrollo. 5/

Es importante señalar que la sujeción del aparato reproductor en la pelvis se realiza por medio de; los ligamentos redondos, que se desprenden de la parte anterior del cuerpo uterino dirigiéndose hacia adelante y a los lados hasta perderse en el tejido celular subcutáneo de los labios mayores; los ligamentos útero-sacos, que van desde la cara posterior del útero, casi a nivel de su ístmo, hacia atrás rodeando el recto y llegando al peritoneo parietal posterior; y los ligamentos anchos, que constituyen dos tabiques frontales que alcanzan la pared pélvica y por la que pasan la arteria uterina y los ureteros. A pesar de que los ligamentos citados mantienen en posición correcta al útero, el verdadero sostén del aparato genital lo constituyen los músculos que forman el suelo de la pelvis, los cuales están considerados por 3 planos: 1) Plano superficial, formado por los músculos isquiocavernosos, bulbocavernosos, transver

5/ Beischer, Mackay. Op.cit.; p. 20

so superficial y esfínter del ano; 2) Plano medio, compuesto por el diafragma urogenital, fibras musculares del transverso profundo que rodean a la uretra y constituyen su esfínter; y 3) Plano profundo, formado por el músculo elevador del ano. 6/

En cuanto a su vascularización, el aparato reproductor está irrigado por las arterias uterinas, ramas de la arteria hipogástrica y por las arterias ováricas, ramas de la aorta abdominal; el retorno de la sangre pélvica y perineal hacia la circulación venosa se realiza por la vena iliaca o hipogástrica; del mismo modo, los linfáticos de los genitales externos se dirigen hacia los ganglios linfáticos inguinales; los de la parte inferior del útero hacia los ganglios hipogástricos y obturadores; el cuerpo, fondo uterino, ovarios y trompas se dirigen hacia los ganglios iliacos primitivos y aórticos y por último, los de la cara posterior uterina hacia los ganglios presacro; respecto a su inervación, en él se combinan el sistema nervioso simpático y parasimpático ya que tiene fibras procedentes del ganglio celiaco y conexión con el nervio pélvico, uniéndose ambos en el plexo nervioso de Frankenhauser; los genitales externos y la porción inferior de la vagina son inervados por los nervios abdomino-genital mayor, genitocrural y pudendo. 7/

6/ Selecciones de Reader's Digest. Op.cit.; p. 708

7/ Greenhill, J. P. et al. Obstetricia, p. 98

En esencia, la fisiología del aparato reproductor femenino se resume, - en una sucesión de eventos cíclicos que se conocen con el nombre de ciclo menstrual, el cual es iniciado y mediado por hormonas secretadas - por la adenohipófisis y los ovarios, las cuales dirigen y provocan la maduración del óvulo dentro del folículo primario, y preparan al endometrio para la recepción del huevo, en caso de que la fecundación ocurra. - El primer evento es la secreción de un factor liberador (FL) por parte del hipotálamo, el cual, al actuar en la adenohipófisis provoca la producción de la hormona Folículo Estimulante o HFE, que como su nombre lo indica, estimula el crecimiento del folículo primario en el ovario; conforme avanza éste crecimiento, el folículo inicia la producción creciente de estrógenos, los cuales a su vez, estimulan a los vasos sanguíneos y glándulas del endometrio, por lo que presenta hipertrofia e hiperplasia al engrosarse el tejido y aumentar su actividad glandular; los estrógenos también influyen en la actividad alveolar de las mamas. A medida que el folículo madura, la producción de HFE disminuye, por lo que el hipotálamo aumenta la secreción de factor liberador de hormona luteinizante (FLHL) y por lo tanto, producción de Hormona Luteinizante (HL) por parte del ovario, así, cerca del décimo-duodécimo día del ciclo, el folículo ya se encuentra maduro, y los niveles de estrógenos alcanzan concentraciones altas que inducen la supresión del FL-HFE por parte del hipotálamo, y entonces, alrededor del duodécimo-décimocuarto día del ciclo menstrual, el folículo maduro o de De Graff, bajo influencia -

de la HL, provoca la ruptura del folículo y la expulsión del óvulo, el cual pasa hacia el final de las fimbrias de la trompa de Falopio, hacia el posible encuentro con el espermatozoide. El folículo, aún bajo influencia de la HL se torna amarillo a causa de los restos sanguíneos y tisulares -- provocados por la rotura, por lo que recibe el nombre de cuerpo lúteo o amarillo, el cual inicia la producción de progesterona y menor cantidad de estrógenos; si el óvulo es fecundado en un lapso igual o menor de 48 horas después de la ovulación, éste se implanta al sexto u octavo día en el endometrio ya preparado para ello, y el cuerpo lúteo continua con la producción de progesterona y estrógenos conservando el endometrio o decidua basal, hasta que la placenta produzca por sí sola éstas hormonas y mantengan todo el embarazo; si no existe la concepción entonces -- el cuerpo lúteo durará de 9-11 días y luego se degenerará, formando el cuerpo albicans o blanco, retrayéndose progresivamente hasta solo quedar como una pequeña cicatriz en el ovario. Esta regresión tiene por consecuencia la reducción de los niveles de progesterona y estrógenos, por lo que en el endometrio se produce una constricción o colapsamiento (por privación hormonal) de glándulas y arteriolas que irrigan la profundidad de la mucosa, dando por resultado isquemia y desprendimiento de su capa funcional; lo que conlleva a la aparición de la menstruación, con duración de 3 a 6 días y una cantidad que varía entre 30-60 ml.; éste decremento hormonal permite que el hipotálamo reinicie (por mecanismo de retroalimentación negativa o feed back) un nuevo ciclo. En resumen,

podemos decir que el ciclo sexual o menstrual es la combinación de dos - ciclos: a) El ciclo ovárico, que consiste en la maduración del folículo -- por parte de la HFE, la liberación del óvulo apto para ser fecundado y la formación y regresión del cuerpo amarillo a partir de la HL y b) El ciclo endometrial, que consiste en diversas modificaciones de la mucosa - por acción de las hormonas estrógeno (fase de regeneración y proliferación) y progesterona (fase de secreción, folículo-luténica o progestacional), y que en caso de que el óvulo no sea fecundado constituyen la menstruación propiamente dicha. 8/

1.2 Períodos Clínicos del Parto.

El Parto se divide normalmente en 3 períodos: 1) Período de dilatación, - 2) Período de expulsión y 3) Período de alumbramiento. El período de di- latación comienza con las contracciones uterinas regulares y termina - cuando el cuello uterino se ha dilatado completamente (10 cm.); se puede subdividir a su vez en una fase latente, que significa la primera parte -- lenta del parto, por lo que consume la mayor parte del tiempo, en ella - la dilatación llega hasta los 4 cm. y las contracciones son débiles o moderadas de intensidad; y otra fase activa, en la que las contracciones -- son más fuertes y eficaces, presentándose una dilatación más rápida; --

para la terminación de ambas fases se requiere de 8 a 24 horas en las primíparas, y de 12 horas en las multíparas; cuando el desarrollo de éste período es aberrante, se denomina disfuncional, ya sea por fase latente prolongada, detención de la dilatación o descenso, etc. El período de expulsión comprende desde que el cuello uterino está completamente dilatado, hasta que ha terminado la expulsión del producto; se caracteriza porque las contracciones uterinas aumentan en intensidad y duración, siendo los intervalos más breves; el feto desciende y ejerce presión sobre el recto, por lo que la madre experimenta un deseo evidente e involuntario de colaborar en la expulsión utilizando la prensa abdominal, sensación conocida como "pujo" y que aumenta con la aparición de cada contracción. Cuando la cabeza ha rotado internamente, desciende y alcanza el suelo pelviano, abomba el periné, y por un movimiento de flexión sale al exterior seguido de otro movimiento o rotación externa que alinea su cabeza en relación con el cuerpo, saliendo en su totalidad; la duración media de éste período en la primípara es de 1 hora y de 30 min. en la multípara, considerando como tiempo límite 2 horas. El período de alumbramiento, abarca desde el nacimiento del niño hasta la expulsión de la placenta y membranas, por lo que también puede llamarse período placentario, el cual, comunmente no se prolonga más de 10 min. Cabe mencionar que suele agregarse un cuarto período que incluye hasta las 2 hrs. después del alumbramiento y que el tono uterino se ha restablecido.

9/

1.2.1 Alumbramiento.

De acuerdo con la definición anterior, el alumbramiento es el proceso -- mediante el cual las secundinas (placenta, membranas y cordón umbili-- cal) son expuestas al exterior, después del nacimiento del niño; es el pe-- ríodo más breve del parto, ya que puede durar de 7 a 30 min. con un -- tiempo promedio de 10 min. 10/

Para comprender e identificar correctamente las manifestaciones clíni-- cas de éste período, es necesario conocer el mecanismo del mismo; el - cual inicia al pinzar y cortar el cordón umbilical, ya que se provoca un - disparalelismo útero-placentario, y que junto con la presencia de con-- tracciones uterinas, provocan retracción del útero y aumento del tamaño de la placenta; a su vez, éstos fenómenos causan la separación de la pla-- centa a nivel de la decidua esponjosa o unión inter-útero-placentaria, -- por lo que se estiran, desgarran y rompen vasos, que al sangrar forman un acúmulo o hematoma retroplacentario, el cual por su peso y aunado a los efectos de la gravedad y contracciones uterinas que se siguen presen-- tando, provocan la invaginación y descenso de la placenta; a su paso, el cuerpo uterino disminuye de tamaño y se eleva, se distiende de nuevo el segmento inferior y, ya en la vagina, hace presión sobre el recto obli--

gando el empleo de la prensa abdominal, con lo que la placenta se desprende y sale. 11/

Cabe mencionar que la modalidad del desprendimiento depende del tipo de localización de la placenta; por lo que cuando el desprendimiento es central (mecanismo de Boudelocque-Shultze), sale primero la cara fetal y al último el hematoma retroplacentario en forma de sangrado; y cuando el desprendimiento es lateral o excéntrico (de abajo arriba) la placenta aparece en primer lugar por su borde inferior, permaneciendo la hemorragia durante todo el período (mecanismo de Matthews-Duncan). 12/

Es fácil observar entonces, que durante el post-parto inmediato el fondo uterino se eleva a nivel de la cicatriz umbilical manteniéndose las contracciones y relajaciones uterinas; posteriormente, al desprenderse la placenta, aumenta el diámetro transversal del útero, el cordón umbilical se "alarga" o desciende y existe o no sangrado transvaginal, lo que depende del tipo de desprendimiento. Al descender la placenta y pasar por el segmento inferior, el cuerpo uterino se hace más pequeño y más alto, generalmente se desvía hacia la derecha y existe o no sangrado transvaginal; al llegar a la vagina, el útero ya es pequeño y adopta una forma globular de consistencia firme, el cordón umbilical ha descendido aún más -

11/ Ramírez, Alonso Félix. Apuntes de la materia Gineco-Obstetricia I.

12/ Beischer, Mackay. Op.cit.; p. 147

y se observa escurrimiento de sangre; posteriormente la mujer puja y sucede la expulsión de la placenta. El útero continua su actividad contráctil hasta alcanzar un estado de Contracción Fija, Permanente e Irreversible, estado conocido comunmente como Retracción Tónica o Globo de Seguridad de Pinard. 13/

Es importante señalar que a pesar de que el alumbramiento es el periodo más breve del parto, es también el más peligroso, ya que existe el riesgo de que se presenten amenazas potencialmente graves que alteren la salud ulterior de la paciente; por lo tanto el manejo de éste periodo está encaminado a evitar la hemorragia post-parto, asegurar la expulsión completa de las secundinas y facilitar la recuperación sin complicaciones en el puerperio. Primordialmente después de nacer el niño se sigue una conducta expectante, en la que si el mecanismo de alumbramiento es normal, solo se requiere de palpar el fondo uterino sobre el abdomen y sin dar masaje, identificar signos de despegamiento y descenso de la placenta; se pide a la paciente que puje para precisar si la expulsión puede ser por sí sola, conviene dejar que salga por su propio peso y al aparecer las membranas por la vulva, el cordón umbilical se eleva para evitar que éstas se desgarran, y sin soltar la pinza, se recibe la placenta en nuestras manos o en un recipiente. 14/

13/ Beck, C. Alfred. Práctica de Obstetricia, pp. 103-106

14/ Ramírez, Alonso Félix. Op.cit.

Se procede a inspeccionar en la placenta la integridad, presencia de infartos, coágulos y hematomas retroplacentarios, corioangiomas, etc.; - en las membranas ovulares, integridad, desgarros, terminación de vasos inserción del cordón umbilical y coloración; y en el cordón umbilical, -- longitud, grosor, número de vasos umbilicales y nudos; posteriormente se revisa el canal de parto, donde se verifica la existencia de laceraciones palpando e inspeccionando las paredes laterales de la vagina, fondos de saco y cuello, los cuales se reparan con suturas absorbibles. 15/

Si se realiza episiorrafla o reparan desgarros perineales, se utiliza catgut de dos y tres ceros, realizando puntos separados para tejidos profundos y sutura continua para mucosa vaginal, teniendo especial cuidado en ésta última al entrelazar y juntar los bordes del vértice; cuando los desgarros son de tercer y cuarto grado (que afectan esfínter anal y/o mucosa rectal), los bordes se unen con sutura intestinal, con puntos separados. 16/

Si el retraso del alumbramiento es igual o mayor de 15 min. se procede a comprobar el despegamiento de la placenta por medio del signo de Calkins, el cual revela aumento del diámetro transversal del útero, tornándose el cuerpo uterino de forma discoide a redondo, y descenso o "alar-

15/ Pschyrambel, W. Op.cit.; pp. 78-80

16/ Niswander, K. R. Manual de Obstetricia, Diagnóstico y Tratamiento, p. 327

gamiento" del cordón umbilical. 17/

El despegamiento puede asegurarse por medio de la maniobra del signo - del pescador de Fabr e, la cual consiste en colocar una mano sobre el ab - d men, y con la otra, traccionar el cordón umbilical; si la placenta no - se ha despegado se percibe la tracción en la mano abdominal. 18/

Una vez que se ha despegado la placenta, ésta puede expulsarse por ex - presión mediante la maniobra de Brandt-Andrews, la cual consiste en -- ejercer tracción moderada con una mano sobre el cordón umbilical, cer - ca de la vulva y, simultáneamente, con la punta de los dedos de la otra - mano, sobre el abdomen en la región suprap blica, se ejerce suave pre - sion hacia abajo sobre la pared anterior del útero y en dirección de la -- vulva, se tracciona el cordón y aparece la placenta. 19/

Cuando no se presenta ningún signo de desprendimiento durante 30 min. - o más, cuando el desprendimiento se presenta con hemorragia excesiva o cuando los métodos externos no ayudan al mismo, se recurren a la ex - tracción manual de la placenta mediante la siguiente técnica: con una ma - no se sujeta el fondo uterino a través del abdomen, y se presiona firme - mente hacia abajo, mientras que con la otra mano se introduce lentamen -

17/ Facultad de Medicina. Op.cit.; p. 150

18/ Ramírez, Alonso Félix. Op.cit.

19/ Beischer, Mackay. Op.cit.; p. 149

te a la cavidad uterina, siguiendo el trayecto del cordón umbilical; se localiza el borde placentario y se establece un plano de separación entre la placenta y la pared uterina con la punta de los dedos, se despega suavemente con movimientos circulares hasta que la separación sea completa; una vez extraída la placenta se aplica un masaje enérgico en el fondo para reducir la hemorragia posterior. Del mismo modo, al inspeccionar la placenta y sospechar la retención de fragmentos placentarios, éstos se deben extraer manualmente: si se comprueba la existencia de placenta accreta, increta o percreta es preciso utilizar una cucharilla de Hunter o una pinza de anillos, si sucede hemorragia grave se procede a laparatomía y, eventualmente, a la histerectomía. 20/

Cabe recordar que ambos procedimientos; despegar placenta o revisar cavidad, incrementan el riesgo de infección bacteriana intrauterina, por lo que se recomienda el empleo profiláctico de antibióticos de amplio espectro. 21/

Aunque algunos obstetras efectúan la maniobra de Credé para despegar la placenta, no se sugiere, debido a que es una maniobra no fisiológica, ya que al exprimir el fondo, se obliga a la placenta pasar forzosamente por el estrecho inferior de la pelvis y a ser expulsada en múltiples frag-

20/ Niswander, K. R. Op.cit.; p. 364

21/ Ibidem.; p. 325

mentos; además cuando la inserción es excéntrica, el despegamiento es incompleto. 22/

En la actualidad es costumbre apresurar éste período con agentes útero-tónicos (oxitocina y ergonovina) después de la expulsión del producto, modificándose su evolución, ya que éstos fármacos causan, en términos de 2 a 5 min. contracciones intensas que suelen despegar y descender la placenta al segmento uterino inferior y subsecuentemente, su expulsión al exterior por lo que el tiempo del tercer período se acorta entre 5 y 8 min.; del mismo modo, la administración de éstos medicamentos disminuye el riesgo de morbi-mortalidad por atonía uterina y/o hemorragia excesiva. Finalmente, antes de enviar a la paciente a recuperación, se limpia la sangre de la región vulvoperineal, se comprueba altura y retracción uterina; se valoran características del sangrado transvaginal, coloración de tegumentos, estado de conciencia y signos vitales. 23/

1.3 El Puerperio Fisiológico.

Se designa con el nombre de Puerperio, al período que comienza después del alumbramiento y que termina 6-8 semanas más adelante, cuando el organismo femenino, principalmente el aparato reproductor, vuelve al

22/ Greenhill, J. P. Op.cit.: pp. 296-297

23/ Hamilton, Persis Mary. Asistencia Maternoinfantil de Enfermería, p. 117

estado no grávido o normal; además de los reajustes fisiológicos, se producen modificaciones psicológicas, se inicia y mantiene la lactancia por lo que también sucede el primer contacto afectivo externo entre la madre y el recién nacido, y se reanuda la función ovárica. 24/

Así como en el embarazo el útero es el órgano que más modificaciones sufre, durante el puerperio es también, donde los fenómenos de regresión o involución se producen de forma más intensa; inmediatamente después del alumbramiento, el fondo uterino se encuentra entre la sínfisis del pubis y la cicatriz umbilical, debido a la intensa contractilidad de la musculatura lisa y vascular necesaria para la hemostasia de los vasos uterinos de la ex-insercción placentaria, fenómeno conocido también como ligaduras vivientes de Pinard. 25/

Después de 24 horas, el fondo uterino se eleva hasta la cicatriz umbilical, ya que la intensa contractilidad iniciada cede un poco, y entonces el útero experimenta un estado permanente, fijo e irreversible de contractilidad, llamado Retracción Tónica o Globo de Seguridad de Pinard; se superponen a éste estado de contractilidad, otras contracciones rítmicas espontáneas y dolorosas conocidas con el nombre de Entuertos, que son más percibidas por las mujeres multíparas y que favorecen el acorta---

24/ Niswander, K. R. Op.cit.; p. 383

25/ Selecciones de Reader 's Digest. Op.cit.; p. 750

miento de las fibras musculares del útero. En los días subsiguientes, la involución es rápida y progresiva, el fondo uterino desciende dos traveses de dedo (2 cm.) por día, quedando oculto detrás de la sínfisis del pubis al final de la segunda semana, su peso disminuye de 1,200-1,000 g. - después del parto, hasta 500 g. una semana más tarde, y a la sexta semana recupera su peso y dimensión de no gravidez (50-70 g.); ésta regresión se debe gracias a la autólisis de proteínas de las fibras hipertrofiadas del miometrio. 26/

Posterior al alumbramiento, la mucosa uterina está compuesta solo por la capa basal de la decidua, a los 2-3 días post-parto, ha crecido y se diversifica en dos capas; la superficial se necrosa y se elimina como exudado uterino a los 3-6 días; la porción profunda, inicia la producción de un nuevo endometrio al desarrollar el epitelio a partir de la proliferación de restos glandulares endometriales y la estroma a partir del tejido conjuntivo interglandular, quedando restaurado el endometrio al final de la tercera semana; la regeneración del área de adherencia placentaria es diferente y ocupa mayor tiempo (hasta 6 semanas), la superficie es cruenta e irregular debido a los múltiples muñones vaculares, tabiques placentarios y restos de vellosidades y decidua, los vasos se constríen y obturan por la retracción tónica y se produce una endoarteritis que conlleva

a una alteración hialina compuesta de fibroblastos y leucocitos, que en conjunto y macroscópicamente dan aspecto de una placa necrótica, así, cuando la capa profunda del endometrio crece, ésta se desprende y elimina por un proceso de exfoliación, el cual tiene lugar por medio de un fenómeno de socavamiento mecánico (Williams). 27/

Como productos de desecho del proceso de regeneración anteriormente descrito, se presentan en la vagina, hacia el exterior, un exudado o secreción compuesto de sangre, restos tisulares, linfa, etc. que en conjunto reciben el nombre de Loquios, los cuales de acuerdo a sus características y tiempo en que se presentan, pueden clasificarse en: a) Loquios Rojos, Rubra, Hemáticos o Cruenta, que aparecen en los primeros 6-7 días post-parto, su contenido básico es sangre por lo que su color y aspecto es rojo intenso o brillante, líquido o profuso respectivamente; entendiendo con esto que la hemostasia uterina aún es incompleta ya que diversos vasos útero-placentarios no han sido constreñidos o trombosados, por lo que no están obturados o permanecen semiabiertos, además, pueden contener restos óvulo-placentarios, meconio, lanugo, grasa y microorganismos (estos últimos, provenientes del cérvix y vagina), los cuales se desarrollan a partir del segundo o tercer día de puerperio; b) Loquios Serosos, Flava o Serohemáticos; que aparecen durante la segunda semana

27/ Pritchard, A. J./Macdonald, C. P. Obstetricia de Williams, p. 373

son de color amarillo sucio o castaño, su consistencia es cremosa o espesa, indican que la cavidad uterina elimina material celular de diferentes clases, necrótico y líquido o exudado seroso y hemático formado por fragmentos de decidua en proceso de degeneración, leucocitos, linfa, restos de trombos necrosados, moco cervico-vaginal y microorganismos; - c) Loquitos Blancos, Alba o Leucorrea Residual, los cuales aparecen a las 3-4 semanas y desaparecen gradualmente poco después, su contenido está lleno de células deciduales voluminosas, mononucleados en proceso de regeneración, leucocitos, moco y microorganismos; inicialmente su aspecto es blanco-grisáceo, y desaparecen como una secreción sero-acuosa. El olor de los mismos, varía de un día a otro debido al progreso de la regeneración tisular y al aumento de microorganismos provenientes de cuello y vagina, pero no es fétido, pútrido o mal oliente, ya que en caso de serlos, sugieren una infección. En cuanto a la cantidad, también varía de una paciente a otra y puede ser normal, por lo que puede emplearse la regla empírica que dice: "empapar 3 apósitos en término menor o igual a 15 min., indican sangrado excesivo." 28, 29/

La reconstrucción del cuello comienza a nivel del orificio cervical interno y va progresando hacia abajo; hacia el tercer día, mide 2-3 cm. y todavía permite el paso de un dedo; a los 15 días ya no es permeable, pero

28/ Pschyrembel, W. Op.cit.; pp. 303-304

29/ Greenhill, J. P. Op.cit.; pp. 311-312

no recupera su aspecto de nulípara, ya que el orificio externo queda ensanchado, principalmente si sufrió desgarros; histológicamente, la reepitelización del tejido lesionado del conducto endocervical, suele durar de 6 a 12 semanas. 30/

La vagina, inmediatamente después del parto, está edematizada, lisa e hipervascularizada, por lo que es fácil que se encuentren desgarros y/o hemorragias; a las 6 semanas recupera su aspecto anterior al embarazo, excepto por grados variables de relajación músculo-aponeurótica, que se manifiestan como cistocele, rectocele o abertura del introito; también se observan porciones del himen desgarrado durante el parto y que aparecen como pequeños apéndices denominados "carúnculas mirtiformes".

31/

El suelo de la pelvis puede estar lleno de pequeñas equimosis, debido a infiltración de sangre y suero, y su resorción ocurre rápidamente, no así, la recuperación de la musculatura de la pared abdominal, ya que esto depende de diferentes factores como son: la alimentación, la cantidad de pánculo adiposo, separación o diastásis de los músculos rectos por distensión excesiva, etc., por lo que la vuelta de éstas estructuras a su estado pregestante requiere de 6-8 semanas. 32/

30/ Selecciones de Reader's Digest. Op.cit.; p. 751

31/ Eschenbach, A.D./Wager, P. C. El Puerperio, p. 1007

32/ Pritchard, A. J./Macdonald, C. P. Op.cit.; p. 373

En cuanto a la reaparición de la ovulación y la menstruación, diferentes estudios realizados por Lyon, Stamm, Sharman, Cronin, Robinson y Pérez, demuestran que la aparición de ambas depende de que si la mujer está lactando o no, también, el tiempo medio de ovulación varía de acuerdo a la duración de la lactancia, estableciéndose que en mujeres no lactantes, la primera ovulación tiene lugar entre los 60 y 65 días post-parto y hasta 190 a 195 días en mujeres que si ofrecen el seno, del mismo modo, para las mujeres no lactantes el tiempo medio del primer período menstrual es de 6-7 semanas, mientras que en las lactantes, entre más prolongado es el tiempo de lactancia, mayor es el promedio de tiempo que transcurre hasta la primera menstruación; aunque es importante señalar que puede ocurrir ovulación y concepción (si existen relaciones sexuales) durante la lactancia. 33, 34/

A nivel de las glándulas mamarias, a los 2-4 días post-parto, éstas se ingurgitan, aumentan de volumen adoptando un color azulado, son hipersensibles, hiperémicas e hipertérmicas, o la paciente las percibe urentes o punzantes, todo lo anterior, debido al gran incremento vascular y linfático, el cual histológicamente, se observa como una gran proliferación celular o hiperplasia del sistema conducto-alveolar, por efecto de los estrógenos y progesterona durante el embarazo (hormonas que antago

33/ Eschenbach, A. D./Wager, P.C. Op.cit.; p. 1008

34/ Greenhill, J. P. Op.cit.; p. 312

nizan a la Prolactina y por lo tanto inhiben la galactogénesis); cuando se inicia la producción láctea, la galactopoyesis (mantenimiento de la lactancia durante el puerperio) y la galactocinésis (evacuación láctea) ya no dependen del efecto estrógeno-progestacional, sino del factor neuro-hormonal-prolactina-succión del pezón, con lo que además de proteger y alimentar al recién nacido (con el calostro y la leche materna), se establece el primer contacto físico-afectivo entre el binomio madre-hijo y se favorece la involución uterina al aumentar la secreción endógena de oxitocina, como efecto secundario de la succión. 35/

El peso disminuye inmediatamente después del parto, un total de 5-6 Kg. y en la primera semana, por reabsorción de edemas, involución uterina, loquios, diuresis, etc. desciende aproximadamente 1-2 Kg. y de la segunda a la octava semana, por involución del resto del organismo, disminuye de .5 a 1 Kg. 36/

Sistemicamente, los parámetros cardiovasculares recuperan su valor normal aproximadamente al quinto o sexto día post-parto (disminuye el gasto cardiaco, el volumen sanguíneo, la resistencia vascular periférica, la frecuencia cardiaca, pulso y tensión arterial); en el aparato urinario la dilatación de cálices, pelvis renales y ureteres pueden persis-

35/ Pschyrembel, W. Op.cit.; pp. 304-305

36/ Eschenbach, A.D./Wager, P.C. Op.cit.; p. 1010

tir durante 2-3 meses después del parto; el valor del flujo plasmático renal, la intensidad de filtración glomerular y la creatinina y nitrógeno plasmático recuperan su valor normal a las 6-8 semanas de puerperio; sin embargo, la emisión de orina puede retardarse debido a la falta general de elasticidad de la vejiga, pérdida del tono muscular del detrusor, lesión en el meato urinario o trigono vesical, edema uretral o vulvar, el reposo en cama o por la incapacidad para orinar en decúbito; la actividad suprarrenal parece normalizarse a valores de no gravidez en un plazo de 6 semanas, por lo que las concentraciones plasmáticas de cortisol se normalizan hasta entonces; la función hepática se recupera de acuerdo a la disminución en la concentración de estrógenos, es decir, se recupera el metabolismo lípido (disminución en la concentración de colesterol, ácidos grasos y lipoproteínas), disminuyen las globulinas fijadoras de corticoesteroides, tiroxina, fosfatasa alcalina, etc. y aumenta la concentración de albúmina; en el aparato gastrointestinal, el peristaltismo suele estar disminuido, por lo que la defecación ocurre raramente en los primeros 2-4 días, esto se debe a la poca ingesta de alimentos, a la pérdida rápida de líquidos, a la atonía de la musculatura abdominal y al dolor perineal que puede ser un factor inhibitorio; finalmente, el sistema nervioso traduce el cambio regresivo hacia el estado pregestacional con signos de irritabilidad, labilidad emocional, fotofobia, hiperacusia e hiperosmia, también, se considera fisiológica la elevación de la temperatura corporal hasta de 37 °C y que no exceda los 38 °C por más de --

tir durante 2-3 meses después del parto; el valor del flujo plasmático renal, la intensidad de filtración glomerular y la creatinina y nitrógeno plasmático recuperan su valor normal a las 6-8 semanas de puerperio; sin embargo, la emisión de orina puede retardarse debido a la falta general de elasticidad de la vejiga, pérdida del tono muscular del detrusor, lesión en el meato urinario o trigono vesical, edema uretral o vulvar, el reposo en cama o por la incapacidad para orinar en decúbito; la actividad suprarrenal parece normalizarse a valores de no gravedad en un plazo de 6 semanas, por lo que las concentraciones plasmáticas de cortisol se normalizan hasta entonces; la función hepática se recupera de acuerdo a la disminución en la concentración de estrógenos, es decir, se recupera el metabolismo lípido (disminución en la concentración de colesterol, ácidos grasos y lipoproteínas), disminuyen las globulinas fijadoras de corticoesteroides, tiroxina, fosfatasa alcalina, etc. y aumenta la concentración de albúmina; en el aparato gastrointestinal, el peristaltismo suele estar disminuído, por lo que la defecación ocurre raramente en los primeros 2-4 días, ésto se debe a la poca ingesta de alimentos, a la pérdida rápida de líquidos, a la atonía de la musculatura abdominal y al dolor perineal que puede ser un factor inhibitorio; finalmente, el sistema nervioso traduce el cambio regresivo hacia el estado pregestacional con signos de irritabilidad, labilidad emocional, fotofobia, hiperacusia e hiperosmia, también, se considera fisiológica la elevación de la temperatura corporal hasta de 37 °C y que no exceda los 38 °C por más de --

24 horas post-parto, ya que se cree que ésta se debe a la reabsorción de protefmas no infecciosas y productos catabólicos originados por la desintegración de las fibras musculares lisas o al paso de productos de desintegración hacia la circulación sanguínea por vasos útero-placentarios -- semiobliterados que activan el centro termoregulador del hipotálamo, -- quizá por la deplección del abdomen que ocasiona un brusco aflujo de sangre al cerebro y órganos viscerales con circulación periférica deficiente o quizá también, por la extrema tumefacción vasculo-linfática en las -- glándulas mamarias. Es evidente entonces, que no se reconoce con claridad ésta entidad, no así la hipertermia que sobrepasa el límite señalado, lo cual indica el inicio de una infección puerperal. 37,38/

1.4 Infección Puerperal. Concepto.

El término Infección Puerperal incluye todos los procesos inflamatorios que nacen de invasión bacterial de los órganos genitales, durante el parto o el puerperio, aunque frecuentemente empleados, son menos satis-- factorios los sinónimos de fiebre, sepsis o septicemia puerperal. 39/

37/ Pschyrembel, W. Op.cit.; pp. 306-312

38/ Selecciones de Reader's Digest. Op.cit.; p. 511, 752

39/ Greenhill, J. P. Op.cit.; p. 714

1.4.1 Epidemiología.

Dado que la incidencia de una enfermedad, dentro de una comunidad, depende de la interacción de diversos factores que determinan su frecuencia, distribución y características, es necesario mencionar las principales condiciones que aumentan el riesgo de morbi-mortalidad de la infección Puerperal; éstos factores de peligro pueden subdividirse en tres categorías principales: a) las que se relacionan con peligro general de infección; como anemia, malnutrición, deficientes hábitos higiénicos, ausencia o mínima atención prenatal, nivel socioeconómico y cultural bajo, -- contacto sexual durante el embarazo, existencia de focos sépticos como amigdalitis, otitis, caries; alteraciones metabólicas (Toxemia, Diabetes Mellitus), etc. b) las que se relacionan con acontecimientos del parto, - como ruptura prematura de membranas con período de latencia prolongado, corioamnionitis, infecciones cervico-vaginales, vigilancia fetal in trauterina, trabajo de parto prolongado, exámenes vaginales frecuentes - durante el trabajo de parto, atención del parto en instituciones deficientes de recursos materiales y humanos o extrahospitalariamente, etc. y - c) los dependientes de técnicas quirúrgicas; como la cesárea, anestesia, urgencia operatoria, técnicas de asepsia y antisepsia deficientes o nulas, extracción manual de placenta, utilización de fórceps, maniobras para -- versión interna, hemorragias, desgarros, episiotomía, etc. 40/

40/ Eschenbach, A.D./Wager, P.G. Op.cit.; p. 1033

A pesar del conocimiento de los factores anteriormente señalados, del empleo de nuevos fármacos con mayor eficacia antibiótica y a la óptima atención obstétrica que ofrecen diversas instituciones oficiales, en México el índice de mortalidad por infección puerperal es elevado, 37.5 % del total de defunciones obstétricas directas, y ocupa el segundo lugar de la ya famosa Triada de Morbi-mortalidad Obstétrica (la toxemia y la hemorragia post-parto, ocupan el primer y tercer lugar respectivamente), y aunque el proceso patológico tiene una tendencia progresiva a disminuir, el problema constituye una exposición de la situación real del desarrollo económico-social y de la salud de la mayoría de las mujeres de nuestra sociedad, de la ineficacia, indisponibilidad e insuficiente cobertura de los servicios y programas de atención obstétrica (principalmente para los grupos mayoritarios), y de que los avances encaminados a disminuir la morbi-mortalidad materna no han sido homogéneos, ya que la atención médica es aplicada en función de los diversos modos de producción, por lo que la patología, es una respuesta de factores socioeconómicos y políticos, y no de hechos puramente biológicos. 41,42/

1.4.2 Etiología.

Existen dos tipos de factores causales de la infección puerperal; los pre

41/ Chávez, Azuela José. /Weintraub, A.D. Mortalidad Materna en México, pp. 136-149

42/ Tréjo, Ramírez A. Mortalidad Materna en el Hospital de la Mujer, SSA, pp. 69-72

disponentes, que son todos aquellos que favorecen o exacerban el riesgo de morbilidad como en los casos de: ruptura prematura de membranas, - extracción manual de placenta, retención de restos óvulo-placentarios, - utilización de fórceps, episiotomía, trabajo de parto y período expulsivo prolongado, exámenes vaginales repetidos, coito durante el embarazo o cercano al inicio del trabajo de parto, cesárea, estado socioeconómico y cultural bajo, escasa o nula atención prenatal, infección existente en -- algún órgano o sistema; contaminación del equipo y material utilizado o por parte del personal médico, etc. y los factores determinantes, éstos es, el o los microorganismos responsables de la entidad patológica, entre los que se encuentran: Gram positivos; estreptococos grupo A y D, - beta hemolítico, epididimidis, faecalis, peptoestreptococos, peptococos; - estafilococos aureus, citrus, albus; *I*sterias; *C*lostridium perfringens, *w*elchii, *h*istoliticum, *a*edematis, vibrón séptico y raramente tetanic; - entre los Gram negativos: *n*eisseria gonorrhoeae y *n*eumoniae; *c*orinebacterium diphtheriae y vaginalis; *h*emophilus influenzae y vaginalis o *g*ardnerella; *b*ordetella pertussis; *e*scherichia coli; *p*roteus mirabilis y *v*ulgaris; *k*lebsiella, *t*richomonas vaginalis; *p*seudomona aeruginosa; *b*acteroides fragilis, *b*ivirus y *e*nterobacter; y otros como hongos *p*neumoniae *c*andida albicans, micoplasma; ureaplasma urealyticum y *c*hlamidia -- trachomatis. 43/

1.4.3 Signos y Síntomas.

El establecimiento de la infección puede ser local o propagada por vía -
contigua, linfática o hemática, razón por la que existen diferentes tipos,
y dependiendo de ello es el cuadro clínico. Las vulvo-cervico-vaginitis
o lesiones de perineo, vulva, vagina y/o cuello, son formas comunes y -
"benignas" de infección puerperal, ya que son infecciones localizadas de
una erosión, de un desgarró o de una herida quirúrgica como la episiotó
mía o la incisión abdominal de una cesárea, los signos y síntomas comu
nes son: edema, hiperemia en los bordes de la herida, dolor local o --
irradiado a pelvis o abdomen, escalofríos, hipertermia no mayor de --
39 °C, disuria, exudado grisáceo; flujo serosanguinolento o purulento, -
con o sin olor fétido, dehiscencia y/o evisceración de tejidos reparados,
imposibilidad para defecar y/o caminar. 44/

Dado que las glándulas mamarias forman parte del aparato reproductor,
es necesario presentar la mastitis puerperal, infección frecuente que --
afecta principalmente a mujeres que lactan, siendo las vías de contagio:
la nasofaringe del recién nacido al succionar, gotitas de saliva de la pa-
ciente o del personal médico y raramente por difusión mano-pezones por
contaminación de loquios. El cuadro clínico, casi siempre unilateral, -
inicia con dolor localizado en un cuadrante de la mama y a la succión, -

luego se pone hiperémica, edematizada e hipersensible, aparecen escalofríos, fiebre de 39 a 41 °C, cefalea, hiporexia, malestar general, secreción purulenta y formación de abscesos. 45/

Cuando las vulvo-cervico-vaginitis se propagan por epitelio o contiguidad en dirección ascendente, es decir, que afectan a la decidua y al miometrio adyacente, se provocan la endometritis o metritis, y subsecuentemente la miometritis. La endometritis (forma más frecuente de infección puerperal), primero se manifiesta con escalofríos sin hipertermia, a los 3-4 días de temperatura sube a valores oscilantes entre 38-40 °C, -taquiesfigmia; loquios fétidos de color café oscuro (achocolatado) de escaso o profuso volúmen espumoso, abundantes restos óvulo-placentarios o coágulos; ocasionalmente loquiómetra; además, hipersensibilidad abdominal a nivel del cuerpo uterino, entuertos muy dolorosos, malestar general, cefalea, insomnio, adinamia e involución uterina retardada, es decir: grande, blando, bordes irregulares y fondo más alto de lo que corresponde a los días de puerperio, con dolor a la palpación. 46/

Cuando la barrera leucocitaria de la superficie cruenta placentaria es franqueada, la infección se extiende por contiguidad al músculo, provocando miometritis; si la lesión es superficial o parenquimatosa simple, -

45/ Eschenbach, A.D./Wager, P.C. Op.cit.; p. 1057

46/ Rodríguez, Gómez Francisco. Apuntes de Crecimiento y Desarrollo, p. 477

el tejido se edematiza, se produce exudado y necrosis gradual con drene hacia el exterior como loquios fétidos espesos y sintomatología general - de infección (hipertermia, escalofríos, malestar general, etc.); a veces, por el reblandecimiento de las fibras musculares, el exudado séptico, -- por vía linfática puede provocar Abscesos Intramurales, con drenaje -- hacia el exterior por cavidad uterina o hacia la cavidad abdominal con - consecuencias graves; en ocasiones el exudado de los abscesos va sepa-- rando o disecando las fibras musculares, proceso conocido como Metri-- tis Disecante, provocando su necrosis y eliminación por vagina e identi-- ficándose a la observación como coágulos o pedazos de tejido miometrial raramente pero más grave, aparece la Gangrena Gaseosa, producto de - una loquiómetra, ya que la producción de enzimas y hemotoxinas bacte-- rianas forman pequeñas cavidades llenas de gas (gasómetra), con mani-- festaciones clínicas de distensión e hipersensibilidad abdominal, involu-- ción uterina anormal, crepitación uterina, hipertermia, loquios escasos fétidos y triada de Nurnberg (suero sanguíneo amarillo rojizo, piel con - tinte icterico y orina rojo amarillenta o negruzca) que implica extensión a otros órganos. 47,48/

Si la infección del endometrio asciende se presenta la anexitis, esto es, afección de las trompas (endosalpingitis por vía contigua y/o perisalpin-

47/ Rodríguez, Gómez Francisco. Op.cit.; p. 482

48/ Pschyrembel, W. Op.cit.; pp. 321-322

gitis por vía linfática) y de los ovarios u ooforitis, pudiendo ser uni o bilateral y con un cuadro análogo al de enfermedad pelviana aguda, es decir: escalofríos (a los 8-10 días post-parto), aumento de la temperatura a -- 40 °C o más, taquiesfigmia, taquicardia, dolor localizado en una o ambas fosas ilíacas y edema local; si por el proceso inflamatorio la salpíngex se obtura del extremo uterino el exudado acumulado se vierte por falta de espacio hacia la cavidad peritoneal, dando un cuadro de pelvi-peritonitis insidiosa, y si se obturan los 2 extremos, el exudado forma un saco denominado piosalpinx, el cual si estalla provoca peritonitis rápida y fulminante. 49/

Considerada también como infección puerperal local, la Celulitis Pélvica (inadecuadamente llamada parametrítis) o infección del tejido conjuntivo pélvico laxo extraperitoneal, situado entre los ligamentos anchos; pueden ocurrir de 3 maneras: por vía linfática a través de un desgarramiento cervical o vaginal o de una incisión uterina; por contigüidad profunda en un desgarramiento cervical alcanzando el tejido conjuntivo de la base de los ligamentos anchos y, por vía hemática a causa de una tromboflebitis pélvica, cuando se necrosan y rompen las venas infectadas y el exudado llega a tejido -- circundante; puede permanecer limitada en la base del ligamento ancho y reabsorberse lentamente o extenderse a diferentes espacios con tejido - conjuntivo por ejemplo: abdomen, vejiga, recto o venas ilíacas. La sinto

49/ Pschyrembel, W. Op.cit. ; p. 314

matología suele iniciarse entre el cuarto y noveno día con hipertermia - sostenida y prolongada, involución uterina anormal, dolor, calor, hipere_mia e hipersensibilidad abdominal; desplazamiento del útero hacia el lado opuesto en que se encuentra el acúmulo de exudado; puede palparse una - protuberancia abdominal, por lo que la piel se vuelve edematosa y roja, - en ocasiones dolor irradiado hacia una pierna por compromiso infeccioso del ligamento inguinal de Poupert; además, hematomas en caras latera-- les del abdómen, induración o prominencias en fondo de saco, escalofrios taquicardia, taquiesfigmia, malestar general, etc. 50/

Una complicación venosa incluida como infección puerperal es la Tromboflebitis, ésto es, la infección de una o más venas como producto del -- paso u obstrucción de un trombo séptico; las venas implicadas son: las -- de la pared uterina y del ligamento ancho (ovárica, uterina o hipogástri-- ca) y las venas de los miembros inferiores (femoral, popítea o safena), por lo que en realidad existen dos tipos de tromboflebitis: la pélvica o - superior y la femoral o inferior; con más frecuencia es afectada la vena ovárica; si es la derecha, la infección puede extenderse a vena cava infe_rrior y a venas iliacas; por el contrario, si la afectada es la vena ovárica izquierda, entonces puede extenderse hasta la vena renal, con complica-- ciones subsecuentes inmediatas; además de presentarse el cuadro clíni_co de una infección general grave; los signos de localización indican si -

el origen es pelviano o femoral, por lo tanto pueden presentarse; dolor e hipersensibilidad abdominal y/o palparse una masa firme y dolorosa en forma de cordón, situada en el cuadrante inferior del lado afectado, loquios espesos y de olor fétido; en caso contrario, edema congestivo del miembro afectado, dolor espontáneo y a la palpación en la región inguinal y a lo largo de los grandes vasos afectados, piel lívida o brillante, exacerbación de procesos varicosos, congestión hemorroidal, dolor en hueso poplíteo, arañas vasculares que aumentan progresivamente de tamaño hormigueos, pesadez o incapacidad para caminar y dermatitis por éstasis venosa. 51,52/

Cuando los microorganismos penetran en la corriente sanguínea provocando hemólisis y cambios degenerativos en diferentes órganos y/o sistemas se produce la sepsis o septicemia puerperal, en la que se distinguen una puerta de entrada (erosión, incisión, desgarro, inserción placentaria), un foco séptico primario (tromboflebitis de una vena importante como la ovárica, uterina, hipogástrica o cava inferior), el cual se conecta con la vía sanguínea, y un foco séptico secundario o foco metastásico por émbolos de trombos infectados en algún órgano o sistema. Lo más frecuente es que se produzcan focos metastásicos en pulmones (como abscesos, gangrena o enfisema) y en corazón (como endocarditis ulcero-

51/ Rodríguez, Gómez Francisco. Op.cit.; p. 479

52/ Niswander, K.R. Op.cit.; p. 162, 389

sa séptica) y con menos frecuencia provocan abscesos metastásicos en hígado, riñones, bazo, piel y cerebro; además, meningitis, artritis, osteomielitis, miositis, hemorragias petequiales y exantema, retinitis y/o panoftalmia. 53/

De ordinario existe una etapa prodrómica en que se manifiesta la sintomatología del proceso local, a nivel de la puerta de entrada y del foco séptico primario, y se anuncia la septicemia con escalofríos constantes, hipertermia continua de 39 a 40 °C o más, taquiesfigmia, taquicardia, taquipnea, diaforesis, palidez de tegumentos y conjuntivas, deshidratación de mucosas, y cuando la sepsis es fulminante se exageran todos los signos y síntomas llegando el pulso a 160 por min. o más, la temperatura a 41-42 °C, respiración jadeante, inquietud, brillo especial en los ojos, cianosis, estados delirantes, convulsiones, peritonitis y/o coma con shock séptico. 54/

En el momento que los microorganismos patógenos irrumpen activamente en la cavidad abdominal; ya sea por vía linfática de una celulitis pélvica o de un desgarró cervical, o por vía contigua al derramarse el exudado purulento de una tuba por endosalpingitis, perisalpingitis u ooforitis, o por estallamiento de un piosalpinx o absceso ovárico, se produce Peri

53/ Pschyrembel, W. Op.cit.; p. 317

54/ Greenhill, J. P. Op.cit.; p. 724

tonitis Puerperal, forma generalizada y fatal que puede presentarse a los 3 o 4 días post-parto, o aún antes, si ya existía infección intraparto; los signos y síntomas tanto locales como generales dependen de la forma en como los microorganismos lleguen al peritoneo; si el comienzo es insidioso, entonces los síntomas iniciales, como en toda infección puerperal -- suelen presentarse en el tercero o cuarto día (escalofríos, hipertermia con gráfica de agujas, diaforesis, dolor localizado, taquiesfigmia, etc.), en cambio, si la infección es intempestuosa los síntomas y el pronóstico son graves, apareciendo primeramente dolor brusco e intenso en el abdomen, hipersensibilidad a la palpación y al movimiento, contractura de -- defensa y timpanismo abdominal, ileo paralítico y por lo tanto distensión abdominal, ausencia de peristaltismo, hipertermia de hasta 41 °C, pulso rápido y débil, facies hipocrática (expresión ansiosa, ojos hundidos, diaforesis, nariz punteaguda y fría, tinte gris o subictérico), además, lengua seca y parda, halitosis, hipo, náuseas, vómitos de contenido biliar -- y gástrico en proyectil y esporádicos, diarrea pútrida, meteorismo, sed intensa, piel fría y pegajosa, leucocitosis seguida de leucopenia, cilindruria, albuminuria y oliguria, dolor en hombros y finalmente un estado previo de sensación de bienestar seguido de delirio y/o coma. 55,56/

55/ Greenhill, J. P. Op.cit.; p. 723

56/ Pschyrembel, W. Op.cit.; pp. 319-321

1.4.4 Diagnóstico.

Se establece a partir de las manifestaciones clínicas y con excepción de algunos casos de infecciones bajas muy localizadas, es conveniente recurrir a estudios de laboratorio y gabinete para corroborar el diagnóstico y detectar complicaciones metastásicas, así como para elaborar diagnósticos diferenciales: entre los exámenes más frecuentes se incluyen; biopsias, cultivos y antibiogramas de secreción purulenta, loquios, sangre y leche; biometría hemática, química sanguínea, pruebas de coagulación, general de orina y en ocasiones urocultivo, rayos X, ultrasonografía, -- punciones, aspiración transfúndica y transcervical protegida, lavado endometrial, culdocentesis, laparatomía, electrocardiograma, etc. 57,58/

1.4.5 Tratamiento.

Obviamente, el mejor tratamiento de la infección puerperal constituye su profilaxis, por lo que se recomiendan algunas medidas que deben ser -- aplicadas durante el embarazo y el parto: suspensión del coito un mes -- antes del parto, evitar duchas vaginales, fomentar el óptimo balance nutricional y evitar la tendencia anemizante con preparados férricos y/o -- transfusiones hemáticas, tratamiento de procesos infecciosos durante la

57/ Rodríguez, Gómez Francisco. Op.cit.; p. 482

58/ Eschenbach, A.D./Wager, P.G. Op.cit.; pp. 1042-1048

gestación, evitar período de latencia prolongado en la ruptura prematura de membranas, exploración vaginal durante el trabajo de parto con las debidas precauciones de asepsia y antisepsia y disminuir su frecuencia; evitar maniobras obstétricas innecesarias como, dilatación manual, utilización de fórceps, maniobras internas y amniorrhexis pretemporánea. -- Además, asepsia y antisepsia de la región ano-vulvo-perineal, vaciamiento intestinal y vesical voluntario o por enema y sondeo respectivamente, llevar adecuadamente técnicas de esterilidad durante el trabajo de parto y período expulsivo; y en el puerperio, deambulación precoz, higiene personal, mantener el equilibrio nutricional e hidroelectrolítico, impregnación profiláctica de antibióticos en caso de contaminación quirúrgica, aislamiento relativo de pacientes infectadas, higiene pre y post-lactancia, mantener higiene y evitar humedad excesiva en heridas quirúrgicas. 59/

Una vez establecida la infección, el problema se aborda con medidas de control de acuerdo a las condiciones generales de la paciente, (incluyendo los estados patológicos preexistentes y complicaciones) como son: hospitalización, reposo, cambios frecuentes de posición, registro y control de constantes vitales, vigilancia de la diuresis, toma de muestras de laboratorio, valoración y corrección de las condiciones hematológicas y del equilibrio hidroelectrolítico, mejorar oxigenación, corrección del tránsito digestivo, manejo inmediato de complicaciones, mejoramiento -

de las condiciones higiénico-dietéticas, aseo de lesiones supuradas, monitorización cardiaca, etc. Dentro del tratamiento sintomático se administran analgésicos (ácido acetil-salicílico, naproxén, oxifenilbutazona, etc.) y dependiendo de la intensidad del dolor, narcóticos (codeína, meperidina), antiespasmódicos (butilioscina, papaverina), tranquilizantes (hidroxicina o diazepam), laxantes (psyllium plántago, mucílago de basorináseas), soluciones antisépticas (benzalcontio, yodo-polivinilpirrolidina); además, supresión de la lactancia, control de hipertermia por medios físicos, aplicación de calor seco o húmedo, etc. Etiológicamente, el tratamiento es a base de antibióticos y de ser posible, deberá elegirse el indicado para el germen causal; sin embargo, los antibióticos suelen administrarse empíricamente antes de disponer de cultivos y antibiogramas; de manera que existen diferentes caminos para iniciar la terapéutica: las infecciones de incisión abdominal por cesárea, episiorrafias, desgarros reparados, así como dehiscencia o evisceración de las mismas, se tratan con curaciones locales hasta la cicatrización total o hasta que sea posible la reconstrucción de las estructuras afectadas, administración de antibióticos de amplio espectro, drenaje de abscesos, reposo y adecuada nutrición, éstas medidas se complementan con administración de analgésicos, aplicación de calor seco y húmedo. 60,61/

60/ Krachmer, Samuel. Normas y Procedimientos de Obstetricia en el INPer, p. 230

61/ Curtis, P. Artz. Complicaciones de Cirugía y su Tratamiento, pp. 30-31

En cuanto a las mamas se requiere la administración de antibióticos resistentes a la penicilinas, como dicloxacilina, cefalosporinas o metacilina y, como segunda elección, eritromicina y un aminoglucósido, además, punción y aspiración de abscesos e higiene de manos y mamas antes de cada tetada; pueden erradicarse abscesos con incisiones quirúrgicas radial o periareolar, aplicación de frío o calor, disminución en la ingesta de líquidos, ablactación, vendajes compresivos, vaciamiento mecánico y reposo. 62/

-En la infección puerperal uterina, el tratamiento estriba en elegir un fármaco que inhiba la mayor parte de bacterias aerobias, y por lo menos una parte de anaerobias, ésto es, un régimen combinado de penicilina y un aminoglucósido (kanamicina, gentamicina o tobramicina), penicilina o tetraciclina o una cefalosporina; si el cuadro clínico permanece más de 24-48 hrs. se debe pensar en infección por bacterias aerobias poco comunes o en aerobios resistentes, por lo que se puede elegir clindamicina o cloranfenicol, siendo las combinaciones más utilizadas, un aminoglucósido y clindamicina, penicilina y cloranfenicol y un aminoglucósido y metronidazol. Además, se administran oxitócicos para mantener bien contraído el útero y evitar la extensión de la infección, y se complementa con reposición de sangre si es indispensable, balance de líquidos y electrolitos, medicación sintomática, etc. 63/

62/ Eschenbach, A.D./Wager, P.G. Op.cit.; p. 1059

63/ Ibidem.; p. 1051

En el caso de la tromboflebitis pélvica, el tratamiento inicial consiste en administrar antibióticos de manera semejante a la infección uterina; además, heparinización, antiartríticos, antiinflamatorios, reposo en cama con elevación de miembros inferiores, vendaje de la articulación de las rodillas hacia abajo (excepto con riesgo de interrupción del retorno venoso), dieta hiposódica, y en casos extremos, procedimientos quirúrgicos, como flebectomía, trombectomía y ligadura en iliofemorales, aspiración de trombos e incluso ligadura de venas ováricas o cava inferior. 64/

Réspecto a la septicemia, el tratamiento inmediato es la administración de antibióticos (con previa recolección de muestras para cultivo), debiendo recurrir a los bactericidas no tóxicos, como lo son: la penicilina, --ampicilina y, los resistentes a la penicilinas; posteriormente, con antibióticos de amplio espectro como la tetraciclina, cloranfenicol y otros; --además, la excisión de los focos sépticos, conservar en las mejores condiciones posibles la nutrición de la paciente, exsanguíneo-transfusiones, conservación del equilibrio hídrico-electrolítico, medicación sintomática y sedativa, supresión de la lactancia, aislamiento del recién nacido y --control de signos vitales. 65,66/

64/ Krachmer, Samuel. Op.cit.; p. 236

65/ Curtis, P.A. Op.cit.; pp. 21-22

66/ Greenhill, J. P. Op.cit.; pp. 318-319

El tratamiento de la peritonitis es, sin excepción y en todos los casos, - laparatomía, ya sea para drenar secreciones sépticas (de abscesos pélvi- cos, ováricos, uterinos o piosalpinx), o para extirpar focos sépticos -- pelvi-genitales (salpingectomía, ooforectomía, abscesos encapsulados o histerectomía total o parcial), además, impregnación de antibióticos de amplio espectro, transfusiones sanguíneas, equilibrio ácido-básico, he- mocultivos y antibiogramas, corticoesteroides, monitorización cardíaca y pruebas de funcionamiento renal. 67/

Se enuncian a continuación, las dosis de los medicamentos que con más frecuencia se utilizan en las infecciones puerperales: Penicilina G Sódica Cristalina, 1-10 millones de UI, IV, cada 4-6 hrs. (máximo, 100 mill. -- por día), hasta 3 días después de que desaparezca la fiebre; Kanamicina 15/mg/Kg/día, IM, cada 8-12 hrs. sin exceder 1.5 g./día, durante 5-7 - días; Nafcilina 150-200 mg/Kg/día, IV, cada 4-6 hrs. (1-2 g. para pasar en 20-30 min.); Gentamicina 5-7 mg/Kg/día, IV-IM, cada 8 hrs. dividi- do en dosis iguales durante 7-10 días; Clindamicina 20-30 mg/Kg/día, - IV-IM, cada 6 hrs.; Cefazolina 50 mg/Kg/día, IV, cada 6-8 hrs.; Dicló- xacilina 50-200 mg/Kg/día, IV, cada 4-6 hrs.; Cloranfenicol 50-75 mg/ Kg/día, IV-IM, cada 6 hrs.; Tetraciclina 1-2 g./día, dividido en dosis - iguales cada 6 hrs.; Nistatina, óvulos vaginales, 200 000 U/día, durante

67/ Pschyrembel, W. Op.cit.; p. 320

15 días; Heparina 100-200 U/Kg. cada 4-6 hrs. (dosis de acuerdo al tiempo de coagulación). 68,69/

1.4.6 Pronóstico.

Con los recursos de diagnóstico y terapéutica actuales, el pronóstico de las infecciones puerperales ha mejorado, sin embargo, la severidad del mismo está condicionada a diferentes factores como son: estado general de la paciente (intensidad de las fuerzas de defensa del organismo), calidad de la atención obstétrica, naturaleza y patogenicidad del o los microorganismos, localización del foco infeccioso y vía de propagación hacia otros tejidos adyacentes, momento de la infección e inicio de los signos y síntomas, inicio del tratamiento adecuado, enfermedades intercurrentes, etc. Por lo tanto se puede decir que, las complicaciones más graves con pronóstico poco alentador son la peritonitis y la septicemia, -- siendo que la primera requiere de tratamiento quirúrgico inmediato, y -- ambas el establecimiento de medidas específicas y de un régimen de antibióticos de amplio espectro prolongado. En cuanto a las complicaciones venosas, se exige un diagnóstico y tratamiento temprano para obtener buenos resultados; las tromboflebitis bajas son más fáciles de erradicar (con el tratamiento enérgico de heparina y antibióticos) que la trom

68/ Niswander, K.R. Op.cit.; pp. 111-119

69/ Merck, & Sharp. El Manual Merck, pp. 1980-1988

boflebitis pélvica, debido al peligro potencial de muerte por embolia pulmonar; por otra parte, las infecciones puerperales bajas, manifiestan precozmente su existencia, por lo que su pronóstico es mejor, dependiendo principalmente de la capacidad y criterio clínico del profesional asistente al interpretar los signos, síntomas y antecedentes obstétricos. 70, 71/

1.5 Historia Natural de la Infección Puerperal.

Periodo Prepatogénico.

Agente:

-Biológico: Estreptococos grupo A y D, beta hemolítico, epididimidis, faecalis, peptoestreptococos, peptococos; estafilococos aureus, citreus, albus; listerias; clostridium perfringens, welchii, histolyticum, aedematis, vibrón séptico y raramente tetanic; neisseria gonorrhoeae y neumoniae; corinebacterium diphtheriae y vaginalis; hemophilus influenzae y vaginalis o gardnerella; bordetella pertusis; escherichia coli; proteus mirabilis y vulgaris; klebsiella; trichomonas vaginalis; pseudomonas aeruginosa; bacteroides fragilis, bivirus y enterobacter; hongos neumoniae, candida albicans y micoplasma; ureaplasma urealyticum y chlamy-

70/ Pschyrembel, W. Op.cit.; pp. 314-326

71/ Beck, C. Alfred. Op.cit.; p. 115

dia trachomatis; e indirectamente, que predisponen a la enfermedad: --
 ruptura prematura de membranas con periodo de latencia prolongado, -
 retención de restos óvulo-placentarios, trabajo de parto y período expulsivo
 prolongado, existencia de focos sépticos durante el parto y puerperio
 (faringoamigdalitis, otitis, caries, cistitis, cervico-vaginitis, etc.),
 vigilancia fetal intrauterina, alteraciones metabólicas (diabetes mellitus
 anemia, etc.), hemorragias, desgarros, episiotomía, cesárea, nacimiento
 podálicos, lactancia, parto vaginal múltiple, legrado, aborto.

-Físico: atención del parto por vía vaginal, tactos vaginales frecuentes
 durante el trabajo de parto, anestesia transvaginal o transperineal, revisi
 ón de cavidad, amniorrexis, extracción manual de placenta, maniobras
 para extracción del producto o versión interna, utilización de fórceps.

Huésped:

-Edad y sexo: mujeres puerperas.

-Hábitos y costumbres: malos hábitos higiénico-dietéticos, desnutrición,
 duchas vaginales durante el embarazo o cercano al parto, deambulación
 tardía durante el puerperio, promiscuidad sexual, coito cercano al trabajo
 de parto.

Ambiente:

-Físico: deficientes técnicas de asepsia y antisepsia durante el parto, --
 equipo y/o material contaminado, atención extrahospitalaria del parto o

en instituciones con deficientes recursos humanos y materiales, urgencia operatoria, centros hospitalarios de alta concentración.

-Biológico: personal portador de microorganismos, infecciones cruzadas.

-Socioeconómico y cultural: medio rural y urbano, recursos para la salud y atención prenatal escaso o nula, estado socioeconómico y cultural bajo.

Estímulo Descendante:

Invasión de microorganismos patógenos en el aparato genital, con interacción de la triada ecológica durante el parto y/o puerperio.

Período Patogénico.

Etapas Subclínica.

-Contacto, entrada, desarrollo y multiplicación: por vía linfática, epitelial y/o hematogena; reproducción por fisión binaria, germinación de esporas; fermentación de carbohidratos existentes en tejidos.

-Cambios anatomofisiológicos y bioquímicos locales: producción y liberación de toxinas y enzimas bacterianas (leucocidina, hemolisina, colagenasa, coagulasa, estreptocinasa, estreptodornasa, hialuronidasa, proteasas, lipasas, ureasa, estreptolisinas "O" y "S", lecitinasas, oxidasas, hemaglutininas, etc.) que provocan destrucción de: leucocitos, eri

trocitos, plaquetas, tejido conjuntivo y músculo liso vascular; distensión de tejidos por formación de gases, desactivación de inmunoglobulinas y anticuerpos, antagonismo fagocitario; inhibición de la síntesis proteica, -despolimerización del DNA, disolución de la membrana celular por descomposición de la lecitina, coagulación del citoplasma, digestión de proteínas, principalmente colágena tisular del tejido conjuntivo y muscular; liberación de sustancias vasoconstrictoras, hidrólisis de urea y liberación de amoníaco, inclusiones intracitoplasmáticas en células epiteliales glucólisis celular, etc.

-Cambios anatomofisiológicos y bioquímicos sistemáticos: desequilibrio fisiológico tisular, hipoglucemia tisular, vasoconstricción y por lo tanto interferencia de la circulación sanguínea, alteraciones vasculares, anoxia y rendimiento inadecuado, acumulación de ácidos orgánicos (acidosis en el metabolismo tisular), necrosis y supuración; destrucción de fibrina; diseminación de microorganismos a través de tejidos, circulación -linfática y/o hemática; ubicación de focos metastásicos; invasión a peritoneo.

Etapa Clínica. (Horizonte Clínico).

-Signos y Síntomas: hipertermia (excluyendo las primeras 24 hrs.), escalofríos, cefalea, hiporexia, malestar general, astenia, taquicardia, -taquiesfigmia, diaforesis, palidez de tegumentos y conjuntivas, deshidra

tación de mucosas; hiperemia, edema, hipersensibilidad y dolor local; - exudado grisáceo, serosanguinolento, amarillo verdoso con o sin olor fétido; dehiscencia y/o evisceración de tejidos reparados, secreción láctea purulenta y fétida, generalmente unilateral; involución uterina anormal, - loquios fétidos de color café oscuro escasos, o rojos y abundantes; entuertos muy dolorosos; distensión, hipersensibilidad o crepitación uterina; dolor localizado en una o ambas fosas iliacas, desplazamiento uterino hacia un lado, induración o prominencias en fondo de saco, hematomas y/o protuberancias en caras laterales del abdomen; edema, dolor, - hormigueo, pesadez, piel lívida y brillante, induración de grandes vasos en un miembro inferior; dolor intenso y brusco en abdomen, contractura de defensa y timpanismo abdominal, fleo paralítico, aperistaltismo, - - facies hipocrática, náuseas, vómito, diarrea, sed, piel fría y pegajosa, disnea, cianosis, convulsiones, estados delirantes, insomnio; leucocitosis seguida de leucopenia, hipoglobulia, disminución de plaquetas, hipoglucemia, cilindruria, albuminuria y oliguria.

-Complicaciones: shock séptico, peritonitis fulminante, ruptura de trompas, abscesos retromamarios, endocarditis bacteriana, embolia pulmonar; abscesos metastásicos en hígado, riñón, bazo, piel y cerebro; meningitis, artritis, osteomielitis, retinitis, panoftalmía; abscesos ováricos, hemorragias puerperales, evisceración de tejidos reparados, neoplasias in situ; abscesos pulmonares en el recién nacido por aspiración

de leche contaminada.

-Incapacidad y/o daño biopsicosocial: esterilidad, amputación de un miembro inferior, mastectomía, safenectomía, ligadura ilio-femoral, ovárica o de vena cava inferior; salpingectomía, ooforectomía e histerectomía.

-Muerte.

Niveles de Prevención.

Prevención Primaria.

Promoción de la Salud.

Control médico periódico; orientación a la comunidad acerca del padecimiento; orientar sobre las ventajas de realizar ejercicio continuo y permanente; promoción de saneamiento ambiental (agua potable, disposición de excretas, eliminación de basura, higiene de alimentos, control de fauna nociva, mejoramiento de la vivienda); favorecer el acceso a los servicios de salud institucionales; educación sobre planificación familiar y control prenatal; orientar a la mujer embarazada sobre la importancia de la dieta balanceada en cantidad y calidad e higiénicamente preparada, así como la importancia de la higiene personal y del vestido; promover el mejoramiento de las condiciones socioeconómicas y culturales por medio de charlas -

educativas.

Protección Específica .

Otorgar atención prenatal oportuna y continua para prevenir patologías - durante el embarazo, parto y puerperio; evitar relaciones sexuales en el último trimestre del embarazo; mejorar la distribución de los recursos - médicos y asistenciales; elaboración y ejecución de programas de aten-- ción obstétrica, principalmente para las clases mayoritarias; tratamien-- to de enfermedades intercurrentes durante el embarazo; informar a toda paciente embarazada la evolución normal del puerperio; educación sobre la importancia de la nutrición equilibrada y de la higiene durante el puerperio; capacitar a la familia en la vigilancia del embarazo, parto y puerperio, procurando que la paciente acuda a su control prenatal y ayudán-- dolo a cumplir las indicaciones médicas; deambulación temprana durante el puerperio fisiológico o quirúrgico; técnicas estrictas de asepsia y anti sepsia durante la atención del parto; evitar la presencia y/o contacto de la puérpera, con personas que cursen procesos infecciosos; evitar tactos vaginales repetidos durante el trabajo de parto; evitar maniobras obsté-- tricas innecesarias (apresurar el despegamiento de la placenta, empleo - de fórceps, revisión de cavidad, amniorrêxis, etc.); revisar estrictamen-- te después del parto: integridad de secundinas, presencia de desgarros - cervico-vaginales y/o perineales; profilaxia inmediata con antibióticos _ en caso de revisión de cavidad, maniobras internas, sospecha de conta-

minación y ruptura de membranas con periodo de latencia mayor de 12 hrs.; curación y/o vigilancia estrecha de tejidos reparados; orientar a las puerperas sobre la importancia de la higiene en la lactancia; superación pedagógica para el personal de Enfermería en el área obstétrica.

Prevención Secundaria.

Diagnóstico Precoz y Tratamiento Oportuno.

Historia clínica médica y de enfermería; vigilancia estrecha de signos vitales y exploración física diaria durante el puerperio; cultivo y antibiograma de: secreción purulenta, loquios, sangre, leche y orina; biometría hemática, química sanguínea, general de orina, pruebas de coagulación, ultrasonografía, rayos X, biopsias, punciones, aspiración transfúndica y/o transcervical protegida, lavado endometrial, electrocardiograma, laparatomía exploratoria, gasometría; mejorar el equilibrio nutricional y electrolítico, profilaxis con antibióticos en caso de contaminación quirúrgica, hospitalización y reposo, control de la diuresis y mejorar oxigenación, mantener higiene personal y evitar humedad en tejidos reparados, desbridación de lesiones supuradas; administración de analgésicos, tranquilizantes, laxantes, antiespasmódicos, soluciones antisépticas; supresión de la lactancia, control de hipertermia por medios físicos, aplicación de calor seco o húmedo; extracción láctea manual, mecánica o con vendaje compresivo en mamas; administración de fármacos

útero-tónicos, anticoagulantes y preparados férricos; dieta hiperprotéica e hipercalórica, generalmente con abundantes líquidos; administración de antibióticos contra microorganismos causales (penicilina G sódica -- cristalina, kanamicina, nafcilina, gentamicina, clindamicina, cloranfenicol, cefazolina, dicloxacilina, tetraciclina, eritromicina, metronidazol metacilina, etc.). aislamiento relativo, cuidados específicos de enfermería (vigilancia constante de signos vitales, loquios, involución uterina, coloración de tegumentos e hidratación de mucosas, tejidos reparados, peristaltismo, diuresis, estado de conciencia; apoyo psicológico, cambio de apósitos, etc.).

Prevención Terciaria.

Limitación del Daño.

Laparatomía exploratoria, mastectomía, safenectomía, salpingectomía, ooforectomía e histerectomía, ligadura de vena ileo-femoral, ovárica o de cava inferior; capacitar a la familia para la correcta utilización de los recursos institucionales y comunitarios con el objeto de limitar el daño; tratamiento adecuado según el padecimiento, independientemente del grado de avance; evitar complicaciones no abandonando el tratamiento y siguiendo las indicaciones médicas.

Rehabilitación.

Exámen médico perinatal; referencia al servicio de planificación familiar canalización al servicio de psicología a pacientes con histerectomía y -- mastectomía; fisioterapia en hospital y hogar a pacientes mastectomizadas; capacitar a la madre y a la familia para aceptar intervenciones quirúrgicas que limitan el daño; terapia ocupacional durante la estancia hospitalaria, promover la armonía y equilibrio en las relaciones familiares.

II. HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA.

I. Datos de Identificación.

Nombre R.M.G.E. Edad 34 años No. de Expediente 9773

No. de cama 3 Sexo femenino estado civil casada

Servicio Hospitalización Fecha de ingreso Febrero 14, 1987

Ocupación labores domésticas Escolaridad 5o. de primaria

Religión católica Lugar de procedencia Guadalajara, Jalisco

Nacionalidad mexicana Domicilio Javier Martfnez Valle No. 4
Int. 6, Col. Miguel Hidalgo, Ecatepec de Morelos, Edo. de México.

Persona responsable esposo V.M.A.

Ocupación Obrero Domicilio el mismo

2. Perfil de la paciente.

-Ambiente físico.

Habitación: construcción de tipo urbano con paredes de tabique, techos de láminas de asbesto, cuenta con una recámara (en la que duermen 7 personas), una sala-comedor-cocina y un baño; con ventanas suficientes para dar buena ventilación e iluminación; puertas de madera; iluminación artificial con luz eléctrica, renta en una vecindad.

-Servicios sanitarios.

Agua intradomiciliaria en suficiente cantidad y deficiente calidad, ya que en ocasiones sale con restos de tierra y hongo verde; eliminación de desechos por tubería de drenaje; sin alumbrado público; calles sin banquetas y pavimento; disposición de basura en el basurero del mercado cercano.

-Vías de comunicación: autobuses, taxis colectivos las 24 hrs., teléfonos públicos, privados y una oficina de telégrafos en la colonia de enfrente.

-Recursos para la salud: IMSS clínica 68, DIF Díaz Ordaz, dispensario médico de la SSA, médicos particulares.

-Hábitos higiénicos:

-Aseo: baño completo cada 2-3 días con cambio de ropa parcial y baño de vapor los Domingos; aseo bucal, una o dos veces por día; lavado de manos, antes de preparar alimentos y después de ir al baño.

- Alimentación: con abundantes hidratos de carbono (pan, tortas, refrescos) y antojitos callejeros.
- Eliminación vesical: 4-6 veces por día, de color amarillo y olor normal.
- Eliminación intestinal: 1-2 veces por día, color café y de consistencia normal.
- Descanso: hasta la hora en que se duerme (21-22 hrs.).
- Sueño: de 7 a 8 hrs., profundo y tranquilo.
- Diversión y/o deportes: ve la T.V., lee novelas, escucha el radio o discos, no realiza ningún deporte.
- Estudio y/o trabajo: no estudia y se conforma con saber leer y escribir su trabajo consiste en realizar sus labores domésticas.
- Composición familiar: esposo de 38 años, obrero en fábrica de azulejos, participa económicamente; hijo de 14 años, estudiante de secundaria y ayudante de herrero, participa económicamente; hija de 9 años, estudiante de primaria, hijo de 6 años, estudiante de primaria, hija de 3 años e hijo recién nacido de 6 días.
- Dinámica familiar: tiene muchos conflictos con su esposo debido a que no le alcanza el dinero que le da para el gasto de comida, luz, renta, ropa, etc. También, mantiene ásperas relaciones con la familia de su esposo, ya que la critican e intervienen en la educación de sus hijos; en ocasiones su esposo la golpea, la ignora cuando éste ve la T.V., juega fútbol y frecuenta las cantinas.
- Dinámica social: mantiene buenas relaciones con vecinas, maestros

de sus hijos y delegados de la colonia, se adapta fácilmente a las costumbres de la ciudad, mantiene comunicación por escrito con sus amistades de Guadalajara.

-Comportamiento: sociable, buen humor, lenguaje sencillo.

3. Problema o padecimiento actual.

Lo inició hace 2 días (sexto día de puerperio) en su casa, al presentar escalofríos, malestar general, astenia, adinamia, sensación de fiebre (sin comprobarlo por termometría), salida de loquios serohemáticos fétidos con abundantes coágulos y dehiscencia de episiorragia con abundante material muco-purulento, amarillo-verdoso y con olor fétido; además, dolor, distensión e hipersensibilidad abdominal, diaforesis y sed; por lo que acude a ésta institución en la que se le atendió su parto.

-Antecedentes personales patológicos.

faringoamigdalitis y diarreas frecuentes, amibiasis, legrado uterino -- por aborto incompleto en el primer trimestre de embarazo; niega antecedentes hipertensivos, alérgicos, diabéticos, luéticos, psiquiátricos, transfusionales.

-Antecedentes familiares patológicos.

Padre fallecido en accidente automovilístico, aparentemente sano; madre

de 72 años con artritis reumatoide bajo tratamiento médico, hipoacusia senil y tabaquismo; niega otros antecedentes patológicos.

-Comprensión y/o comentario acerca del padecimiento: afirma que no está enojada ya que en su parto la trataron muy bien. Desea salir rápido para cuidar a sus hijos, principalmente a su recién nacido y no dar molestias a la familia de su esposo, refiere que se siente más a gusto en la clínica que en su casa.

-Participación de la paciente y la familia en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación: coopera al interrogatorio, es sociable con las demás pacientes y con el personal, facilita el tratamiento, se siente importante por ser motivo de mi estudio; su esposo no la ha visitado, solo su hijo mayor.

-Antecedentes Gineco-Obstétricos.

Menarca a los 16 años, ritmo 28 X 3-5 días, en cantidad abundante al principio, inició vida sexual a los 20 años, sin dispareunia, relaciones vaginales con un solo compañero; a partir de su primera relación sexual inicia con ciclomastodinia y dismenorrea; Gesta VI, Para V, A-I con legrado uterino instrumental hace 11 años (segunda gesta); fecha de último parto: Febrero 8, 1987, fecha de última menstruación: Mayo 18, 1986, -- fecha probable de parto: Febrero 25, 1987; parto atendido en ésta institución, con dos días de estancia hospitalaria sin datos patológicos, con trabajo de parto normal con 7 hrs. de evolución, amniorrexis con líqui-

do amniótico claro y cantidad moderada, inoloro; episiotomía y episiorra-
fia media lateral derecha; alumbramiento a los 15 min. completo, por lo
que no se realizó revisión de cavidad uterina; se obtuvo recién nacido del
sexo masculino de 3,150 g. que ha evolucionado satisfactoriamente; con
control prenatal desde el tercer mes de embarazo en ésta institución; --
entre cada embarazo se controla con anticonceptivos hormonales V.O. --
sin tener reacciones secundarias y se embaraza inmediatamente al sus-
penderlos; no recuerda con exactitud el peso de sus hijos, pero todos --
han pesado más de 3,000 g.; en su tercer parto fue atendida en el IMSS,
donde presentó hipertermia, cefalea y dolor lumbar por bloqueo epidural
ha ofrecido seno materno a todos sus hijos; número de hijos vivos: 5 ---
frecuentemente presenta flujo vaginal blanquecino y pruriginoso con mal
olor.

-Exploración física.

Habitus exterior: sexo femenino, edad aparente a la cronológica (32 años)
mesoendomórfica, facies no característica, actitud somática libremente
escogida y psicológica adaptada al medio ambiente, sin movimientos --
anormales, marcha no claudicante, estado socioeconómico y cultural -
bajo.

-Aspecto físico y emocional: conciente, bien orientada en sus 3 esferas,
con palidez de tegumentos y conjuntivas, lenguaje y tono de voz provin--
ciano, diaforética, adinámica, deficiente higiene y arreglo personal.

Talla: 1.70 cm. Peso: 59,000 g.

-Cabeza, cara y cuello normales, boca con halitosis y lengua saburral, - regular hidratación de mucosa oral.

-Miembros superiores sin datos patológicos (SDP), con Temperatura de 38.9 °C, Tensión Arterial. 120/80 mm/Hg., Pulso. 120 por minuto.

-Tórax: campos pulmonares limpios, sin estertores y/o ruidos agrega-- dos, respiración rítmica con una frecuencia de 24 por min., ruidos car-- diacos de buena intensidad y ritmo, frecuencia de 110 por minuto.

-Mamas: grandes con areola pigmentada, hiperémicas con salida de -- calostro a la expresión.

-Abdomen: con abundante panículo adiposo, fondo uterino de consistencia blanda, a tres traveses de dedo por arriba de la cicatriz umbilical, con hipersensibilidad y dolor a la palpación superficial y profunda e hiper-- termia local.

-Genitales: a la exploración externa, se observa dehiscencia de episio-- rrafia media lateral derecha con secreción muco-purulenta amarillo- verdosa y olor fétido, escasos loquios; a la exploración con espejo de Graves, se observa cérvix con orificio central obstruído por coágulo y que al extraerse con pinza Allis, se identifica de color café negruzco - y olor pútrido, además de salida de abundantes loquios café-oscuros- fétidos; también se observa desgarró de 2-3 cm. aproximadamente en - cuello uterino a las "3" (siguiendo el trayecto de las manecillas del re-- loj) no sangrante, con secreción blanquecina; paredes vaginales y fon--

dos de saco normales.

-Miembros inferiores con evidente falta de higiene. SDP.

-Interrogatorio por Aparatos y Sistemas.

-Aparato Respiratorio: frecuentes faringoamigdalitis, tos, sinusitis.

-Aparato Digestivo: diarreas frecuentes.

-Aparato Urinario: SDP..

-Aparato Cardiovascular: SDP.

-Aparato Reproductor: frecuentemente presenta flujo vaginal blanquecino pruriginoso con olor ligeramente fétido.

-Sistema Nervioso: SDP.

Síntomas Generales: escalofríos, malestar general, adinamia, astenia, diaforesis, sensación de fiebre, ansiedad, depresión.

-Exámenes de laboratorio y gabinete: No se realizó ninguno ya que se carecen de recursos para realizarlos, por lo que médicos y pasantes realizan sus diagnósticos y tratamientos, basándose en su marco referencial y cuadro clínico de cada paciente.

-Tratamiento empleado.

-Penicilina Sódica Cristalina, 5 millones UI, IV, cada 6 hrs. en 100 ml. de solución glucosada al 5 %.

- Sulfato de Kanamicina 500 mg. IM cada 12 hrs.
- Analgésicos cada 6 hrs.
- Ergotrate grageas, 1 cada 6 hrs.
- 1000 ml. de solución glucosada al 5 %, IV (para mantener vena permeable).
- Dieta hiperprotéica normal con abundantes líquidos.
- Curación de la dehiscencia con agua estéril e iodine, dos veces por día.

4. Problemas detectados.

Reales.

- Endometritis, desgarró cervical y dehiscencia de episiorrafia infectados.
- Alimentación deficiente en calidad y cantidad.
- Ingesta de alimentos en la vía pública.
- Hacinamiento.
- Deficientes hábitos higiénicos.

Potenciales.

- Miometrítis, anexítis, celulítis pélvica, tromboflebitis, peritonítis, histerectomía, septicemia, focos metastásicos a diferentes órganos.
- Desnutrición, alteraciones hematológicas, nerviosas y psíquicas.
- Enfermedades gastrointestinales, parasitosis.
- Incesto, infecciones parasitarias y respiratorias.
- Enfermedades de la piel, caries.

- Conflictos conyugales y familiares.
- Vivienda en comunidad con escasos servicios públicos.
- Neurosis, desintegración familiar, adulterio.
- Enfermedades respiratorias y gastrointestinales.

5. Diagnóstico de Enfermería.

Paciente femenina de 34 años de edad, casada, multigesta, proveniente de nivel socioeconómico y cultural bajo, que se encuentra en su sexto día de puerperio, y que presenta marcada palidez de tegumentos y conjuntivas, con regular hidratación de mucosa oral, hipertermia de 38.9 °C y malestar general; además, dolor, calor e hipersensibilidad abdominal, involución uterina anormal, salida escasa de loquios hemáticos de color café oscuro con olor fétido; dehiscencia de episiorrafia media lateral derecha con exudado muco-purulento y desgarró en cuello uterino de aproximadamente 2-3 cm. de extensión, no sangrante y con presencia de secreción purulenta. Por otra parte, se encuentra angustiada e intranquila por estar alejada de sus hijos, refiere sentirse deprimida y con sentimientos de ambivalencia hacia su esposo debido a sus problemas conyugales; además, carece de suficientes recursos económicos, vive en hacinamiento y sus hábitos higiénico-dietéticos son deficientes; se hospitaliza y se mantiene bajo tratamiento farmacológico y cuidados específicos de Enfermería.

III. PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

Objetivo: Proporcionar cuidados específicos de Enfermería a la paciente con diagnóstico médico de Infección Puerperal, con el fin de mejorar su estado de salud y acortar su estancia hospitalaria, además de evitar complicaciones que pongan en peligro su integridad biopsicosocial.

Problema:

Obstétrico (Endometritis).

Manifestaciones del Problema:

- Hipertermia de 38.9 °C.
- Escalofríos.
- Diaforesis.
- Palidez de tegumentos y conjuntivas.
- Regular hidratación de mucosa oral.
- Adinamia y malestar general.
- Dolor, calor e hipersensibilidad abdominal.
- Involución uterina anormal (con fondo uterino a tres traveses de dedo por arriba de la cicatriz umbilical y de consistencia blanda).
- Salida escasa de loquios hemáticos de color café oscuro, con abundan-

tes coágulos y de olor fétido.

Fundamentación Teórica.

La hipertermia, elevación temporal o sostenida de la temperatura corporal por encima de las cifras medias estandard, se presenta por estimulación directa del centro termoregulador situado en los núcleos anteriores del hipotálamo, al alterarse los mecanismos de termogénesis y termodispersión, debido a la presencia de pirógenos endo o exógenos, -- como los liposacáridos, sustancias de peso molecular elevado que forman parte de la pared bacteriana; por productos de desintegración de la misma bacteria, como peptonas o polipéptidos; por enzimas y/o toxinas elaboradas y liberadas por bacterias a través de la circulación sanguínea; por proteínas o pirógenos endógenos normales producidos por los leucocitos como respuesta al proceso infeccioso o por productos catabólicos, originados de la desintegración tisular realizada por las bacterias.

Se cree que la finalidad de la hipertermia es un mecanismo de defensa, ya que una alta temperatura provoca lisis de la membrana bacteriana o disminuye la virulencia del microorganismo, al provocar mutaciones en su reproducción o quizá también, elevar la producción de anticuerpos - contra la infección al aumentar el metabolismo celular.

El escalofrío, sensación subjetiva de frío intenso que se acompaña de horripilación, temblores musculares y sequedad de piel y mucosas, se debe a un estímulo transitorio del sistema nervioso vegetativo, el cual provoca constricción aguda de los vasos sanguíneos superficiales y supresión absoluta de la secreción salival (lo cual provoca sensación de frío, palidez de tegumentos y conjuntivas, resequedad de piel y mucosas); contracción de los músculos erectores de los pelos (horripilación) y de los músculos en general (temblores musculares); es decir, que el escalofrío es una consecuencia de la inhibición de los procesos de termodispersión transcutánea o periférica.

Con la remisión de los escalofríos, se ponen en operación los mecanismos que contribuyen a la pérdida de calor, razón por la que existe una vasodilatación periférica y por lo tanto una sudoración profusa; ésta sudoración excesiva o diaforesis ocasiona pérdida de líquidos intracelulares, con lo que aunado a la acción destructora de las toxinas y enzimas bacterianas, se altera el metabolismo celular normal y se destruyen eritrocitos y proteínas tisulares; además, se reduce la viscosidad sanguínea aumentando el volumen cardíaco y por lo tanto su gasto y frecuencia del pulso (taquicardia y taquiesfigmia); al existir hemólisis, los tejidos reciben menor cantidad de oxígeno produciendo hipoxia tisular y elaboración de ácido láctico, que conllevan a un estado de debilidad o agotamiento físico denominado adinamia; del mismo modo, la pérdida

de líquidos, la hipoxemia y el aumento del metabolismo celular, que se incrementan en proporción a la elevación de la temperatura para proteger al organismo de la infección, aumentan el metabolismo basal para proporcionar nutrientes y energía que mejoren o mantengan los procesos mecánicos, eléctricos y químicos del organismo.

La involución uterina puede retardarse por diferentes causas como son: el estancamiento de loquios y la producción anormal de gases en la cavidad uterina (que provocan su aumento de tamaño), o por constricción deficiente de los vasos útero-placentarios debido a lesión bacteriana (por lo que a la palpación, el cuerpo uterino se percibe blando e irregular); además, la lesión y destrucción de tejido originan la estimulación de los órganos receptores del dolor; así también, el exudado y la liberación de sustancias vasoactivas como consecuencia de la inflamación tisular, irritan las terminaciones nerviosas sensitivas locales, por lo que la sensibilidad y la sensopercepción al dolor se encuentran aumentadas; del mismo modo el incremento de la irrigación sanguínea que se produce con el fin de mantener o aumentar la oxigenación y nutrición tisular, para evitar el avance de la infección localizada, produce calor en toda la región abdominal.

La presencia o salida de loquios hemáticos de escaso volumen, de color café obscuro, con abundantes coágulos y de olor fétido en el sexto -

día de puerperio, indican que los vasos de la inserción útero-placentaria no han sido completamente cerrados y que existe retención de restos óvulo-placentarios en proceso de degeneración; además, que existe infección de los mismos por microorganismos anaerobios piógenos, por lo que su olor fétido se debe a la descomposición tisular bajo influencia de bacterias que producen gases como desechos metabólicos.

Acciones de Enfermería:

- Administración de Penicilina G Sódica Cristalina, 5 millones de UI., - IV., cada 6 hrs. en 100 ml. de solución glucosada al 5 %.
- Administración de Sulfato de Kanamicina, 500 mg. IM, cada 12 hrs.
- Instalación de venoclisis con 1000 ml. de solución glucosada al 5 % para mantener vena permeable.
- Registro y valoración de signos vitales.
- Vigilar involución uterina y características de loquios.
- Administración de Ergotrate, 2 mg., VO. cada 6 hrs.
- Administración de Dipirona, 500 mg. VO. cada 6 hrs.
- Indicar a la paciente como realizarse la extracción mecánica de leche, - cada vez que sea necesario.

Fundamentación Teórica.

La Penicilina inhibe la síntesis de componentes de la pared celular bacteriana de Gram positivos en su mayoría y de Gram negativos en menor cantidad; específicamente, la acción bactericida de la penicilina, consiste en inhibir los enlaces químicos de los péptidoglucanos, que son macromoléculas complejas que forman una capa de la pared celular bacteriana y que le proporcionan estabilidad mecánica rígida; así, cuando la célula bacteriana pierde la protección que requiere para conservar una elevada presión osmótica intracelular, la permeabilidad y el transporte activo a través de la membrana se altera y se produce lisis de la membrana y por lo tanto de la célula, así mismo, al perderse la protección de la célula bacteriana, las funciones leucocitarias son más eficaces.

La Amikacina, aminoglucósido bactericida, inhibe irreversiblemente la síntesis protéica, suspendiendo el alargamiento de la cadena de polipéptidos al interferir en ellos, por lo que causa lectura equivocada del código genético del RNA mensajero, formando proteínas sin sentido o con acción tóxica para la bacteria y rompiendo los polirribosomas, incapacitándolos para la síntesis protéica, por lo que se produce lisis bacteriana.

La solución glucosada parenteral es fuente de calorías, restituye electrolitos, mantiene la hidratación adecuada y compensa la pérdida de lí-

quidos por sudoración excesiva; además, se evita acidosis metabólica - por aumento de la absorción o retención de ácidos formados durante el - proceso infeccioso; también, constituye una vía permeable para la admi- nistración de antibióticos intravenosos.

La alteración de las cifras o valores normales de las constantes vitales, significan desequilibrio en la homeóstasis, por lo que en éste caso se - puede detectar permanencia, exacerbación o remisión del proceso pato- lógico, así como, complicaciones o reacciones secundarias a la adminis- tración de medicamentos; también indican si la prescripción de antibió- ticos ha sido efectiva contra los microorganismos causales disminuyen- do la producción de pirógenos que estimulen los centros termoregulado- res del hipotálamo.

En estado normal los loquios deben ser rojos, brillantes, abundantes y - de olor sui generis durante los primeros 7 días; a finales de la segunda semana su aspecto es de una secreción serohemática, de volúmen dis- - minuído y sin mal olor; y a la tercera semana aparecen como una secre- ción sero-acuosa que va disminuyendo progresivamente; en sus tres -- etapas no deben contener restos o coágulos ni presentar olor fétido. Por otra parte, después de la expulsión del producto y secundinas, el fondo uterino se encuentra a nivel de la cicatriz umbilical y desciende a razón de un traves de dedo por día hasta desaparecer totalmente por debajo_

del pubis aproximadamente a los 10 días, involución dada por la contracción permanente, fija e irreversible de la musculatura uterina; cuando los 2 mecanismos anteriores se encuentran alterados por algún proceso infeccioso, la administración eficaz de antibióticos reinicia la evolución normal del sangrado transvaginal post-parto y la involución normal del útero.

La ergonovina, es un alcaloide del cornezuelo de centeno con efecto estimulante en el músculo liso uterino, produciendo constricción vascular, por lo que ayuda a la hemostasia de los vasos útero-placentarios y a la involución uterina reforzando la retracción tónica o globo de seguridad de Pinard.

La dipirona es un fármaco no esteroide con acción analgésica, antiinflamatoria y antipirética, y aunque se desconoce con exactitud su mecanismo de acción, se cree que disminuye el dolor impidiendo la transmisión eléctrica de impulsos sensoriales, alterando la permeabilidad de las membranas aferentes, por lo que "secuestra" a los impulsos evitando su llegada a los receptores del dolor; disminuye la temperatura, al ocasionar dilatación de los vasos sanguíneos superficiales, con aumento de la disipación del calor por medio de la evaporación de sudor y mediado con el apoyo de fármacos que inhiban el agente causal de la pirexia.

al, que en las mañanas se reportaba de 100/60 mm/Hg., probablemente por la posición en decúbito, por falta de ejercicio o por la hipoglucemia antes de desayunar.

-La salida de loquios fue moderada, sin coágulos y de aspecto serohemático, sin olor fétido ni exudado purulento; a los 8 días de estancia hospitalaria evolucionaron a serosos, escasos y de olor sui generis; simultáneamente a la palpación abdominal, se encontró fondo uterino involucionando a razón de un traves de dedo por día, de consistencia globular tónica, con discreto dolor a la palpación profunda y sin sangrado transvaginal a la expresión manual.

-El analgésico surtió efecto inmediatamente ya que la primera dosis -- fue intramuscular, posteriormente el dolor abdominal y de entuertos -- fueron casi insensibles; posteriormente la frecuencia de las dosis se -- cambió a cada 12 hrs. ya que se presentaron manifestaciones de irrita-- ción gástrica.

-La extracción láctea se realizó con tiraleches cada vez que fue necesario, se le orientó acerca del cuidado e higiene de las mamas durante la lactancia, como profilaxis de las grietas, abscesos y mastitis.

La extracción láctea se realiza para evitar éstasis y congestión dolorosa de las mamas, ya que involuntariamente se ha interrumpido la lactancia debido al proceso infeccioso y a la separación del binomio madre-hijo, - con lo que se evitan complicaciones como la mastitis puerperal, que es más factible en éste caso por la presencia de microorganismos en la circulación sanguínea, aunque con el tratamiento antibiótico adecuado, la lactancia a su hijo pudiera proseguir.

Evaluación.

-Los signos y síntomas sugerentes de infección disminuyeron a las 16 hrs. posteriores al inicio del tratamiento con antibióticos, sin presentar se reacciones secundarias; al sexto día se suspendió el tratamiento IV - ya que no existían indicios de la infección y se mantuvo en observación durante 3 días con administración de PSC 800, 000 UI., IM. cada 12 hrs.; egresó de la institución a los 8 días de su ingreso (22 de Febrero), en buenas condiciones generales.

-Mantuvo buena hidratación de mucosa oral y coloración de tegumentos; no refirió molestias, deambuló precozmente.

-A partir del segundo día de antibioticoterapia, sus signos vitales permanecieron estables durante los 3 turnos, a excepción de la tensión arteri-

Problema:

Tisular (músculo-epitelial).

Manifestaciones del Problema:

- Desgarro de cuello uterino de 2-3 cm. de longitud, ubicado a las "3 hrs" (siguiendo el trayecto de las manecillas del reloj), no sangrante, con abundante secreción mucopurulenta.
- Dehiscencia de episiorrafia (media lateral derecha) con presencia de exudado purulento de color amarillo-verdoso y de olor fétido.
- Dolor perineal.

Fundamentación Teórica.

Casi todos los partos se acompañan de cierto grado de lesión del cuello uterino, generalmente son uni o bilaterales (a las 3 y 9 hrs. del reloj respectivamente), y en ocasiones extremas, múltiples o estrellados; son el resultado de una dilatación rápida o forzada; por acción del propio parto al pasar la presentación, cuando ésta es anormal; cuando los diámetros son excesivos como en el caso de la hidrocefalia o del producto macrosómico; por dilatación manual del cuello con el objeto de apresurar el período de dilatación; por cicatrices fibrosas causadas por desga

ros en partos anteriores o por partos múltiples. De acuerdo a su extensión y profundidad se pueden lesionar, solo la mucosa, o atravesar cuello, bóveda vaginal y parametrios, e incluso llegar hasta el reborde pelviano, por arriba o hasta cavidad peritoneal por debajo de los ligamentos anchos; por otra parte, la lesión superficial o profunda del tejido cervical, constituye una puerta de entrada para microorganismos patógenos residentes en la vagina o provenientes de la cavidad uterina cuando ésta cursa un proceso patológico, por lo que se inicia el proceso de fagocitosis y consecuentemente, producción de exudado purulento; así también la agresión bacteriana al epitelio del cuello, provoca aumento de su secreción o moco, que aunado a los restos tisulares, bacterianos y sanguíneos se manifiestan como exudado muco-purulento.

Cuando los bordes y puntos de sutura de una herida reconstruida son contaminados por una secreción muco-purulenta, como en éste caso, en que la episiorrafia entra en contacto con el exudado infectado proveniente del endometrio y del cuello uterino, el tejido reparado presenta como reacción: aumento de la irrigación sanguínea y de la permeabilidad vascular, respuesta leucocitaria e inflamatoria, con lo que al presentarse edema, restira el tejido y el mismo hilo corta el tejido, originando la dehiscencia; el color amarillo-verdoso de la secreción se debe a la acción de hemolisinas que producen hemólisis incompleta y coagulación plasmática, así mismo, el olor es causado por las bacterias que se desarrollan en --

el tejido que se degenera.

El dolor se debe al seccionamiento de la piel perineal, mucosa y musculatura vaginal, tabique urogenital y diafragma pélvico, lugares en los que existen múltiples receptores del dolor, y que emiten sus impulsos (por los nervios pudendo, abdómino-genital menor y genito-femoral, -- entre otros) hacia la médula espinal, sinapsando en el asta posterior, -- cruzándose inmediatamente, para ascender a lo largo de las vías espino talámicas hasta el tálamo y sinapsando de nuevo con las neuronas que terminan en la corteza somatosensitiva haciéndose perceptible.

Acciones de Enfermería:

- Curación de la episiorrafia cada 12 hrs. con soluciones antisépticas, -- manteniéndola seca.
- Baño diario en regadera.
- Administración de analgésicos.

Fundamentación Teórica.

La curación de la episiorrafia dehiscente se realiza con el fin de eliminar el tejido muerto y bacterias que se encuentren en la superficie, -- además, favorece la irrigación sanguínea y por lo tanto la cicatrización

epitelial; el empleo de Iodine (Yodo-polivinilpirrolidina) como solución antiséptica, se debe a su acción tóxica-bactericida que le confieren los átomos de halógeno que posee, ya que producen reacciones oxidativas en los átomos de los aminoácidos bacterianos y por lo tanto su destrucción, con lo que se erradican los gérmenes patógenos de la herida; la humedad fomenta la proliferación de microorganismos patógenos, ya que la presencia de elementos como el hidrógeno y oxígeno del agua, forman parte de los requerimientos necesarios para su metabolismo y reproducción.

La administración de Dipirone, utilizada para el dolor abdominal, es útil también para el dolor perineal ya que su efecto analgésico-antiinflamatorio es sistémico.

La finalidad del baño es eliminar los productos de descamación tisular, el arrastre de microorganismos, limpieza de heridas para evitar proliferación bacteriana, facilitar la eliminación a través de la piel, estimular la circulación mediante el masaje activo o pasivo y brindar presentación y comodidad a la paciente.

Evaluación:

-La episiorrafia se mantuvo limpia y seca, disminuyendo progresivamente los datos de infección; con buen proceso de cicatrización, por lo que

no se reparó con puntos de sutura, se realizó cambio de apósito cada vez que fue necesario.

-Inicialmente al deambular, el dolor perineal era incapacitante, pero posteriormente, al tercer día de estancia, fue desapareciendo hasta hacerse imperceptible.

-Los primeros dos días se realizó baño de esponja, debido al malestar y adinamia de la paciente, posteriormente se bañó en regadera, encontrándose limpia, cómoda y presentable.

-Al cuarto día de iniciado el tratamiento con antibióticos, se observó por medio de especuloscopia, el desgarró cervical y se encontró limpio y, debido a su poca extensión no se realizó ninguna reparación; además, se le prescribieron óvulos queratolíticos, queratoplásticos y reguladores de pH vaginal (Albothyl, óvulos) y se le extendió cita para toma de Papanicolaou 14 días después de presentarse su primera menstruación.

Problema:

Nivel Socioeconómico y Cultural bajo.

Manifestaciones del Problema:

-Alimentación deficiente en cantidad y calidad, deficientes hábitos higiénicos, hacinamiento, vivienda con escasos servicios públicos, bajos ingresos económicos, deficiente nivel educativo, cuidado y educación de 5 hijos, relaciones conyugales desfavorables.

Fundamentación Teórica:

El nivel socioeconómico y cultural de la población de México, está fuertemente condicionado por las características de la sociedad capitalista, es decir, al modo de producción e intercambio que se desempeña en la estructura socioeconómica y, también, a las características de cada persona como son: estímulos personales, familiares y del ambiente, pereza conformismo o inercia social, determinismo religioso, etc., de manera que las personas provenientes de provincia, que poseen un nivel educativo bajo, que malgastan lo poco que ganan, que carecen de ideales o aspiraciones y principalmente, que carecen de medios de producción, tienen que vender su fuerza de trabajo manual o intelectual por un ingreso económico raquítico con el cual solo pueden vivir en áreas suburbanas o marginales, rentando reducidas habitaciones en vecindades inseguras y conglomeradas, con carencia de servicios públicos e institucionales, entre los que se encuentran: agua potable, drenaje, luz eléctrica, comunicacio

nes, seguridad pública, instituciones para la atención de la salud y la -- educación, etc. Así mismo, la inflación creciente propiciada por el do-- minio económico-político de los recursos, por parte de la lumpemburgue-- sia nacional y sus consortes, provocan que las necesidades básicas (como alimentos, vivienda y vestido) sean difíciles de satisfacer adecuadamente, además de que el efecto nocivo de la publicidad condiciona al consumo de productos industrializados, como se refleja en la nutrición inadecuada de las grandes mayorías.

Como efecto adverso de lo anterior, la vida de la mujer, generalmente -- está en función de la cotidianidad del matrimonio; es decir, que sus acti-- vidades, atención y vida diaria giran en torno al esposo, a los hijos y al -- cuidado de la casa, ya que la mayoría de las mujeres de clase social baja creen que su dependencia y explotación son historia natural y no resultado de un proceso histórico-social (ya que al perderse la propiedad colectiva y excluirse a la mujer del sistema productivo la hicieron dependiente y - subyugada por el hombre), por lo que a largo tiempo, ésta situación la -- pone en tensión represiva, limitándola como ser biopsicosocial indepen-- diente y por lo que frecuentemente llega a desacuerdos, discusiones y -- hasta la agresión física con su pareja, desequilibrando las relaciones fa-- miliares.

Acciones de Enfermería:

- Vigilar la ingesta de una dieta hiperprotéica con abundantes líquidos.
- Proporcionar educación nutricional.
- Capacitar a la mujer y a la familia en la correcta utilización de los recursos institucionales y comunitarios.
- Reforzar por medio de pláticas los conocimientos sobre el manejo de las relaciones conyugales, funciones y obligaciones de la familia.
- Informar a la paciente y a su familia la importancia del mantenimiento y conservación de la higiene personal, del vestido y la vivienda.
- Canalización al servicio de Planificación Familiar.

Fundamentación Teórica.

La ingesta de proteínas durante las infecciones puerperales, es necesaria e importante, ya que suministran aminoácidos indispensables para el crecimiento y reparación tisular, mantienen el equilibrio de proteínas plasmáticas, proporcionan iones para mantener el equilibrio ácido-base; suministran elementos para la transformación de nuevos cuerpos proteínicos como la hemoglobina, nucleoproteínas, glucoproteínas y lipoproteínas; enzimas, hormonas; anticuerpos, estructuras de protección y en casos extremos, como fuente de energía; complementándose con grasas, carbohidratos, vitaminas y minerales.

Si bien es cierto que, la nutrición está también condicionada por factores socioeconómicos y políticos, ya sea por el alto costo de los alimentos básicos (como la leche, carne y huevos) por los bajos salarios que disminuyen el poder adquisitivo, por las masivas campañas de publicidad que -- condicionan a comprar "alimentos" industrializados con poco o nulo valor nutritivo o porque las circunstancias o la moda obligan a comer de forma rutinaria, no se debe olvidar que en cualquier esfera social, es perfectamente posible disponer de una ración alimenticia equilibrada en cantidad y calidad e higiénicamente preparada.

A pesar de la restringida disponibilidad y distribución de los recursos -- institucionales para la población que está fuera del sistema productivo, existen diferentes instituciones que prestan servicios en beneficio de las clases desprotegidas, como son el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), con guarderías, educación primaria y secundaria -- para niños y adultos, despensas con alimentos básicos a bajo precio, servicios médicos y jurídicos; CONASUPO con distribución de leche para -- menores de 12 años a menor costo que en el mercado, tortibonos; programas por parte de la Procuraduría de Justicia del DDF, para proteger a la mujer y a la familia de agresiones físicas y delitos sexuales; Planificación Familiar gratuita en toda institución incorporada al Sector Salud, asesoría jurídica gratuita en delegaciones del D.F., etc.

Dentro de la estructura familiar todos sus integrantes tienen derechos y obligaciones que desempeñar, por lo que las actividades cotidianas como son: el cuidado de los hijos, distribución correcta de los ingresos económicos, quehacer doméstico, diversión, etc., no deben recaer sólo en -- uno de los miembros de la misma, sino que éstas deben ser equitativas, -- correspondiendo ésta norma principalmente a los padres e hijos mayores. Por otra parte, es común que la mujer de clase social baja desconozca el manejo adecuado de las relaciones conyugales, es decir, que aún persisten en ella, mitos y creencias falsas sobre la sexualidad y se le trunca -- de libertad, respeto y aspiraciones personales, por lo que ésta siente -- que el núcleo familiar es sólo una fuente de desequilibrio psicosocial.

El número y espaciamiento de hijos que se tienen en una familia son responsabilidad de la pareja, lo cual permite que éstos sean deseados y que se les pueda ofrecer mayor calidad y cantidad de alimentos, afecto, protección, educación, vestido, etc.

El hacinamiento implica diversos problemas potenciales como son: ma--yor riesgo de presentar infecciones cruzadas entre la familia, como parasitosis y enfermedades respiratorias; relaciones incestuosas ya sea entre hermanos o entre padre e hijos; neurosis y tendencia a las sociopatías, -- entre otras.

Evaluación:

-Dado que el sistema sociocapitalista que rige nuestro país es un poco inflexible, los problemas socioeconómicos y culturales de la paciente y de su núcleo familiar y social son difíciles de solucionar, por lo que se considera que la evolución positiva de su situación es a largo plazo, y que depende de sus intereses y deseos de superación.

-En cuanto a la dieta, aceptó con agrado todo lo que se le ofreció, manifestándose clínicamente, por la rápida regeneración tisular de sus heridas y por la evolución satisfactoria de su estado general.

-Aparentemente comprendió y aceptó pláticas de educación nutricional e higiénica, así también, manifestó el deseo de colocarse un DIU, pero refirió tener miedo al enojo de su esposo, razón por la que se ofreció una charla a ambos sobre Planificación Familiar y Paternidad Responsable, se le entregó carnet con cita abierta para colocación de DIU.

-Refirió tener muchos deseos de mejorar el estado de su vivienda, ampliarla o cambiarse a otra vecindad mejor.

Problema:

Psicológico (Depresión post-parto).

Manifestaciones del Problema:

Angustia, intranquilidad, tristeza, sentimientos de ambivalencia hacia su esposo.

Fundamentación Teórica:

Hasta ciertos límites, se considera una reacción normal, ya que puede ser a causa de su reingreso al ambiente intrahospitalario; quizá a la separación involuntaria de su recién nacido y de su núcleo familiar; al incremento brusco de hormonas esteroideas que se producen durante el puerperio; al proceso patológico que cursa y que pone en peligro su vida; a la racionalización y resignación de que su nuevo hijo es un elemento más en su familia, que significa gastos, atención y empleo de tiempo.

Acciones de Enfermería:

- Ofrecer un trato amable, con simpatía y comprensión.
- Aclararle dudas e ideas acerca de su diagnóstico y tratamiento.

- Mejorar actitudes hacia la paciente y mostrar interés en su comunicación y en sus problemas.
- Favorecer las relaciones familiares, durante las horas de visita a pacientes.
- Resaltar la importancia de las relaciones afectivas conyugales y dentro del núcleo familiar y social.

Fundamentación Teórica:

Al escuchar la plática de la paciente, se identifican los problemas o factores que precipitan sus crisis de angustia, se entiende la estructura básica de su carácter, puede establecerse un diagnóstico descriptivo de su personalidad o diferenciarlo de una psicopatología, y se calcula la capacidad de motivación hacia el tratamiento; también éstas acciones estimulan el ego afectivo de la paciente, ya que la hacen sentir apoyada moralmente, acompañada y/o comprendida, además de que se siente agradecida al ser escuchada y considerada como ser humano; con lo que se mejora su estado anímico, se evita depresión puerperal patológica y se hace menos desagradable y prolongada su estancia intrahospitalaria.

Evaluación:

La paciente se mostró a partir del tercer día de estancia intrahospitalaria

ria, sociable y comunicativa; cooperadora con el tratamiento médico y las acciones de Enfermería; optimista y con una perspectiva más positiva sobre su futuro y el de sus hijos; a su egreso refirió agradecimientos por los consejos y atenciones.

CONCLUSIONES.

A pesar de la existencia de instituciones que ofrecen buena atención obstétrica para la mujer mexicana y del uso profiláctico e indiscriminado de antibióticos de amplio espectro durante el puerperio, las infecciones puerperales siguen siendo actualmente en nuestro país, la segunda causa de mortalidad obstétrica directa.

Existe mayor predisposición a las infecciones puerperales, cuando el nivel socioeconómico y cultural de la mujer es bajo, ya que ésto indica que: carece de suficientes ingresos económicos y que la adquisición de bienes, servicios y propiedades es limitado; que posee malos hábitos higiénicos y una nutrición deficiente (lo que origina una tendencia a la Desnutrición y una mayor susceptibilidad a las infecciones), ya que tiene un bajo nivel educativo por lo que ignora la existencia de diversas instituciones de asistencia y seguridad social.

Así mismo, la incidencia de las infecciones puerperales está sujeta a -

factores tales como: recursos materiales con que cuenta la institución, - la calidad y cantidad de atención obstétrica que proporciona el equipo mé- dico y a la negligencia e irresponsabilidad por parte del partero, a la - concentración de pacientes que se encuentran hospitalizadas y al tipo de enfermedades que se atienden, así como a la extensión del área física y el lugar donde fue atendido el parto.

El empleo del Proceso de Atención de Enfermería instituye una metodo- logía científica en el proceder profesional del Licenciado en Enfermería y Obstetricia, ya que le permiten: ampliar y actualizar sus conocimien- tos teórico-prácticos, abordar objetivamente los problemas o patologías que se le presentan en su vida laboral, y tener una visión más amplia del proceso Salud-Enfermedad dentro de la sociedad en que se desenvuelve al considerar a los pacientes como unidades biopsicosociales, con lo que se mejora la calidad de su atención.

En cuanto a la paciente, fue evidente que su estado socioeconómico y cul- tural contribuyó a que tuviera un mayor riesgo de presentar Endometri- tis, posiblemente durante el parto, y que consecuentemente, se infecta- ran el desgarró cervical y la episiorrafia; así mismo, la administración de Penicilina y Amikacina confirmaron lo consultado teóricamente, ya - que la infección cedió fácilmente, considerándose erradicada a los 8 -- días, en que se le dió de alta; no igual de satisfactorio fue la solución -

de sus problemas socioeconómicos ya que como anteriormente se mencionó, la evolución positiva de sus problemas son a largo plazo y dependen de los intereses y aspiraciones de la paciente y su familia.

Aunque el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), forma parte del Sector Salud, éste carece de suficientes recursos humanos y materiales; no obstante, la incidencia de las infecciones puerperales es baja en comparación con los grandes centros hospitalarios.

SUGERENCIAS.

Es pues, absolutamente necesario ampliar y/o facilitar el acceso de la mujer embarazada de nivel socioeconómico y cultural bajo a las instituciones de atención obstétrica con suficientes recursos humanos y materiales.

Se debe conferir más importancia al Puerperio tanto en la teoría como en la práctica clínica, ya que sigue siendo el período más peligroso de la gestación y no basta con distinguir, señalar y analizar las acciones del Licenciado en Enfermería y Obstetricia dentro de un anacrónico programa de Gineco-Obstetricia.

Ya que el estudio de las infecciones puerperales requieren de un amplio

conocimiento de la fisiología del puerperio, debido a que el diagnóstico y tratamiento se establecen en base al cuadro clínico, se exhorta a los -- estudiantes de Enfermería y Obstetricia a que amplíen y mejoren su preparación académica y a que aprovechen las horas de práctica clínica - hospitalaria, ya que sólo así, se facilitará su quehacer profesional --- cuando se presenten ante una situación como esta, además de que tam-- bién conseguirán igualdad ante otros profesionales de la salud, respon-- diendo junto con ellos a las necesidades de la comunidad.

Es necesario analizar el rol, ideología, alcances y limitaciones del Li-- cenciado en Enfermería y Obstetricia, ya que con ésto se contribuirá a tener una conciencia social amplia de su profesión y proyección dentro - del proceso de desarrollo económico y social de nuestro país y que en -- la práctica clínica se traducirían en: poseer una mejor actitud para comprender los problemas cotidianos, en formular juicios adecuados y eje-- cutar las decisiones acertadas a los mismos, en mayores satisfacciones personales e ingresos económicos y, en un constante deseo de mantener se actualizado y por lo tanto, de ser siempre mejor.

BIBLIOGRAFIA

- Arestegui, Mendoza Irma. Introducción a la Clínica Ginecológica Propedéutica. Ed. La Prensa Médica Mexicana, México 1964, pp. 85
- Beck, C. Alfred. Práctica de Obstetricia. Ed. La Prensa Médica Mexicana, México 1983, - pp. 458
- Beischer, Mackay. Care of Pregnant Woman and her -- Baby. Ed. Saunders, California USA 1981, pp. 240
- Bethea, C. Doris. Enfermería Maternoinfantil. Ed. Interamericana, 3a. ed., México 1984, pp. 252
- Cardenas, Eduardo. Diccionario Moderno. Ed. América, 7a. ed., México 1980, pp. 608
- Curtis, P. Artz. Complicaciones en Cirugía y su Tratamiento. Ed. Interamericana, 3a. - ed., México 1978, pp. 831
- Chávez, A. J./Weintraub, A. D. Mortalidad Materna en México. HGO No. 4 del IMSS, Rev. Ginecología y Obstetricia de México, Vol. 5, Julio 1986, pp. 135-150

- Dávila, Mojarro Octavio. Planificación Familiar y Cambio Demográfico. Lecturas en Materia de Seguridad Social, IMSS, México 1982, pp. 554
- Doderlein, G./Schwalm Horst. Clínica Obstétrica y Ginecológica. Ed. Alhombra, Tomo IV, s.l. 1981, pp.447
- Eschenbach, A.D./Wager, P.C. El Puerperio. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas, Ed. Interamericana, - Vol. 4, México 1984, pp. 390
- Goodman, S.L./Gilman, A. Bases Farmacológicas de la Terapéutica. Ed. Interamericana, 5a.ed., -- Vol. I, II, México 1978, pp. 1412
- Greenhill, J. P. et al. Obstetricia. Ed. Interamericana, 2a. ed., México 1977, pp. 816
- Griffith, Janeth. et al. Proceso de Atención de Enfermería. Ed. Manual Moderno, México 1986, - pp. 401
- Guyton, C. Arthur. Fisiología Humana. Ed. Interamericana, 4a.ed., México 1976, pp. 446
- Hamilton, Persis Mary. Asistencia Maternoinfantil de Enfermería. Ed. Interamericana, México 1981, pp. 242
- Hill, Denis. Depresión Puerperal. Ed. Medcom, -

- Jackson, Luz Estela. New York, USA 1970, pp. 75
Infecciones de Reciente Importancia - en Gineco-Obstetricia. Tesis, INPer. México 1986, pp. 76
- Jawest, Ernest. et al. Manual de Microbiología Médica. Ed. El Manual Moderno, 9a.ed., México 1981, pp. 595
- Krachmer, K. Samuel. Normas y Procedimientos de Obstetricia en el INPer. SSA, México 1984, - pp. 304
- López, Cano J. L. Taller de Redacción. Ed. Esfinge, - 2a.ed., México 1974, pp. 142
- Mckenzie, A. Carole. Asistencia Integral durante el Post-Parto. Clínicas de Enfermería de Norteamérica, Vol. 1, Ed. Interamericana, México 1981, pp. 26-60
- Merck, & Sharp. El Manual Merck. Ed. Merck Sharp & Dohme Research Laboratories, 7a. ed., México 1982, pp. 2298
- Meyers, H. Frederik. et al. Farmacología Clínica. Ed. El Manual Moderno, 5a.ed., México 1982, pp. 757
- Pritchard, A. J./Macdonald, C. Obstetricia de Williams. Ed. Salvat,

- Pschyrembel, W. 3a.ed., Barcelona 1980, pp. 967
- Ramfrez, Alonso Félix. Obstetricia Práctica. Ed. Labor, 3a. ed., Barcelona 1978, pp. 414
- Revista Internacional de Medicina Familiar. Apuntes de la Materia de Gineco-Obstetricia I. UNAM-ENEO, México 1986 Gpo. 1701
- Rodríguez, Gómez F. Niveles de Atención de Salud, RIMF. Publicación Trimestral, No. 2, -- México 1982, pp. 42
- Rosenstein, Emilio. Apuntes de Crecimiento y Desarrollo. s.p.i., pp. 604
- Santa Marina, G.A./Charles D. Diccionario de Especialidades Farmacéuticas, PLM. 29a. ed., México -- 1983, pp. 1184
- Segatore, Luigi/Poli Giangelo. Sepsis en Obstetricia. Clín. Obst. y Gin., Ed. Interamericana, Junio 1970 pp. 269
- Selecciones de Reader's D. Diccionario Médico Teide. Ed. Teide, 5a. ed., Barcelona 1978, pp. 1281
- El Gran Libro de la Salud. Ed. Selecciones de Reader's Digest, 9a. ed., México 1978, pp. 974

Trejo, Ramfrez A.

Mortalidad Materna en el Hospital de la Mujer de la SSA. Rev. Gin. y -- Obst. de México, Vol. 53, Año XL, - Marzo 1985, pp. 69-72

U.N.A.M.

Módulo de Obstetricia. Facultad de Medicina, U.N.A.M., México 1980, - pp. 357

Vargas Domínguez R.G. et al.

Nosología Básica. Ed. Talleres Gráficos de Impresiones Modernas, 3a. ed., México 1980, pp. 872

A N E X O S

HISTORIA NATURAL DE LA INFECCION PUERPERAL

PERIODO PREPATOGENICO		PERIODO PATOGENICO	
<p>Factores del Agente: Estreptococos, peptostreptococos, esta filococos, listerias, clostridium, neisserias, corinebacterium, gardnerella, escherichia coli, klebsiella, trichomonas, candida albicans, ureaplasma urealyticum, chlamidia trachomatis; e indirectamente predisponen: RPM con periodo de latencia prolongado, retención de restos óvulo-placentarios, parto prolongado, nacimientos podálicos o múltiples abortos y legrados; además, tactos vaginales frecuentes, aneasía transvaginal o transperineal, amniorraxis, extracción manual de placenta, uso de fórceps.</p> <p>Factores del Huésped: Mujeres puerperas, deficientes hábitos higiénico-dietéticos, coito cercano al parto, deambulación tardía durante el puerperio, promiscuidad sexual.</p> <p>Factores del Ambiente: Deficientes técnicas de asepsia y antisepsia durante el T. de P. y parto, equipo y/o material contaminado, atención extrahospitalaria del parto, urgencia operatoria, hospitales de alta concentración, nivel socioeconómico y cultural bajo, recursos para la salud y atención prenatal escasos o nulos.</p> <p>Estímulo desencadenante: Invasión de microorganismos patógenos en el aparato genital durante el parto y/o puerperio.</p>		<p>Horizonte Clínico</p> <p>signos y síntomas</p> <ul style="list-style-type: none"> -hipertermia. -taquiesfigmia. -escalofríos. -malestar general. -dolor, calor e hipersensibilidad local o regional. -anoxia y rendimiento tisular inadecuado. -acidosis del metabolismo tisular. -necrosis y fagocitosis. -transtornos orgánicos por metástasis. <p>complicaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> -shock séptico. -peritonitis fulminante. -abscesos en mamas, bazo, hígado, piel, riñón, cerebro y ovarios. -meningitis. -artritis. -endocarditis. -osteomielitis. -evisceración de tejidos reparados. -hemorragias puerperales. -neoplasias in situ. -abscesos pulmonares en el recién nacido. <p>Recuperación</p>	
<p>contacto</p> <ul style="list-style-type: none"> -entrada, descontrol y múltiples aplicación por vía linfática, hematogena o epitelial. <p>cambios locales</p> <ul style="list-style-type: none"> -antagonismo leuco/hemólisis; inhibición de síntesis proteica, coagulación plasmática, glucólisis celular, disolución de la membrana celular. <p>cambios funcionales</p> <ul style="list-style-type: none"> -hipoglucemia tisular. -alteración de la circulación. -anoxia y rendimiento tisular inadecuado. -acidosis del metabolismo tisular. -necrosis y fagocitosis. -transtornos orgánicos por metástasis. 		<p>capacidad y/o daño</p> <ul style="list-style-type: none"> -esterilidad. -mastectomía. -salpingectomía. -ooforectomía. -histerectomía. -safenectomía. -ligadura ileo-femororal, ovarioca o de vena cava inferior. <p>Muerte</p>	
PREVENCIÓN PRIMARIA		PREVENCIÓN SECUNDARIA	
<p>Promoción de la Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> -Orientación a la comunidad acerca del padecimiento. -Control médico periódico. -Promoción de saneamiento ambiental (agua potable, disposición de excretas, eliminación de basuras, higiene de alimentos, control de fauna nociva, mejoramiento de la vivienda). -Favorecer el acceso a los servicios de salud. -Educatión sobre Planificación Familiar y control prenatal. -Orientar a las embarazadas sobre la importancia de la dieta balanceada en cantidad y calidad. -Promover el mejoramiento de las condiciones socioeconómicas y culturales, por medio de charlas educativas. 	<p>Protección Específica</p> <ul style="list-style-type: none"> -Otorgar atención prenatal oportuna y continua para prevenir patologías durante el embarazo, parto y puerperio; evitar el coito en el último trimestre del embarazo o quitrúrgico. -Informar a embarazadas -la evolución normal del puerperio. -Deambulación temprana durante el puerperio fisiológico y/o quirúrgico. -Cumplir estrictamente las técnicas de asepsia y antisepsia. -Evitar maniobras obstétricas innecesarias. -Vigilancia estrecha del alumbramiento. -Superación teórico-práctica al personal de enfermería en el área obstétrica. 	<p>Diagnóstico Precoz y Tratamiento Oportuno</p> <ul style="list-style-type: none"> -Historia Clínica médica y de Enfermería. -Vigilancia estrecha de signos vitales y exploración física completa durante el Puerperio. -Cultivos y antibiogramas de exudado purulento, loquios, leche, sangre y orina. -Biometría hemática, hematocrito, rayos X, general de orina, pruebas de coagulación, ultrasonido, aspiración transfónica o transcervical protegida, lavado endometrial, laparotomía exploratoria, gasometría. -Mejorar el equilibrio hidro-electrolítico. -Hospitalización y reposo. -Desbridación y limpieza de lesiones supuradas, evitar humedad en tejidos reparados. -Dieta hiperprotéica e hipercalórica. -Control térmico por medios físicos. -Aplicación de calor seco o húmedo. -Administración de antibióticos, analgésicos, fitoréticos, tranquilizantes y antiespasmódicos. -Extracción láctea o vendaje de mamas. -Cuidados específicos de Enfermería. 	<p>Limitación del Daño</p> <ul style="list-style-type: none"> -Laparotomía exploratoria. -Histerectomía, mastectomía, ligadura de grandes vasos. -Capacitar a la familia para la correcta utilización de los recursos institucionales y comunitarios, con el fin de limitar el daño. -Tratamiento adecuado según el padecimiento independiente del grado de avance. -Evitar complicaciones, no abandonando el tratamiento y siguiendo las indicaciones médicas.
		<p>PREVENCIÓN Terciaria</p> <p>Rehabilitación</p> <ul style="list-style-type: none"> -Exámen médico perinatal. -Referencia a los servicios de Planificación Familiar. -Canalización al servicio de Psicología a pacientes con histerectomía o mastectomía. -Fisioterapia post-mastectomía. -Terapia ocupacional durante la estancia hospitalaria, así como promover la armonía y equilibrio en las relaciones familiares. -Capacitar a la madre y a la familia para aceptar intervenciones quirúrgicas que limiten el daño. 	

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

Identificación de la paciente: R. M. G. E., edad: 34 años, No. de expediente: 9773, cama No. 3, originaria de Guadaluajara, Jal., casada, ocupación: labores domésticas, escolaridad: quinto de primaria, religión: católica.

Objetivo: Proporcionar cuidados específicos de Enfermería a la paciente con diagnóstico médico de infección puerperal, con el fin de mejorar su estado de salud y acortar su estancia hospitalaria, además de evitar complicaciones que pongan en peligro su integridad biopsicosocial.

Diagnóstico de Enfermería: Paciente femenina, multigesta, proveniente de nivel socioeconómico y cultural bajo, que se encuentra en su sexto día de puerperio y que presenta marcada palidez de tegumentos y conjuntivas, con regular hidratación de mucosa oral, hipertermia de 38.9 °C y malestar general; además, dolor, calor e hipersensibilidad abdominal involución uterina anormal, salida escasa de loquios hemáticos de color café oscuro y con olor fétido, dehiscencia de episiorrafia MLD con exudado mucopurulento y desgarro en cuello uterino de 2-3 cm. de extensión, no sangrante con presencia de secreción purulenta. Por otra parte se encuentra angustiada e intranquila, refiere sentirse deprimida y con sentimientos de ambivalencia hacia su esposo; además, vive en hacinamiento y sus hábitos higiénico-dietéticos son deficientes.

PROBLEMA	MANIFESTACION DEL PROBLEMA	FUNDAMENTACION TEORICA	ACCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION TEORICA	EVALUACION
Obstétrico (Endometritis)	-Hipertermia de -- 38.9 °C. -Escalofríos. -Diaforesis. -Palidez de tegumentos y conjuntivas. -Regular hidratación de mucosa -- oral. -Adinamia y malestar general. -Dolor, calor e -- hipersensibilidad abdominal. -Involución uterina anormal. -Salida escasa de -- loquios hemáticos de color café oscuro, con abundantes coágulos y con olor fétido.	-La hipertermia se presenta por estimulación directa del centro termoregulador situado en los núcleos anteriores del hipotálamo al alterarse los mecanismos de termogénesis y termodispersión, debido a la presencia de pirógenos, enzimas o toxinas liberadas por bacterias. - Su finalidad es provocar lisis de la membrana bacteriana, provocar mutaciones en su reproducción o elevar la producción de anticuerpos, al aumentar el metabolismo celular. -El escalofrío se debe a un estímulo transtorico del sistema nervioso, al provocar constricción de los vasos sanguíneos superficiales, supresión absoluta de la secreción salival y horripilación; por lo que se tiene la sensación subjetiva de -- frío intenso, sequedad de piel y mucosas y palidez de tegumentos. -Al remitirse los escalofríos, se presenta vasodilatación periférica y por lo tanto sudoración profusa, lo que contribuye a la pérdida de líquidos, eritrocitos y -- proteínas reducen la viscosidad sanguínea aumentando el gasto cardiaco; la hipoxia tisular aumenta el ácido láctico, que conlleva a un estado de debilidad o agotamiento físico. -El retardo de la involución uterina, se debe al estancamiento de loquios, constricción vascular deficiente por lesión bacteriana o por producción anormal de gases. La lesión y el exudado estimulan a los órganos receptores del dolor; también aumenta la irrigación sanguínea -- para incrementar la oxigenación y nutrición tisular. -Este tipo de loquios indican: hemostasia incompleta de los vasos útero-placentarios, retención de restos óvulo-placentarios y que existe infección de los mismos.	-Administración de -- Penicilina G Sódica Cristalina IV. -Administración de -- Sulfato de Kanamicina IM. -Instalación de venoclitistas con Solución Glucosada al 5%. -Registro y valoración de signos vitales. -Vigilar involución -- uterina y características de loquios. -Administración de -- Ergotrate VO. -Administración de -- Dipirona VO. -Indicar a la paciente como realizarse la -- extracción mecánica de leche.	-La penicilina inhibe la síntesis de la pared celular bacteriana, por lo que altera la permeabilidad y transporte a través de la membrana, produciendo muerte -- celular. -La amikacina inhibe la síntesis proteica, formando proteínas sin sentido o con acción tóxica que producen lisis bacteriana. -La solución glucosada es fuente de calorías, restituye electrolitos, mantiene la hidratación, compensa pérdida de líquidos y mantiene una vena permeable. -La alteración de los signos vitales indican desequilibrio en la homeostasis, en este caso, permanencia, exacerbación o remisión de la infección, así mismo indican si la administración de antibióticos fue eficaz. -Normalmente los loquios son rojos brillantes y de olor sui generis durante los primeros días, al final de la segunda semana son serohemáticos, de menor volumen y sin mal olor, y a la tercera semana sólo aparecen como secreción -- serocerosa. El útero involuciona a razón de un traves de dedo por día, a partir de la cicatriz umbilical, por lo que al décimo día, el fondo ya ha desaparecido. -La ergonovina produce constricción vascular del músculo liso uterino, por lo -- ayuda a la hemostasia y a la involución uterina. -La dipirona disminuye el dolor al impedir la transmisión eléctrica de los impulsos sensoriales hacia los receptores del dolor, además, disminuye la temperatura al producir vasodilatación vascular periférica. -La extracción láctea evita éstasis y con gestión dolorosa de las mamas, y por lo tanto el riesgo de presentar mastitis -- puerperal disminuye.	-Los signos y síntomas -- sugerentes de infección, disminuyeron 16 hrs. después de iniciado el tratamiento, posteriormente se administró PSC IM; -- egreso de la institución a los 8 días de su ingreso, en buenas condiciones generales. -Mantuvo buena hidratación de mucosa oral y co -- loración de tegumentos; -- deambuló precozmente. -A partir del segundo día de antibiocioterapia, los -- signos vitales permanecieron estables los tres -- turnos. -Se encontraron loquios de -- características normales. A su egreso se -- presentaron serosos y escasos. A la palpación abdominal se encontró fondo -- uterino involucionando a -- razón de un traves de -- dedo por día, de consistencia -- tónica y globular, con -- discreto dolor a la palpación profunda y sin san -- grado a la expresión. -El dolor abdominal y de -- entuertos fueron casi -- insensibles. -La extracción láctea se -- realizó con tiralaches, -- además se le orientó -- sobre el cuidado, higiene e -- importancia de la lact -- cía.

PROBLEMA	MANIFESTACION DEL PROBLEMA	FUNDAMENTACION TEORICA	ACCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION TEORICA	EVALUACION
Tisular (músculo-epitelial).	-Desgarro de cuello uterino de 2-3 cm. de longitud, con abundante secreción mucopurulenta. -Dehiscencia de episiorrafia, con presencia de exuda purulento y color fétido. -Dolor perineal.	-Casi todos los partos se acompañan de cierto grado de lesión del cuello uterino como resultado de una dilatación rápida o forzada, por la fuerza que ocasiona la presentación cuando ésta es anormal o cuando los diámetros del producto son excesivos, también por dilatación manual del cuello o por cicatrices ocasionadas en partos anteriores; la lesión constituye una puerta de entrada para microorganismos patógenos residentes de la vagina o procedentes de la cavidad uterina. -El contacto de los bordes y puntos de sutura de una herida con exudado infectado, ocasionan que el tejido reparado se infecte, se edematice, haya fagocitosis, producción de pus y se presente la dehiscencia. -El dolor se debe al socionamiento de la piel perineal, mucosa y musculatura vaginal, tabique urogenital y diafragma pélvico, en donde existen múltiples receptores del dolor.	-Curación de la episiorrafia, con soluciones antisépticas. (Iodine) -Baño diario en regadera. -Administración de analgésicos.	-La curación se realiza con el fin de eliminar el tejido muerto y bacterias que se encuentren en la superficie, se favorece la irrigación sanguínea y la cicatrización; el iodine produce reacciones oxidativas en los tejidos de los aminoácidos bacterianos. -Con el baño se eliminan los productos de descomposición tisular, se limpian heridas evitando la proliferación bacteriana; se estimula la circulación y se brinda presentación y comodidad a la paciente. -La administración de dipirona utilizada anteriormente, también es eficaz para el dolor perineal ya que su efecto analgésico-antiflogatorio es sistémico.	-La episiorrafia se mantuvo limpia y seca disminuyendo progresivamente los datos de infección, con buen proceso de cicatrización. -Los primeros 2 días el baño fue de esponja debido al malestar y adinamia de la paciente, posteriormente fue de regadera. -Inicialmente el dolor perineal fue incapacitante, posteriormente a los 3 días de tratamiento analgésico el dolor fue imperceptible. -Al 4to. día de su ingreso se observó el desgarro encontrándose limpio, se prescribió óvulos reguladores de pH vaginal y qué ratóptico-plásticos.
Nivel Socioeconómico y Cultural bajo.	-Alimentación deficiente en cantidad y calidad. -Deficientes hábitos higiénicos. -Vivienda con escasos servicios públicos. -Hacinamiento. -Bajos ingresos económicos. -Deficiente nivel educativo. -Cuidado y educación de 5 hijos. -Relaciones conyugales y familiares desfavorables.	-El nivel socioeconómico y cultural está determinado por el lugar que se ocupa en la estructura de la sociedad capitalista, por lo que al carecer de medios de producción se debe vender la fuerza de trabajo por un salario raquítico con el que sólo se puede vivir en áreas suburbanas, con carencia de servicios públicos e institucionales. La infección provoca que las necesidades básicas como alimentación y vestido sean satisfechas insuficientemente, además de que la publicidad condiciona a comprar alimentos que no nutren. Debido al bajo poder adquisitivo se tiene que vivir en habitaciones reducidas e inseguras; ya que las actividades diarias de casi todas las mujeres de nuestra sociedad giran en torno a los hijos, al cuidado de la casa, etc., ponen en tensión el equilibrio biopsicosocial alterando las relaciones conyugales y/o familiares.	-Vigilar la ingesta de una dieta hiperoprotéica con abundantes líquidos. -Proporcionar educación nutricional e higiénica. -Orientar a la mujer y a su familia sobre la correcta utilización de los recursos institucionales y comunitarios. -Reforzar por medio de pláticas, los conocimientos sobre las relaciones conyugales y funciones de la familia. -Canalización al servicio de Planificación Familiar. -Indicar la importancia de mejorar las condiciones de la vivienda.	-La ingesta de proteínas durante las infecciones puerperales suministran aminoácidos indispensables para el crecimiento y reparación tisular, mantienen el equilibrio ácido-base, proporcionan elementos para la formación de anticuerpos, enzimas, hormonas, etc. -A pesar de que la nutrición también depende del nivel socioeconómico, en cualquier esfera social es posible disponer de una ración alimenticia equilibrada en cantidad y calidad e higiénicamente preparada. -Existen diferentes instituciones que prestan servicios a las clases desprotegidas como el DIF, CONASUPO, Procuraduría General de Justicia del DDF, etc.	-Dado que los problemas socioeconómicos son de difícil solución, se considera que la evolución positiva de los problemas a largo plazo y depende de los intereses y deseos de superación de la paciente y de su familia. -Aceptó con agrado la dieta; la regeneración tisular de sus heridas fue rápida. -Refirió desconocer ciertos recursos institucionales; se canalizó a trabajo social.

PROBLEMA	MANIFESTACION DEL PROBLEMA	FUNDAMENTACION TEORICA	ACCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION TEORICA	EVALUACION
Psicológico (Depresión Post-Parto).	-Angustia. -Intranquilidad y - tristeza. -Sentimientos de ambivalencia -- hacia su esposo.	-Hasta ciertos límites se considera normal ya que ha reingresado al ambiente intrahospitalario, se ha separado de su recién nacido y de su núcleo familiar y social, o al decremento hormonal post-parto, al proceso patológico que cursa o a la racionalización de que su nuevo hijo significa más gastos y mayor atención y empleo de tiempo. -Los sentimientos de amor de la paciente son distorsionados por la actitud -- impositiva y subyugadora de su esposo, además la dependencia de éste con su familia hacen que surjan fricciones -- constantemente por sentirse invadida -- en sus relaciones conyugales y familiares.	-Ofrecer un trato -- amable, con simpatía y comprensión. -Aclararle dudas e -- ideas acerca del -- diagnóstico y tratamiento. -Mostrar interés en su comunicación y -- en sus problemas. -Favorecer las relaciones familiares -- durante las horas de vista. -Resaltar la importancia de las relaciones afectivas conyugales y dentro del núcleo familiar.	-Estas acciones estimulan el ego afectivo de la paciente, ya que la hacen sentirse apoyada moralmente y por lo tanto comprendida en sus problemas, -- además se evita la depresión puerperal patológica y se hace menos desagradable y prolongada su estancia intrahospitalaria. -La información acerca de su padecimiento, evita que la paciente elabore ruidos psicológicos y por lo tanto conoce realmente su situación, con lo que disminuye su angustia. -Al prestarle atención se satisface una de sus necesidades psicológicas y se siente considerada como ser humano y agradecida. -Cuando las relaciones familiares son equilibradas en afecto y responsabilidad el logro de objetivos en beneficio de la familia son más factibles.	-A partir del tercer día de estancia hospitalaria, la paciente fue más social y comunicativa, con una perspectiva más positiva sobre su futuro y el de sus hijos.

G L O S A R I O

Absceso. Acumulación de líquido purulento en una cavidad formada por la desintegración de tejidos.

Amniorrexis. Ruptura del amnios.

Antipirético. Medicamentos que disminuyen la temperatura corporal al producir dilatación de los vasos sanguíneos superficiales aumentando la disipación del calor.

Corioangioma. Proliferación neoplásica benigna de los capilares fetales, que por lo general aparecen en la placa coriónica (capa más externa de las membranas amnióticas).

Decúbito. Actitud del cuerpo en un estado de reposo, extendiendo sobre un plano horizontal, pudiendo ser dorsal, lateral o ventral.

Enfisema. Infiltración de gas en un tejido, lo que origina atrofia de sus paredes y/o fusión de sus cavidades.

Episiorrafia. Sutura de una episiotomía.

Episiotomía. Incisión quirúrgica que facilita el nacimiento del producto sin desgarrar el área vagino-perineal.

Estroma. Tejido fibroso de sostén de un órgano, es decir, el que propor

ciona el almacén a las verdaderas células del mismo.

Flebectomía. Resección de una vena.

Galactogénesis. Iniciación de la secreción láctea en las células glandulares de las mamas, después de la expulsión de la placenta.

Hemólisis. Destrucción de eritrocitos.

Hiperacusia. Exaltación de la agudeza auditiva, que se acompaña a menudo de sensación dolorosa.

Hiperemia. Congestionamiento por aumento de la cantidad de sangre en los vasos de un órgano o tejido.

Hiperosmia. Desarrollo exagerado del olfato.

Hipoglobulia. Disminución del número normal de glóbulos rojos de la sangre.

Histerectomía. Extirpación del útero, pudiendo ser parcial o total y realizarse por vía abdominal o vaginal.

Leucólisis. Destrucción de glóbulos blancos por disolución.

Macrosómico. Desarrollo exagerado del cuerpo en longitud y grosor.

Menarca. Primer menstruación.

Menstruación. Esguerrimiento sanguíneo por vía vaginal proveniente de la cavidad uterina, debido a la descamación del endometrio cuando ha sufrido la acción cíclica de las hormonas estrógeno y progesterona.

Mesoendomórfico. Tipo de constitución física que define a una persona de acuerdo a las tres capas germinales embrionarias según Sheldon, en este caso: de estatura alta, cabeza grande, cuello chico, grandes articulaciones, rectitud somática, abdomen grande y tendencia a la obesidad.

Metástasis. Reproducción de una enfermedad en órganos distintos de aquel en que se presentó primero.

Ooforectomía. Ablación del ovario, pudiendo ser uni o bilateral.

Oxitócicos. Medicamentos que ocasionan la contracción del músculo liso uterino y vascular.

Panículo adiposo. Capa de tejido celular subcutáneo formado de grasa.

Panoftalmía. Inflamación que se extiende a todas las partes constitutivas del globo ocular.

Peristaltismo. Movimientos fisiológicos normales de contracción con sentido descendente de las fibras circulares del estómago y de los intestinos.

Salpingectomía. Ablación de una trompa uterina, respetando el ovario -

contiguo.

Secundinas. Comprende a la placenta, membranas y cordón umbilical - que se expulsan después del nacimiento del producto.

Sui generis. (latín) Único en su género.

Taquipnea. Aumento del número de los movimientos respiratorios.

Taquesfigmia. Pulso rápido.

Trombectomía. Ablación quirúrgica de un trombo que obtura un vaso - sanguíneo.