



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA  
APLICADO A UNA  
MUJER ADULTA JOVEN CON PUERPERIO MAS HISTERECTOMIA TOTAL  
ABDOMINAL POR ATONÍA UTERINA, APLICANDO EL  
MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

QUE PRESENTA PARA OBTENER  
EL TITULO DE LICENCIADA EN  
ENFERMERIA  
CONCEPCIÓN RODRIGUEZ GALÁN

No. cta.  
096710405

DIRECTORA DE TRABAJO

  
LIC. IRMA VALVERDE MOLINA

MEXICO D.F.

OCTUBRE 200

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA  
ASUNTOS ESCOLARES



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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 esta 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.

## CONTENIDO

1. Introducción	4
2. Objetivos	5
3. Marco Teórico	6
4. Metodología	18
5. Proceso Atención de Enfermería	19
5.1 Presentación del caso	19
5.2 Valoración Clínica de Enfermería	21
5.3 Jerarquización de necesidades	28
5.4 Plan de cuidados	29
5.5 Plan de alta	48
6. Conclusiones y Sugerencias	49
7. Bibliografía	50
8. Anexos	51
8.1 Anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino	52
8.2 Puerperio normal	58
8.3 Fisiopatología de la Atonía uterina	61
8.4 Generalidades de Histerectomía Total Abdominal	63
8.5 Farmacología	66

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la  
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el  
contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Rodríguez Galván Concepción

FECHA: 27 09 09

FIRMA: 

## AGRADECIMIENTOS

### A MI ESPOSO:

Por ser el crisol de la familia que formamos, por soñar con migo estos 21 años, por caminar a mi lado y no adelante, por compartir mis metas con mucho amor, te agradezco tu tiempo y gracias por esperar las ausencias que dejan esta carrera y por suplir mis tiempos con nuestros hijos dejando en ellos el amor que les profesamos. Para ti por siempre.

### A MIS HIJOS:

A Ustedes les doy las gracias por dejarme crecer y mostrarles con el ejemplo, la gratitud que deja aferrarse a una meta, agradezco su admiración y profundo amor, sobre todo gracias por su autonomía para dejarme crecer como persona y profesionalmente. No lo olviden, los amo.

### A ALGUIEN MUY ESPECIAL:

Que siempre ha estado a mi lado, al pendiente de mis sentimientos y mis flaquezas siempre tuve una señal para seguir adelante, es mi Dios y mi madre la Virgen de Guadalupe, la cual siempre estuvo en mí, les doy gracias por protegerme y bendecid a mi familia.

### A TODOS MIS AMIGOS:

Que son pocos los verdaderos pero siempre estuvieron a mi lado omito nombres para no olvidar a nadie, pero saben a quienes me refiero. Gracias.

## 1.- INTRODUCCION.

La salud reproductiva se consolida como un derecho de todos los mexicanos y un pilar de la dignidad humana (Programa de salud reproductiva y planificación familiar 1995-2000, México.)

Es de vital importancia que los cuidados de enfermería prestados a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como al Recién nacido, sean de calidad y atiendan a la NOM 007SSA21993. Atención de la madre durante el embarazo, parto y puerperio y del Recién nacido, criterios y procedimientos para la prestación del servicio ya que se pretende con esto disminuir la morbimortalidad materno infantil, que hablaría de un país con deficiente atención en su población en etapa más vulnerable,

Durante el desarrollo del presente proceso se tratarán los temas básicos concernientes al Plan de atención que se aplicó a una paciente en el piso de Ginecocoobstetricia del Hospital General Naucalpan "Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda"

El proceso Atención de Enfermería (PAE) su importancia radica en la identificación de necesidades y/o problemas que presente la paciente objeto del estudio, de mayor a menor importancia de modo que se pueda planear y llevar a cabo la solución de problemas y/o necesidades prioritarios, ayudando a l pronóstico de salud de la paciente y limitando daños.

Los problemas hemorrágicos asociados con la segunda mitad del embarazo , el parto y el ,puerperio , constituye una de las primeras causas de morbilidad y de muerte materna en todo el mundo se estima que complican entre el 5 % y el 10% de los embarazos y que son responsables de 10% al 15% de todas las defunciones.

La morbimortalidad es generalmente previsible mediante la vigilancia prenatal y la asistencia obstétrica de buena calidad, ya que se conoce la mayoría de los factores de riesgo que favorecen su aparición, los datos clínicos de detección temprana en la consulta prenatal, para referir con oportunidad a niveles superiores de atención , así como las medidas terapéuticas apropiadas que deben aplicarse en las unidades hospitalarias.

En virtud de lo anterior el propósito del presente es el de conocer la aplicación del proceso de Enfermería en pacientes con atonía uterina

## **2.- OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL:**

Aplicar el PAE a una mujer que atraviesa un puerperio quirúrgico posterior a atonía uterina que presenta alteraciones en sus necesidades, con el fin de proporcionar una atención de Enfermería de calidad basado en el modelo conceptual de Virginia Henderson, proporcionando cuidado holístico y favoreciendo la corta estancia intrahospitalaria y su pronta integración al núcleo familiar.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- 1.- Dar a conocer el proceso atención de Enfermería tomando como referencia el modelo de Henderson, así como los diagnósticos que establece la NANDA .
- 2.- Identificar oportunamente signos y síntomas de hemorragia obstétrica, para así proporcionar una atención de enfermería de manera inmediata, jerarquizando necesidades, evitando complicaciones que pongan en riesgo la vida materna.
- 3.- Proporcionar atención de manera eficaz mediante la planeación en base a las necesidades de la paciente.

### 3.- MARCO TEORICO.

#### ANTECEDENTES

Un proceso es una serie de actuaciones planificadas u operaciones dirigidas hacia un resultado en particular. El proceso atención de enfermería es un método sistemático y racional de planificar y dar cuidados de enfermería. Su objetivo es identificar las necesidades de salud actuales y potenciales del cliente, establecer planes para resolver las necesidades identificadas, y actuar de forma específica para resolverlas. El proceso es cíclico siguen una secuencia lógica.

Para desarrollar el proceso atención de enfermería, deben participar al menos dos personas: el cliente y la enfermera. El cliente puede ser un individuo, la familia o la comunidad, y participar lo más activamente posible en todas las fases del proceso. Si el cliente es incapaz de tomar parte en la planificación y en el proceso de decisión se le puede preguntar a un miembro de la familia, que participe en bien del cliente. La enfermera requiere capacidades técnicas, intelectuales y de relación, para utilizar el proceso atención de enfermería.<sup>1</sup>

Las capacidades de relación, incluyen comunicación, escuchar, expresión de interés, comprensión, conocimientos e información, desarrollando confianza y obteniendo datos, de manera que respete la individualidad del cliente, promocióne la integridad de la familia y contribuya a la autosuficiencia de la comunidad. Las capacidades intelectuales incluyen la resolución de problemas, el pensamiento crítico, y el establecimiento de juicios de enfermería. La toma de decisiones se implica en todos los componentes del proceso atención de enfermería.

El proceso atención de enfermería se puede considerar en una serie de cuatro o cinco fases.

Quando el proceso se define en cuatro fases, éstas son: **Valoración, Planeación, Ejecución y Evaluación**. En esta interpretación, el análisis (diagnóstico de enfermería), se incluyen en la sede valoración.

---

<sup>1</sup> Walt, Introducción al Proceso de Enfermería, pág. 182

1.- Valoración. Consiste en recopilar, verificar y organizar los datos del nivel de salud del cliente. La información de los aspectos físicos, emocionales se obtienen de varias fuentes y es la base de la actuación y la toma de decisiones en fases siguientes. Para realizar este primer paso del proceso, son esenciales las técnicas de observación, comunicación y de entrevista.

2. - Diagnóstico. Es un proceso que tiene como resultado un informe diagnóstico o diagnóstico de enfermería, el cual constituye una relación de las alteraciones actuales o potenciales, del nivel de salud del cliente.

El análisis lleva implícita una información sobre las respuestas del cliente que las enfermeras estén autorizadas a tratar.

El análisis consiste en desglosar las diferentes partes de un todo. Un problema de salud actual es aquel que existe en ese momento. Un problema de salud potencial consiste en la presencia de factores de riesgo que predisponen a que las personas o las familias tengan alteraciones en su salud.<sup>2</sup>

3. - Planificación. Implica una serie de fases, en las cuales la enfermera establece las prioridades, anota los objetivos o las respuestas esperadas, y escribe las actividades de enfermería seleccionadas, para solucionar los problemas identificados y para coordinar el cuidado prestado por todos los miembros del equipo de salud. En colaboración con el cliente, desarrolla acciones específicas para cada diagnóstico de enfermería.

4. - Ejecución. Consiste en llevar a cabo el plan de cuidados. Durante esta fase, la enfermera continúa recogiendo datos y validando el plan realizado. La recolección continua de información es esencial, no sólo para descubrir los cambios en el estado del cliente, sino también para obtener aquellos datos que permitirán la evaluación de los objetivos en la siguiente fase.

---

<sup>2</sup> *Ibidem*, pág. 184

Para validar el plan, la enfermera determina:

- a) Si el plan de cuidados es realista y ayuda al cliente a lograr las respuestas o metas deseadas.
- b) Si se han considerado las prioridades del cliente.
- c) Si el plan es individualizado para cubrir las necesidades particulares de éste.<sup>3</sup>

5.- Evaluación. Se valora la respuesta del cliente a las actuaciones de enfermería y después, se compara esta respuesta a los estándares, fijados con anterioridad. Con frecuencia, estos estándares se refieren a criterios de respuesta o criterios de evaluación.

El proceso de atención de enfermería, consiste en obtener una serie de datos para analizar (diagnosticar) planificar, ejecutar y evaluar el grado en el que los objetivos del cliente se han logrado.

La enfermera debe ser creativa al utilizar el proceso de atención de enfermería, y no guiarse, por respuestas estándares, sino aplicar sus capacidades para resolver problemas, la creatividad, el pensamiento crítico y su propio conocimiento y habilidad para cuidar a los clientes.

El proceso de enfermería es también, interpersonal. Para asegurar la calidad de los cuidados de enfermería, la enfermera y el cliente tienen que compartir inquietudes y problemas y participar en la evaluación continua del plan de cuidados; por lo que algunas de las ventajas que tiene la enfermería y la enfermera al realizar un proceso son:

#### VENTAJAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA:

- Es un proceso importante tanto para el cliente como para la enfermera.
- Calidad y continuidad en el cuidado.
- Participación de los clientes en el cuidado de la salud.

#### VENTAJAS PARA LA ENFERMERA

- Educación constante y sistemática

---

<sup>3</sup> Ibidem. Pág. 185

- Satisfacción en el trabajo
- Crecimiento profesional
- Evitar acciones legales
- Alcanzar los modelos de enfermería profesional y hospitales acreditados.

El éxito del proceso de enfermería depende de una comunicación abierta e intencionada y también del desarrollo de una relación entre el cliente y la enfermera.

### **TEORIAS DE LA ENFERMERÍA**

Debido a los múltiples cambios que se van dando a través de la historia, se concreta y se avientan las bases hacia el siglo XVIII, cuando surge la ciencia, conocimiento científico que busca las leyes de la naturaleza y de la cultura, a su vez las aplica, analizando cada una de sus partes hasta llegar a la "TEORIAS".

La teoría como concepto básico es un conjunto, según sus teóricas de proposiciones lógicas que tienen como fin la explicación y predicción de las conductas en un área determinada de fenómenos, y que requieren de explicación no sólo subjetiva, sino objetiva; ya que éste es un proceso entendiéndose como conjunto de fases o etapas de un fenómeno en evolución.

Es así como a través del tiempo la profesión de enfermería va tomando auge, junto con los cambios mismos de una historia cambiante y transformadora; al mismo tiempo van surgiendo grandes pensadores (as) con relación a esta profesión teóricas que van dejando huellas en cada una de sus ideas y que es digno de mención para el futuro.

#### **FAYE G. ABDELLANH**

"Define la enfermería como un enfoque de solución a los problemas". En la enfermería, los problemas clave se relacionan con las necesidades de salud de la gente.

#### **LIDIA E. HALL**

Define la enfermería como un proceso que sustenta la motivación y la energía para la curación del paciente. Identifica tres aspectos de la enfermería relacionados con este objetivo a saber, el trato terapéutico del ego, los cuidados corporales y la curación.

#### **VIRGINIA HENDERSON**

Define a la enfermería como la ayuda al individuo con en el desarrollo de la salud, que podría efectuar la propia persona sin ayuda, en caso de que tuviera la fuerza, voluntad y conocimientos necesario.

Centra los cuidados de enfermería en las necesidades del paciente y subraya las necesidad que la enfermera tenga una actitud – empática.

### **DOROTHY JOHNSON**

Considera la conducta del paciente como un sistema, o sea un todo con partes que interactúan, la enfermería es una fuerza reguladora externa, cuya función es preservar la organización y la integridad de la conducta del paciente, en un nivel óptimo, bajo condiciones en que la conducta constituye una amenaza para la salud física o social, o cuando está presente una enfermedad. Considera la enfermería como una herramienta principal para ello. La enfermera utiliza sus conocimientos para tratar de evitar la inestabilidad en la conducta y por lo tanto, mantener la estabilidad de la misma.

### **IMOGENE M KING**

La enfermería es un proceso de acción, reacción, interacción, por el que las enfermeras ayudan a los individuos a satisfacer las necesidades básicas en la vida cotidiana y hacer frente a la salud y la enfermedad. Los conceptos acerca de los seres humanos incluyen el sistema social de cada persona y sus percepciones, relaciones interpersonales y salud.

### **MYRA E. LEVINE**

La enfermería es como una disciplina terapéutica o de apoyo que ayuda al individuo en cuatro áreas de conservación indispensables para la salud; conservación de la energía, de la integridad estructural del cuerpo, de la integridad personal y de la integridad social.

### **DOROTHEA E. OREM**

La enfermería como la ayuda a otros en el diseño, la prestación y el manejo de los cuidados de la propia persona, a fin de mantener o mejorar el funcionamiento humano en algún nivel de eficacia.

Define los cuidados de la propia persona como las prácticas que instituyen y llevan a cabo las personas para mantener la vida, la salud y bienestar. La enfermera interviene sólo cuando los individuos no pueden llevar a cabo por sí mismos las medidas de cuidado de su propia persona.

### **IDA JEAN ORLANDO**

La enfermería como un proceso relativo a la interacción con personas enfermas para la satisfacción de necesidades inmediatas. Identifica a cuatro prácticas básicas para la enfermería: observación, preparación de informes, registro y acciones llevadas a cabo con el paciente o para él.

### **HILDEGARD PEPLAU**

La enfermería como un proceso significativo, terapéutico e interpersonal, cuya función es ayudar a dominar la tensión y la frustración. Considera la enfermería como un instrumento educativo que tiene como finalidad brindar una vida creativa, productiva, personal y comunitaria.

### **MARTHA E. ROGERS**

La enfermería como una ciencia humanística y humanitaria. Esta ciencia está dirigida a las interacciones cada vez más complejas y amplias de los seres humanos con su ambiente. La función esencial de la enfermera es ayudar al paciente con sus interacciones con el ambiente.

### **HERMANA CALLISTA ROY**

Considera a los seres humanos como gentes biopsicosociales que interactúan constantemente con su medio ambiente y que le hacen frente mediante mecanismos de adaptación biopsicosocial. Las interacciones con la enfermera tienen como fin eliminar, aumentar, disminuir o modificar los estímulos que recibe el individuo. Con ello, la conducta resultante se vuelve adaptativa y fomenta la salud.

### **ERNESTINE WIEDENBACH**

Describe el objetivo de la enfermería, como el de facilitar esfuerzos de los individuos para superar obstáculos que interfieren constantemente con su capacidad para responder en forma adecuada a las exigencias que les plantea su situación, ambiente, estado y tiempo.<sup>4</sup>

### **TEORIA DE VERGINIA HENDERSON**

Virginia Henderson nació en 1897; fue la quinta de ocho hermanos, natural de Kansas City, Missouri Henderson pasó su infancia en Virginia debido a que su padre ejercía como abogado en Washington D. C. Tuvo un gran avance dentro de la profesión de enfermería, fue autora , coautora de varios libros, se interesó por mejorar esta carrera.

---

<sup>4</sup> Luyerne, Walf, Fundamentos de Enfermería. pág. 26

## FUENTES TEORICAS DEL DESARROLLO DE LA TEORIA

Henderson identificó su trabajo en este texto, como la fuente que le hizo darse cuenta que la necesidad de claridad sobre la función de la enfermera. Participo en una conferencia regional del Consejo Nacional de Enfermería en 1946 como miembro del comité.

Descubre su interpretación como la síntesis de muchas influencias, algunas positivas y otras negativas; identifica las fuentes de influencia durante sus primeros años de enfermería entre estas encontramos Annie Goodrich, Caroline Stackpole, Gena Broadhurst, Dr. Edward Thami Dike, Dr. Geargedeaever, Bertha Harmer, Ida Orlando.

## SUPUESTOS PRINCIPALES

ENFERMERIA.- Es asistir al individuo sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación que éste realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza de voluntad o el conocimiento necesarios. Y hacerlo de tal voluntad o a los conocimientos necesarios.<sup>5</sup>

ENTORNO. Es el conjunto de todas las condiciones externas y las influencias que afectan la vida y el desarrollo de un organismo.

PERSONA (PACIENTE). El individuo requiere asistencia para alcanzar la salud y la independencia, la mente y el cuerpo son inseparables, el paciente y su familia son considerados como una unidad.

## AFIRMACIONES TEORICAS

### LA RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE

Es posible identificar tres niveles en la relación entre la enfermera y el paciente, clasificados desde una relación muy dependiente a una relación completamente independiente.

Enfermera	{	1.- Sustituto del paciente.
		2.- Ayuda al paciente.
		3.- Compañera del paciente.

<sup>5</sup> Werbman de Meester. Definición de la Enfermería. pág. 69

INDEPENDENCIA. Es un término relativo. Nadie es independiente de los demás, pero se lucha por una interdependencia, sana no por una dependencia enfermiza.<sup>6</sup>

Tanto el paciente como la enfermera deben idear un plan de cuidados existentes de las necesidades que se logran observar dependiendo de su desequilibrio bio – psico – social, así pues, la enfermera debe ser capaz de valorar las necesidades, y contemplar o modificar cada una de las acciones que se logren corregir.

La enfermera y el paciente siempre están luchando por una consecución de un objetivo, ya sea la independencia o la muerte pacífica.

El fomento de la salud es otro objetivo importante para la enfermera. Henderson afirma: Se gana más ayudando a que cada hombre aprenda a estar sano que preparando a los terapeutas más diestros para servir a los que están en crisis.<sup>7</sup>

Esto relacionado con la conceptualización de la profesión de enfermería, pues, una de sus metas es la docencia, que como tal obliga al enfermo (a) a la enseñanza – aprendizaje del individuo al logro de su equilibrio de salud – enfermedad.

#### LA RELACIÓN ENFERMERA – MÉDICO

Henderson insiste en que la enfermera tiene la función particular y diferente de la del médico.

El plan de cuidados formulado por la enfermera y el paciente, debe realizarse de tal forma que fomente el plan terapéutico prescrito por el médico. Henderson recalca que las enfermeras no siguen ordenes si no indicaciones del médico.

### CONCEPTOS BASICOS DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Henderson desarrolla un trabajo por la preocupación que le causaba el constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera ya que durante su desarrollo vocacional teórico-práctico dejó grandes insatisfacciones pues, no se podían establecer los principios básicos y fundamentados de las acciones para la creación de una mitología que causara, no solo cambios, sino nuevos horizontes hacia el futuro.

La única función de la enfermera es asistir al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud a su recuperación (o la muerte serena) actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza conocimiento o voluntad necesaria todo ello de manera que le ayude a recobrar su

---

<sup>6</sup> Ibidem pág. 70

<sup>7</sup> Ibidem pág. 72



- 3) **ELIMINACIÓN.** El organismo necesita eliminar sustancias que ya no aprovecha o que puedan perjudicarlo, esto es a través de orina, heces, sudor, espiración, etc.
- 4) **MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.** El estar en movimiento cada una de las partes del cuerpo, permite que se lleven a cabo diferentes posturas para satisfacer la necesidad del organismo.
- 5) **DESCANSO Y SUEÑO.** Al dormir y descansar en condiciones y tiempos adecuados se logra un mejor rendimiento del organismo en todos los ámbitos.
- 6) **USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.** El usar prendas de acuerdo a las diferentes actividades que realiza el ser humano, así como en sus costumbres, religión, estatus social, para protegerse del clima etc. debe de ser cómoda y permitirle libre movimiento.
- 7) **TERMOREGULACIÓN.** El ser humano debe mantener una temperatura corporal entre 36.5 a 37 °C
- 8) **HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.** El tener un cuerpo aseado, será mejor aceptado ante los demás por tener una apariencia pulcra y piel cuidada (hidratada y lubricada) esto también evitará la entrada de un microorganismo patógeno.
- 9) **EVITAR LOS PELIGROS.** Los peligros pueden ser agresivos ya sea interno o externo y al evitarlos protegerá su estado bio-psicológico.
- 10) **COMUNICARSE.** El tener una adecuada comunicación verbal no verbal con los demás de su género le permite expresar sus sentimientos y opiniones de todo lo que le rodea.
- 11) **VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES.** El ser humano continuamente está en contacto con los demás integrantes de su comunidad, como un ser superior o con la vida cósmica, expresa ante esto, sus propias ciencias y valores que ha adquirido a través de su vida y esto le permite realizarse y desarrollar mejor su personalidad.
- 12) **DE TRABAJAR Y REALIZARSE.** Consiste en realizar actividades le permiten al individuo satisfacer sus necesidades económicas, de desarrollo y de servicio o ser útil ante los demás y sentirse pleno en todos los aspectos.

13) **JUGAR/PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.** Divertirse con algo agradable, el individuo le permite un descanso tanto físico como psicológico ejemplo: stress.

14) **APRENDIZAJE.** Al adquirir conocimientos o habilidades sobre algo en específico, pueden cambiar o modificar acciones que le permitan desarrollarse mejor o mantener su salud.

Estas necesidades son comunes a todos los individuos, si bien cada persona es única e irreplicable, tiene la habilidad y capacidad de satisfacerlas de modo diferente con el de crecer y desarrollarse a lo largo de su vida.

#### LA SALUD, INDEPENDENCIA/DEPENDENCIA Y CAUSAS DE LA DIFICULTAD

Virginia Henderson desde una filosofía humanística, considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. En este sentido, buscan y tratan de lograr la independencia y por lo tanto, la satisfacción de las necesidades de forma continuada, con el fin de mantener en estado óptimo la propia salud. Cuando esto no es posible aparece una dependencia que se debe, según Henderson a tres causas y que se identifica como:

FALTA	{	FUERZA
		CONOCIMIENTO
		VOLUNTAD

**INDEPENDENCIA.** Es la capacidad del individuo para satisfacer por si misma sus necesidades básicas, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades (de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación).

**DEPENDENCIA.** Ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las necesidades. Por otro lado puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.

#### LAS CAUSAS DE LA DIFICULTAD

Son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades. Henderson las agrupa en tres posibilidades.

1) Falta de fuerza. Tomamos como fuerza no sólo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.

2) Falta de conocimiento. En lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de la enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

3) Falta de voluntad. Entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.

Cabe señalar que la presencia de estas tres causas o de alguna de ellas puede dar lugar a una dependencia total o parcial así como temporal o permanente, aspectos que deberán ser valorados para la planificación de intervenciones.

### **ROL PROFESIONAL. CUIDADOS BASICOS DE ENFERMERÍA Y EQUIPO DE SALUD**

Los cuidados básicos son conceptualizados como acciones que lleve a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificando en la persona.

### **APLICACIÓN DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON**

1. En las etapas de valoración y diagnóstico sirve de guía en la recolección de datos y análisis de los mismos, éste determina:
  - Grado de independencia / dependencia para satisfacer las necesidades.
  - La interrelación de unas necesidades con otras.
  - La definición de problemas y su relación con causas de dificultad.
2. En las etapas de planificación y ejecución sirve para la formulación de objetivos de independencia a base de las causas detectadas y su elección.
3. En la evaluación del modelo nos ayuda a determinar criterios que indican los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados.

#### **4.- METODOLOGIA.**

Aplicación del modelo de Virginia Henderson.

Como marco conceptual es perfectamente aplicable en todas y cada una de las diferentes etapas del proceso atención enfermería.

1.- En las etapas de Valoración y diagnóstico, sirve de guía en la recogida de datos y el análisis, la síntesis de los mismos, en esta etapa se determina.

- o El grado de independencia/dependencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades.
- o Las causas de la dificultad en la satisfacción de estas
- o La interrelación de unas necesidades con otras
- o La definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas

2.- En las etapas de planificación y ejecución sirve para la formulación de objetivos de independencia en base a causas de la dificultades detectadas, en la elección del modo de intervención (suplencia o ayuda) más adecuado a la situación y en la determinación de actividades de Enfermería que implique al individuo siempre que sea posible en su propio cuidado

3.- Finalmente en la etapa de evaluación el modelo de Henderson ayuda a determinar los criterios que nos indicarán los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados; la autora dice que nuestra meta es ayudar al individuo y conseguir su independencia máxima en la satisfacción de sus necesidades.

El PAE se realizó en el Hospital General Naucalpan "Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda" del ISEM, eligiendo a una adulta joven de 38 años de edad con un puerperio quirúrgico mediato post Histerectomía total abdominal ya que presentó atonía uterina durante el puerperio inmediato.

## **5.- PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA**

### **5.1PRESENTACIÓN DEL CASO**

F.M.T de 38 años. primigesta post operada de Histerectomía Total Abdominal post parto por haber presentado atonía uterina en e puerperio inmediato encontrándose en el servicio de Ginecología procedente del área de recuperación; con palidez de tegumentos, hipertermia, estado de hidratación deficiente, a la exploración física se observa cabeza sin alteración, mamas turgentes sin salida de calostro, abdomen blando depresible, con herida quirúrgica, limpia y sin datos de infección, ni sangrado genitales externos sin alteración con sangrado transvaginal hemático en cantidad moderada, extremidades superiores normales, extremidades inferiores con edema+, resto sin datos de importancia.

Percusión: Reflejos osteotendinosos normales

Auscultación: Ruidos cardiacos presentes rítmicos, ruidos peristálticos presentes sin alteración

Participación del Paciente y la Familia en el Diagnóstico y Rehabilitación:

Cuenta con el apoyo de su esposo y de ambas familias

Problema o Padecimiento Actual.

Signos y síntomas: Refiere molestias propias de la operación, como son dolor en la herida, molestias para la deambulación, limitación para realizar sus actividades personales, se refiere cansada y preocupada por su estado y el de su bebé. Se investiga del estado de salud del bebe y se acompaña a la visita

Exámenes De Laboratorio.

Gabinete y/o laboratorio	Cifras Normales	Cifras del paciente	Observaciones
hemoglobina	12-16	8.5mg/dl	baja
hematocrito	37-47	30 mg/dl	bajo
eritrocitos	4.3-5.2	4.1	normal
Glucosa	85 a 90mg/dl	82	normal

## 5.2 VALORACIÓN CLÍNICA DE ENFERMERÍA

### 1.- Datos de identificación.

Nombre: G.G.M.Y. Estudio: sexto año de primaria

Domicilio: Barrio el Río S/N localidad Magdalena Chichicaspa Huisquilucan Edo. De México.

Edad: 38 años Sexo: Femenino Nacionalidad: Mexicana

Fecha De Nacimiento: 18-07- 1971 Ocupación: hogar

Religión: Católica Lugar de origen: Estado de México

Estado civil: Casada Familiar responsable: V.C. V.(esposo)

### 2.-Perfil del paciente.

Ambiente Físico.

Casa. Propia No. De Habitaciones: 2 Animales domésticos:  
Perros

Tipo de construcción: material resistente, tabique con losa

Características físicas (ventilación iluminación etc.): Buena iluminación y ventilación

Servicios Sanitarios. Agua. intradomiciliaria Eliminación De Desechos  
Drenaje: Si

Control de basura: Camión recolector de lunes, miércoles y viernes

Vías de Comunicación: Pavimentación, colectivos, teléfono, carretera, Metro, Camiones, Taxi

Recursos para la Salud.: Centro De Salud

Hábitos Higiénico-Dietéticos.

Aseo Baño (tipo y frecuencia): diario en regadera Manos: varias veces al día con

agua y jabón

Bucal (frecuencia): 2-3 veces al día

Cambio de Ropa Personal (total, parcial y frecuencia): Interior y exterior diario

Alimentación

Tipo de alimento	# de veces x semana	Tipo de alimento	# de veces x semana	Tipo de alimento	# de veces x semana
Carne	3	Tortillas	5-6 al día	Leguminosas	3-4
Verduras	diario	Pan	2-3 al día	Leche de la conasupo	7
Fruta	dfiario	Agua	1 litro al día	Huevo	3-4
Frijol, lenteja, haba pasta	7				

Eliminación.

Horario y características Intestinal: Una vez por día

Vesical: muy frecuente

(10 veces al día)

Descanso

Tipo y Frecuencia: durante el día toma una siesta de una hora Sueño (Horario y

Características): 8 horas de forma irregular, sobretodo en la última etapa del

embarazo.

Diversión y/o Deporte: No realiza ningún deporte, sale con su esposo al parque , no

realiza ningún tipo de manualidad.

Trabajo y/o estudio: No trabaja ni estudia solo se dedica a su hogar Otros: no

Composición Familiar.

Parentesco	Edad	Ocupación	Participación Económica
Paciente (esposa)	38 años	hogar	No contribuye económicamente
Esposo	42 años	Chofer de microbús	Aporta el 100% de los gastos

Dinámica Familiar: Existe unión familiar, cuenta con apoyo de la familia de ella y de su esposo.

Comportamiento (conducta cotidiana): Tranquilo Cooperador

3.- Antecedentes Personales:

No Patológicos.

Grupo y Rh: O positivo

Tabaquismo No Alcoholismo No Fármaco-Dependencia NO

Patológicos no

Diabetes No Sífilis No Epilepsia No Sida No HTA No

Malformaciones congénitas No

Cardiopatías No Consanguinidad No Nefropatías No Retraso

Mental No

Enf. Infecto-Contagiosas: No Trastornos-Psiquiátricos No

Toxoplasmosis No Neuropatías No

Antecedentes Quirúrgicos No

Antecedentes transfusionales No

Antecedentes Traumáticos No

Otros: no

Observaciones: Madre con diabetes mellitus

#### 4. Interrogatorio Por Aparatos y Sistemas.

Cardiorrespiratorio:

Palpitaciones      Lipotimias      Disnea Tos      Acufenos      Edema

Dolor Torácico      Disfonías      Fosfenos      Ruidos Cardiacos      Cianosis

Expectoración

Negados

Digestivo:

Vómito      Meteorismo      diarrea

Disminución del Apetito      Nauseas      Distensión      Hematemesis

Melena      Pirosis      Dolor Abdominal      Regurgitaciones

Negados

Ruidos peristálticos: Disminuidos

Prurito anal      Constipación      Pujo      Tenesmo

Disfagia Negados

Observaciones: Presenta dificultad para la evacuación intestinal

Genito urinario.

Dolor    Disuria    Tenesmo    Hematuria    Piuria    Poliuria

Escurrimiento uretral    Dismenorrea    Prurito    Leucorrea

Negados

Características: Durante el último trimestre del embarazo presento flujo blanco en poca cantidad y salida espontánea de orina al realizar esfuerzo Patología Mamaria

SI \_\_\_\_\_ NO

Glándulas Mamarias: Al momento de la exploración turgentes sin lactopoyesis

Nervioso.

Cefalea    Temblores    Depresión    Ansiedad    Aislamiento

Insomnio    Falta de memoria    Inconciencia    Anisocoria

Midriasis    Miosis

Negados

Observaciones: sistema nervioso sin alteración, solo refiere preocupación por el estado de salud de su bebé, ya que se encuentra en cunero y no le han proporcionado informes del estado de salud de este.

Músculo-Esquelético.

Deformidades: Óseas, musculares o Articulares: no

Mialgias    Artralgias    Varices    Crepitación    ROTS

Polidipsia      Polifagia      Pérdida de Peso      Galactorrea

Sudoración      Aumento de peso      Hipertricosis      Hipertiroidismo

Hipotiroidismo Negados

Observaciones: Aumento de peso por el proceso de la gestación

Piel y Anexos.

Hiper Pigmentación      Apigmentación      Acné      Alergias

Dermatosis      Heridas      Edema      Prurito      Otorrea

Hipoacusia      Dolor      Rinorrea      Trastornos del Olfato

Conjuntivitis      Epistaxis Negados

Observaciones: aumento en la pigmentación de cara, pezones y línea alba, debido a cambios propios de la gestación.

Comprensión acerca de su padecimiento o problema: La paciente comprende perfectamente que su estado de salud es delicado, y que corre el riesgo de presentar alguna complicación, por lo cual se muestra cooperadora y participativa en sus cuidados y tratamiento

5. Antecedentes Gineco-Obstétricos.

Menarca: 12 años Años

Ciclos: cada 28-30 días Duración: 5 Días

Dismenorreica: si      Incapacítate: No

Método de Control Prenatal Si      Tipo de Control: DIU

Periodo de utilización Del 03 Al 08 Papanicolaou No

Fecha: \_\_\_\_\_

SDG: 40 Gesta: 1 Para: 0 Abortos: 0 Cesáreas: 0 Partos: 0

Período Ínter genésico:

Vigilancia Prenatal Si

Compañeros Sexuales: 1

Circuncindado: si

Historia de Embarazos Previos: no

Evolución del Embarazo:

Complicaciones en embarazos previos No Preclampsia No

Embarazo Ectópico: No Embarazo Molar No

Parto Prematuro No Malformaciones Del Producto No

Muerte Neonatal No Óbito No

Infección Genital No Infección de Vías Urinarias No

6. Exploración Física.

Peso antes del Embarazo: 63kg Peso Actual : 72 100 kg Ideal

Sobre Peso De \_\_\_\_\_ Kgrs Estatura: 1, 53 c m Pulso: 100 por minuto

Tensión Arterial: 90/60 Temperatura: 37.5 grados Respiración: 30 por minuto

8. Problemas Detectados. (De Mayor a Menor Importancia)

Debilidad y fatiga, secundaria a pérdida de volumen sanguíneo durante el proceso quirúrgico.

Riesgo de infección, debido a la RPM y a la hemorragia.

Presencia de herida quirúrgica.

Angustia y preocupación por el estado de salud de su bebé y de ella misma, además de que su otro niño se encuentra encargado.

#### DATOS DE VALORACIÓN

Paciente que se observa con palidez de tegumentos, instalada en la unidad en el área de ginecología mucosas orales mal hidratadas, pálida, inquieta pero consiente, con facies de angustia los campos pulmonares se encuentran limpios , mamas blandas y sin lactopoyesis los informes de laboratorio nos indican un hematocrito de 25 y una hemoglobina de 12mg/dl , abdomen doloroso a la palpación manifestándose quejumbrosa, herida quirúrgica cubierta con apósito , los signos vitales se encuentran estables con Fc de 80x Fr 20 temperatura de 36.5 y tensión arterial de 110/60 uresis presente aun sin presencia de evacuación sangrado trans vaginal escaso no fétido y , lechos inguinales pálidos.

### 5.3 JERAQUIZACION DE NECESIDADES

NECESIDAD	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
Oxigenación	Riesgo de función respiratoria ineficaz, relacionada con inmovilidad secundaria a estado postanestésico y dolor posquirúrgico.
Termorregulación	Riesgo de Termorregulación ineficaz relacionada con proceso quirúrgico sangrado y estado posanestésico.
Nutrición e Hidratación	Riesgo de alteración en la nutrición por defecto relacionando con el aumento de las necesidades proteicas y vitamínicas para la curación de las heridas y por disminución de la ingesta relacionado con acto quirúrgico, náuseas, y restricción dietética.
Evitar Peligros	Riesgo accidente relacionado con proceso quirúrgico. Riesgo de infecciones relacionado con la presencia de herida secundaria a acto quirúrgico.
Higiene y Protección de la Piel	Déficit de autocuidado relacionada con proceso quirúrgico, manifestado por hábitos higiénicos nulos.
Moverse y Mantener Buena Postura	Intolerancia a la actividad relacionada con procedimiento quirúrgico, dolor, y debilidad muscular. Dolor agudo relacionado con la interrupción quirúrgica de las estructuras corporales, el flato y la movilidad.
Comunicación	Riesgo de alteración en la comunicación verbal, relacionado con ansiedad y falta de intimidad
Eliminación	Riesgo de diuresis dolorosa y/o nula relacionada con proceso quirúrgico abdominal. Riesgo de estreñimiento relacionado con la disminución del peristaltismo secundario a inmovilidad y efectos pos anestésicos.
Sueño y descanso	Alteración del patrón de sueño relacionado con dolor y ansiedad, manifestado por somnolencia, cansancio y tensión
Aprendizaje.	Riesgo de manejo ineficaz del régimen terapéutico relacionado con falta de conocimiento suficiente sobre el cuidado de la herida quirúrgica, dieta, medicación prescrita, signos de complicación y necesidad de seguimiento y vigilancia.

## 5.4 PLAN DE CUIDADOS.

### NECESIDAD OXIGENACION.

#### **DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.**

Riesgo de función respiratoria ineficaz, relacionada con inmovilidad secundaria a estado postanestésico y dolor posquirúrgico.

**OBJETIVO:** La paciente presentará campos pulmonares despejados y bien ventilados.

Prevenir y detectar datos de hemorragia.

#### **INTERVENCIONES DE ENFERMERIA**

- o Aplicación de oxígeno por puntas nasales o mascarilla
- o Valoración de la frecuencia cardiaca, respiratoria y tensión arterial .
- o Valorar las características del sangrado transvaginal.
- o Mantener una vena permeable con soluciones
- o Aplicar oxitocina 5 u. en la solución de base.
- o Aplicar una ampulla de Ergonovina I.M.
- o Vigilar la presencia de palidez en piel y tegumentos
- o Toma de muestras para laboratorio B.H., Tiempos de Coagulación, tipo y R.H.

#### **FUNDAMENTACION DE LAS INTERVENCIONES:**

En el postoperatorio, la disminución de la actividad sensorial y la hipoventilación contribuyen al aumento del riesgo de aspiración.

El parto y las cirugías de abdomen en la realización de la Histerectomía, provocan un sangrado en la paciente que repercute en la oxigenación.

Cada una de las células del organismo necesita oxígeno y nutrientes para el mantenimiento de la vida y su función normal, los fenómenos químicos del metabolismo se efectúan dentro de las células por lo tanto, deben estar dotadas de oxígeno y alimento, por eso se dice que la respiración es una función metabólica.

La respiración es un proceso mediante el cual se inspira y expira aire de los pulmones para introducir oxígeno y eliminar Dióxido de Carbono, agua y otros productos de oxidación. El aire contiene 21% de Oxígeno, la falta de oxígeno produce aprensión y ansiedad al paciente.

Los factores que influyen en la respiración son: edad, sexo, digestión, emociones, trabajo, descanso, enfermedad, medicamentos, calor, frío, fiebre, dolor, hemorragias, choque etc.

Proporcionar oxígeno complementario ya que cada una de las células necesita oxígeno y nutrientes para el mantenimiento de la vida, por que los fenómenos químicos del metabolismo se efectúan dentro de la célula por eso tienen que estar dotados de oxígeno y alimento de hay que se dice que la respiración es una función metabólica. La respiración es un proceso del cual se inspira e inspira aire de los pulmones para introducir oxígeno y eliminar dióxido de carbono agua y otros productos de oxidación.

Frecuencia cardiaca

Las paredes de las arterias son elásticas ya que se contraen o expanden a medida que aumenta el volumen de sangre que pasa por ella. El corazón bombea aproximadamente cuatro litros de sangre por minuto, los factores que modifican el pulso son: edad, sexo, ejercicio, alimentación, postura aspectos emocionales, los cambios de temperatura corporal, tensión arterial. Si existe taquicardia, puede ser porque exista dolor

Tensión Arterial o Presión Sanguínea

La Presión Sistólica: presión máxima ejercida por la sangre contra las paredes arteriales a medida que se contrae el ventrículo izquierdo e impulsa la sangre hacia la aorta.

La Presión Diastólica: cuando el corazón se encuentra en fase de reposo, inmediatamente antes de la contracción del ventrículo izquierdo.

Presión diferencial del pulso: es la diferencia entre las presiones Sistólica y Diastólica y representa el volumen que sale del ventrículo izquierdo. la presión del pulso indica el tono de las paredes arteriales y es importante en diagnóstico y tratamiento.

Al disminuir la tensión Arterial se reduce el flujo sanguíneo renal y filtraciones glomerular:

La presión sanguínea aumenta de acuerdo al trabajo cardiaco, posición (Mayor al estar de pie que en la sedente y mayor en esta, que en la decúbito) y ejercicio.

En la tensión arterial se puede encontrar o disminuida (pérdida de sangre por hemorragia) o aumentada (eclampsia).

La presión arterial, se eleva como consecuencia de la pérdida de los vasos placentarios, puede darse también la situación de hipotensión ortostática debido al

desplazamiento de líquidos y al descenso de la presión intraabdominal. Normalmente se presenta bradicardia fisiológica. Los factores de coagulación han ido aumentando durante el embarazo, van a ir normalizándose, pero el fibrinógeno y la tromboplastina se mantienen elevados hasta la tercera semana.

#### **EVALUACION:**

La paciente presenta ruidos respiratorios normales, rítmicos y los campos pulmonares se auscultan limpios, no hay datos de hemorragia.

#### **NECESIDAD DE TERMOREGULACIÓN**

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:** Riesgo de Termorregulación ineficaz relacionada con proceso quirúrgico estado posanestésico y sangrado.

**OBJETIVO:** Mantener la temperatura corporal dentro de los parámetros normales.

#### **INTERVENCIONES DE ENFERMERIA**

- 1.- Tomar y valorar la temperatura corporal
- 2.- Realizar en control térmico por medios físicos en caso de hipertermia
- 3.- Aplicar calor con lámpara en caso de hipotermia

#### **FUNDAMENTACION DE LAS INTERVENCIONES.:**

La principal complicación son las infecciones puerperales.

Elevación de la temperatura a 38° o más que se presenta durante al menos 48 horas dentro de los primeros 10 días del puerperio, excluyendo las primeras 24 horas. (Tener en cuenta que es normal una elevación de T° el primer día por el proceso de la lactancia).

La infección se produce a partir de gérmenes en la vagina y el intestino que pasan hacia el interior del útero. El revestimiento del útero (la zona de implante de la placenta). Es una zona muy sensible para que aparezca esa infección.

Aparece elevada temperatura, el útero se encuentra su involucionado muchas veces, los loquios son abundantes, espesos y con olor fétido, excepto en la infección por estreptococo hemolítico que suelen ser escasos y sin olor. La infección comienza siendo una endometritis, pero puede pasar a afectar las siguientes capas uterinas. Una infección que tarda en diagnosticarse también puede afectar a las trompas (salpingitis) y ovarios (ooforitis). Si afecta a todos los órganos pélvicos es enfermedad

inflamatoria pélvica o pelviperonitis. Si se transmite la infección por vía sanguínea puede provocarse septicemia pero esto no es muy común

La temperatura al tercer o cuarto día experimenta una elevación por aumento del metabolismo mamario "bajada de la leche" este aumento no debe durar más de 24 hs., con disociación axilorectal a predominio de la axilar y debe descartarse otro foco infeccioso.

### **EVALUACIÓN:**

La temperatura de la paciente se encuentra dentro los parámetros normales, lo que nos indica regulación hídrica adecuada y libre de datos de infección.

### **NECESIDADES DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN**

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:** Riesgo de alteración en la nutrición por defecto relacionado con el aumento de las necesidades proteicas y vitamínicas para la curación de las heridas y por disminución de la ingesta relacionado con acto quirúrgico, náuseas, y restricción dietética.

**OBJETIVO:** Mantener Una adecuado nivel de hidratación y satisfacer una de las necesidades primarias que es la alimentación y nutrición adecuada.

### **INTERVENCIONES DE ENFERMERIA**

- o Mantener a la paciente en ayuno por 12 horas
- o Instalar de una venopunción para instalar catéter periférico
- o Administrar las soluciones indicadas en tiempo y cantidad, soluciones glucosada al 5%, de 1000ml p/8hrs
- o Iniciar la tolerancia oral con dieta liquida vigilar la tolerancia a la vía oral
- o si hay presencia de nauseas y vomito
- o Vigilar que la dieta sea la preescrita por el médico
- o Proporcionar un ambiente agradable durante su alimentación
- o asistir al paciente durante la ingesta de su alimentación
- o valorar el estado de hidratación del paciente en piel y mucosas.
- o proporcionar líquidos orales.
- o Realizar la medición de los líquidos que ingresaron al organismo para el control de líquidos
- o Vigilar la presencia de la lactopoyesis.

### **FUNDAMENTACION DE LAS INTERVENCIONES:**

Aumento de la sensación de sed, debido a la redistribución, pérdida y restricción de líquidos. En dos semanas el tono y la motilidad gastrointestinal se recuperan. Es frecuente que la evacuación intestinal se restablezca a los 2-3 días una dieta liviana con alimentos que ayuden a la evacuación intestinal

La nutrición es la introducción de elementos al organismo para su crecimiento y desarrollo el equilibrio de electrolitos y agua permiten su adecuado funcionamiento al organismo.

La nutrición es la introducción de elementos al organismo para su crecimiento y desarrollo, el equilibrio de electrolitos y agua permiten su adecuado funcionamiento.

Ayuno posoperatorio

- o **MAMOGÉNESIS:** se conoce con este nombre a la fase de desarrollo mamario. Comienza en el embrión pero la etapa de la vida donde se produce un aumento más notable es en la pubertad (telaquia). Su máximo desarrollo se produce durante el embarazo.
- o **LACTOGÉNESIS:** comienzo de la producción de la leche materna durante el puerperio. Esta regulada por una serie de factores:
  - a) Factores Endocrinos:
    - Hormonas (TH o prolactina)
    - Estrógenos (función inhibidora)
  - b) Factores Neurológicos:
    - Reflejo de succión del recién nacido (importante).
- o **LACTOPOYESIS:** fase en la cual la mujer mantiene su capacidad de producir leche. También esta regulada por varios factores:
  - a) Factores Hormonales:
    - H. del crecimiento.
    - Corticoides
    - H. tiroideas.
  - b) Factores Neurológicos:
    - Reflejo de succión y vaciamiento de mama.

- o EYECCIÓN LACTEA: salida de la leche al exterior. Es caso de no salida puede deberse a la obstrucción de los conductos. Intentar solucionar para así evitar lactancia artificial.

En los pacientes programados para cirugía es importante que el ayuno se lleve a cabo ya que existe riesgo que una vez estando en quirófano y durante la intervenciones regrese el contenido gástrico y pase a la vía aérea provocando broncoaspiración de allí que es importante el ayuno indicado para esta situación.

Los pacientes postquirúrgicos están en ayuno aproximadamente 12 horas, dependiendo del tipo de cirugía realizada.

De acuerdo a la edad y condiciones del paciente, la asistencia en su alimentación es importante ya que se le brinda la alimentación y la ayuda necesaria, que en condiciones en las que el paciente no puede llevarse los alimentos por si solo la ayuda de enfermería es importante le brinda al paciente confianza bienestar, armonía y los nutrientes especiales que le ayudan a su recuperación

La comodidad corporal, la temperatura ideal de los alimentos ,así como mantener su unidad limpia y confortable, ofrecerle a que tome sus alimentos ya que favorece a su recuperación crea un ambiente agradable, mostrarle que nos interesa que tome sus alimentos para su bienestar del mismo.

La observación es importante en las mucosas orales, pues mucosas secas indica falta de líquidos, la turgencia de la piel nos muestra signos de des hidratación considerando que en el organismo la cantidad de líquido es 70% de su superficie corporal.

La vía oral es en primera instancia la manera de hidratar, cuando la situación del individuo lo permite, ofrecer electrolitos a tolerancia, reponer las pérdidas de sustancias vitales, como los electrolitos y así mantener el balance hídrico en relación a la falta de peso y edad del paciente.

Realizar anotaciones correspondientes de la cantidad de ingreso de líquidos en la vía oral y parenteral, llevando la suma de los ingresos, para poder realizar en 24 horas y sacar el balance de ingresos y egresos así como pérdidas insensibles.

El agua es el mayor componente del organismo en el adulto medio, la cantidad de agua orgánica supone el 60% del peso corporal; en el anciano debido a cambios que

se producen en los tejidos orgánicos el líquido total disminuye al 45-50% del peso corporal, al ser el porcentaje de líquidos en el peso corporal mucho menor, la probabilidad de desequilibrios son mayores existen variaciones de los líquidos en una persona a otra que dependen de edad, sexo, cantidad de grasa corporal, las células adiposas contienen menos líquido que las que forman los tejidos magros.

Los líquidos orgánicos se encuentran en dos componentes principales: la mayor parte del líquido orgánico se encuentra en el interior de la célula llamado líquido intracelular, el 40% del peso corporal en el adulto, corresponde a este.

El líquido extracelular es el que se encuentra fuera de la célula y se distribuye en dos localizaciones, una parte del mismo se encuentra en el interior de los vasos sanguíneos y recibe el nombre de líquido intravascular supone el 5% del peso corporal.

El espacio intersticial, es el que se encuentra fuera de las células y entre estas y los vasos sanguíneos y representa hasta en 15% del peso corporal en el adulto medio.

El líquido extracelular está formado por el líquido intersticial, el líquido intravascular, el líquido cefalorraquídeo, los líquidos del aparato digestivo y de los espacios potenciales.

El líquido extracelular está en constante movimiento por todo el organismo. Los compartimientos líquidos están separados por membranas semipermeables, dado que los líquidos exteriores a las células (intravascular e intersticial) están en continuo movimiento a través de las paredes capilares. El líquido extracelular aporta a las células los elementos nutritivos y demás sustancias necesarias para su funcionamiento, los líquidos orgánicos constan de agua y sustancias disueltas, cuando una sustancia se disuelve en una solución y alguna de sus moléculas se separa (disocia) en átomos con carga eléctrica llamados iones esta sustancia recibe el nombre de electrolito. Siempre que un electrolito salga de una célula otro debe ocupar su lugar. El número de cationes y aniones ha de ser el mismo para que se mantenga la homeostasis de cada compartimiento líquido (intracelular, intersticial e intravascular) el líquido en cada uno de estos compartimientos contiene una composición específica de electrolitos que deben estar en el comportamiento adecuado y en la cantidad justa.

Cuando las soluciones en ambos lados de una membrana de permeabilidad selectiva han establecido un equilibrio o son iguales en concentración, se dice que son isotónicas (ISO) significa igual.

La unidad de medida de la presión osmótica es una unidad demasiado grande para que se pueda utilizar de forma satisfactoria para expresar la actividad osmótica del organismo la osmolaridad indica el número de partículas osmóticamente activas que existen por kilogramo de agua.

Las soluciones para vía parenteral las hay:

Isotónica o solución salina 0.09% y glucosada al 5% son isotónicas con las células humanas por lo que producen muy poca osmosis.

Una solución que contiene una concentración menor de sal es hipotónica con respecto a esta última significa, que tiene menos sal o más agua que una solución isotónica, si una solución hipotónica se introduce en el torrente sanguíneo, los hematíes captan agua hacia su interior, lo que hace que se hinchen y que si la situación no cambia también por estallar en su intento de restablecer el equilibrio.

Una solución que tenga mayor concentración de solutos que otra es hipertónica

Ejemplo de Cloruro sodico al 3% si se introduce una solución hipertónica en el torrente sanguíneo el agua sale de las células hacia la solución hipertónica. A medida que las células pierden líquido, se arrugan como ciruelas pasa o se hacen especuladas.

La administración de soluciones isotónicas, hipotónicas hipertónicas o al 45% se administran en base a resultados de laboratorio de cada paciente y a consideración de que las soluciones isotónicas manejan la misma osmolaridad que el organismo y se pueden manejar para mantener vena permeable para administración de medicamentos considerando al paciente que tiene padecimientos renales, cardiacos, su control de ingresos por la vía parenteral y en general.

Los efectos de la anestesia en la madre

La observación es importante en las mucosas orales, pues mucosas secas indica falta de líquidos, la turgencia de la piel nos muestra signos de deshidratación considerando que en el organismo la cantidad de líquido es 70% de su superficie corporal.

Después del parto es necesaria la ingesta de agua que disminuya la deshidratación y forme leche

La vía oral es en primera instancia la manera de hidratar, cuando la situación del individuo lo permite, ofrecer electrolitos a tolerancia, reponer las pérdidas de sustancias vitales, como los electrolitos y así mantener el balance hídrico en relación a la falta de peso y edad del paciente.

El líquido extracelular aporta a las células los elementos nutritivos y demás sustancias necesarias para su funcionamiento, los líquidos orgánicos consta de agua y sustancias disueltas, cuando una sustancia se disuelve en una solución y alguna de sus moléculas se separa (disocia) en átomos con carga eléctrica llamados iones estas

sustancia recibe el nombre electrolito. Siempre que un electrolito salga de una célula otro debe de ocupar su lugar.

Las células adiposas contienen menos líquido que las forman los tejidos magros El agua es el mayor componente del organismo en el adulto medio, la cantidad de agua orgánica supone el 60% del peso corporal; en el anciano debido a cambios que se producen en los tejidos orgánicos el líquido total disminuye al 45-50% del peso corporal, al ser el porcentaje del líquidos en el peso corporal mucho menor, la probabilidad de desequilibrios son mayores existen variaciones de los líquidos e una persona a otra que dependen de edad, sexo, cantidad de grasa corporal, las.

Los líquidos orgánicos se encuentran en dos componentes principales: la mayor parte del líquido orgánico se encuentra en el interior de la célula llamado líquido intracelular, el 40% del peso corporal en el adulto

#### **EVALUACIÓN:**

Se logra un adecuado nivel de hidratación y se satisface la necesidad de comer de la paciente.

#### **NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.**

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:** Riesgo accidente relacionado con proceso quirúrgico.

Riesgo de infecciones relacionado con la presencia de herida secundaria a acto quirúrgico.

**OBJETIVO:** Disminuir al máximo los riesgos de accidentes.

Evitar infección a cualquier nivel.

#### **INTERVENCIONES DE ENFERMERIA**

- Valoración del nivel de conciencia.
- Aplicar medidas universales.
- Deambulación asistida.
- Ministración de antibióticos como ceftriaxona.
- Vigilar constantes vitales
- Vigilar signos y síntomas de infección local (tumor, calor, rubor y dolor.)
- Aplicación de protocolo de catéteres.

## **FUNDAMENTACION DE LAS INTERVENCIONES.**

Todo proceso quirúrgico que conlleva anestesia presenta riesgos en la alteración de conciencia a corto plazo y no es duradera.

Toda herida quirúrgica presenta riesgo de infectarse debido a la exposición de los tejidos al ambiente externo, mala higiene, permanencia de humedad en herida.

Los accidentes resultan un grave problema social económico y de salud, son causas de un porcentaje de pérdidas humanas, de validez y de la disminución de las horas de trabajo.

Aplicar la mecánica corporal en todas las actividades que se realice

Disciplina que trata del funcionamiento correcto y armónico del aparato musculoesquelético en coordinación con el sistema nervioso, estriba fundamentalmente en la postura, posición, movilización y traslado con la finalidad de evitar lesiones corporales por una mala técnica aplicada.

Medicamentos, antibióticos, signos vitales hipotermia

## **EVALUACION:**

La paciente no sufre accidentes durante su hospitalización.

La herida se encuentra limpia y sin datos de infección.

Hay deambulacion al inicio asistida, al segundo y tercer dia es espontánea y sin necesidad de ayuda.

## **NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.**

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:** Déficit de autocuidado relacionada con proceso quirúrgico, manifestado por hábitos higiénicos nulos.

**OBJETIVO:** Mantener un adecuado estado de higiene personal, fomentando el autocuidado

## **INTERVENCIONES DE ENFERMERIA**

Cuidados de herida quirúrgica:

- vigilar cambios de coloración
- vendaje abdominal compresivo
- curación

Tendido de cama

Proporciona al paciente, comodidad y bienestar durante su estancia en el hospital el aseo y cambio de ropa diaria.

Cambio de ropa hospitalaria

Cambio de su bata, la ropa limpia previene la proliferación de microorganismo, ayuda a nivel psicológico el sentirse atendido por el cambio de ropa

La higiene corporal es una de las formas mas sencillas de concertar la salud física Y proporcionar bienestar. Es conveniente que consideremos nuestro organismo como un delicado mecanismo de precisión, que se debe conservar con el máximo Cuidado, para que responda plenamente a nuestros requerimientos.

En la práctica de la higiene se establece que esta basada en los principios de la asepsia médica y quirúrgica.

### **INTERVENCIONES DE ENFERMERIA**

Realizar tendido de cama, abierta, cerrada, quirúrgica.

Proporcionar cambio de ropa hospitalaria

Proporcionar el aseo parcial del paciente lavado de manos, aseo bucal, baño de esponja

Valorar la coloración de piel y mucosas

Vigilar la presencia de flebitis en los miembros inferiores.

Realizar curaciones en las, heridas quirúrgicas en cesare o episiotomía

Revisión de la piel: temperatura, textura, turgencia y pigmentación, sensibilidad al dolor de las mamas

### **FUNDAMENTACION DE LAS INTERVENCIONES:**

Aconsejar la ducha. La higiene se puede realizar perfectamente después de parir. La mujer se suele sentir incómoda y les suele apetecer ducharse. Si sus constantes vitales se lo permiten, se pueden duchar, pero acompañadas de alguien. Si hay episiotomía, en alguna ocasión se les dice que esperen de 3 a 4 días (para que cicatrice mejor), pero realmente las duchas no intervienen en la cicatrización. Lo que si está contraindicado son los baños al igual que las irrigaciones vaginales, por posible infección. (Maceración de la herida). Si la mujer no tiene episiotomía no pasa nada a las 4 semanas

Piel y mucosas: se buscará todos los signos relacionados con la anemia.

Miembros inferiores: se evaluará la presencia de edemas y varices, se buscarán signos asociados a trombosis venosa profunda.

se valora la herida del parto o episiotomía, la presencia de esgarros hemorroides, edemas, hematomas, presencia de varices en genitales externos.

Mantener la zona limpia y seca, si la zona está edematosa, utilizar hielo, pomada anestésica si dolor, no permanecer mucho tiempo de pie para disminuir la tensión de esa zona.

Mamas.

En las primeras 24-48 horas del puerperio, sufren pocos cambios, es a partir del 3-4 día, con la subida de la leche (ingurgitación mamaria) cuando se observan cambios más importantes: mamas duras, calientes, dolorosas, tumefactas, Tª elevada. Estas molestias se solucionan dando de mamar. Hay que ver si los pezones están en condiciones

### **EVALUACION:**

Se mantiene la higiene personal adecuada fomentándose el autocuidado.

La paciente logra el baño de regadera con ayuda mínima.

### **NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA**

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:** Intolerancia a la actividad relacionada con procedimiento quirúrgico, dolor, y debilidad muscular.

Dolor agudo relacionado con la interrupción quirúrgica de las estructuras corporales, el flato y la movilidad.

Riesgo de trombosis venosa profunda relacionado con la falta de movilidad y de ambulación, y a procedimiento quirúrgico.

**OBJETIVO:** Proporcionar seguridad en la movilización de la paciente, eliminando riesgo de accidente.

Disminuir el dolor al máximo de modo que permita la movilización.

### **INTERVENCIONES DE ENFEREMIA**

- Aplicar las diferentes posiciones y posturas al paciente encamado
- Proporcionar cambios de posición frecuentemente
- Mantener la cama con barandales
- Asistir en la deambulacion
- Ministración de analgésicos prescritos.
- Aplicación de medias o vendas elásticas.

## **FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES.**

Cada una de las actividades que realizamos durante la vida requiere de estados de equilibrio y movimientos del aparato músculo-esquelético en coordinación con el sistema nervioso los que se llevan a cabo con método científico, disminuye el gasto de energía y por consiguiente el cansancio.

La mecánica aplicada a los seres humanos se denomina mecánica corporal, disciplina que trata del funcionamiento correcto y armónico del aparato músculo-esquelético en coordinación con el Sistema Nervioso, la aplicación de la mecánica corporal estriba fundamentalmente en la postura, posición, movilización y traslado de un organismo

El corazón es el órgano que se encarga de bombear la sangre a todo el cuerpo, el ejercicio ayuda al corazón a mantenerse sano, pues hace que aumente la circulación coronaria y las fibras del miocardio se contraen con mayor fuerza. Además le ayuda a mantener al músculo esquelético en óptimas condiciones, para conservar la buena postura y la capacidad del movimiento mediante la práctica del ejercicio.

Ejercicio ayuda al corazón a mantenerse sano, pues hace que aumente la circulación coronaria y las fibras del miocardio se contraen con mayor fuerza. Además le ayuda a recuperar músculo esquelético en óptimas condiciones para conservar la buena postura y la capacidad de movimiento mediante la práctica del ejercicio

Las medias proporcionan una compresión uniforme para aumentar el retorno venoso por lo que disminuye el riesgo de trombosis.

Los ejercicios de piernas y la deambulación contraen los músculos de las piernas estimulando el bombeo venoso y reduce la estasis.

### **POSTURA Y POSICIÓN.**

**POSTURA:** es la alineación de segmentos orgánicos que se adoptan espontáneamente en forma correcta o incorrecta.

**POSICIÓN:** es la alineación de segmentos orgánicos, que se adecua en forma intencional con fines de comodidad, diagnóstico, o tratamiento y cumplen con los objetivos, las diferentes posiciones:

- Mantener el funcionamiento corporal en equilibrio del sistema circulatorio, junto con los aparatos músculo esqueléticos, respiratorio y urinario.
- Contribuir a la exploración física.
- Apoyar en la aplicación de los tratamientos necesarios.

- o Favorecer el estado de animo del individuo

La movilización en cama es importante, el realizar cambios de posición evitara que se formen ulceras por presión en las diferentes partes del cuerpo.

#### **EVALUACION:**

La paciente logra modificar sus posturas favoreciendo su estado de comodidad.

No hay datos de trombosis profunda

La paciente deambula lenta pero adecuadamente.

#### **NECESIDAD DE COMUNICARSE**

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:** Riesgo de alteración en la comunicación verbal, relacionado con ansiedad y falta de intimidad, manifestado por indiferencia y periodos de llanto.

**OBJETIVO:** Lograr que la paciente externe sus sentimientos y libere sus tensiones favoreciendo su tranquilidad.

#### **INTERVENCIONES DE ENFERMERIA:**

- o Hablarle al paciente por su nombre, claro, despacio y mirando directamente.
- o Crear empatía con el paciente
- o Informarle siempre de los procedimientos que le van a realizar
- o Proporcionarle individualidad, intimidad y permitirle llorar externando sus temores.

#### **FUNDAMENTACION DE LAS INTERVENCIONES:**

La comunicación es un proceso a través del cual, se transmiten y reciben ideas, emociones información entre personas y grupos de personas comprendiendo todos los mecanismo por medio de los cuales una persona se relaciona con otras personas.

Identificar al paciente por su nombre le proporciona seguridad y confianza al estarlo identificando.

Enfermería es importante que se presente con el paciente, así le proporciona confianza, ya que es quien le atiende y ponerse en el lugar del otro.

La comunicación es importante paciente-enfermera y la explicación de los procedimientos que se vayan a realizar en general, es importante siempre avisarle

incluso pedir su autorización diciéndole del beneficio que trae dicho procedimiento a realizarse.

### **NECESIDAD DE ELIMINACIÓN**

#### **DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:**

Riesgo de diuresis dolorosa y/o nula relacionada con proceso quirúrgico abdominal.  
Riesgo de estreñimiento relacionado con la disminución del peristaltismo secundario a inmovilidad y efectos post anestésicos.

**OBJETIVO:** Mantener la función renal adecuada. Lograr la peristalsis espontánea dentro de las primeras 48 horas así como la eliminación intestinal.

#### **INTERVENCIONES DE ENFERMERIA**

Controlar la aparición de signos y síntomas de de traumatismo en uréteres, vejiga y/o intestino.

Asistir al paciente en esta necesidad proporcionándole cómodo, respetando su individualidad.

Proporcionar un ambiente agradable en el servicio o sala.

Llevar control de código de evacuaciones.

Vigilar las características de presencia de sangre transvaginal

Observar y anotar las características de la orina en frecuencia, cantidad, color y olor

Administrar ablandadores de la materia fecal en caso necesario laxantes suaves.

#### **FUNDAMENTACION DE LAS INTERVENCIONES:**

Vigilar presencia de sangrado, moco, melena, cantidad y consistencia, es importante que nos dé síntomas, de trastornos de aparato digestivo es importante observar las características y registrarlas para poder realizar diagnósticos en combinación con estudios de laboratorio.

Para conservar su funcionamiento normal, el organismo debe desechar los residuos acumulados durante el catabolismo de los alimentos, así como los gases y otros elementos no utilizables, formados durante el proceso de la digestión.

La eliminación por el aparato urinario. En la orina se encuentra el agua y los desechos del metabolismo como urea y creatinina que el organismo no requiere y salen a través de la vejiga en la micción.

Vigilar las características de la orina en frecuencia y cantidad así como color u otras sustancias en la orina.

Los riñones son esenciales en la regulación del equilibrio hidroelectrolítico. Controlan la cantidad de líquidos y electrolitos del organismo en su conjunto. Los riñones eliminan el exceso de líquido orgánico incrementando la excreción urinaria o diuresis por otra parte si existe un déficit de líquidos, estos órganos ahorran agua, al reducir la excreción urinaria: los riñones no solo actúan de forma autónoma, sino que responden a otros mecanismos específicos de regulación, para mantener el equilibrio de los líquidos electrolitos.

Para conservar su funcionamiento normal, el organismo debe desechar los residuos Acumulados durante el catabolismo de los alimentos, así como los gases y otros elementos no utilizables, formados durante el proceso de la digestión . Al acto de evacuar del intestino se le denomina defecación y a los desechos eliminados de les llama heces fecales.

Es importante la eliminación de la vejiga en las horas siguientes al parto con el fin de prevenir la sobre distensión vesical que podría originar hemorragia, porque interfiera con la involución uterina.

Es frecuente que las primeras semanas, al orinar, refiera escozor, es normal., pero hay que valorarlo, la vejiga y la uretra vuelven a tomar su tono facilitando la micción, pero en ocasiones la hiperdistensión de la musculatura pelviana, las lesiones vesicales y la relajación vesical pos parto, pueden inhibir el reflejo de miccionar favoreciendo la retención urinaria, estos hechos desaparecen al final de este período.

. El estreñimiento es frecuente porque además de toda la relajación gastrointestinal durante el embarazo, hay restricción de líquidos en el parto, además de dolor y molestia. Cuanto se más tarde en ir al baño, más se agrava el estreñimiento y más probable es la aparición de hemorroides

La proximidad de órganos vecinos al sitio de cirugía los predispone a edema y posible traumatismo.

### **EVALUACIÓN.**

Gracias a la Ministración de soluciones a requerimiento mejora la eliminación renal. Aumenta los movimientos peristálticos, inicia la canalización de gases intestinales y la primera deposición formada dentro de las primeras 24 horas posteriores a la cirugía.

## **NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO**

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:** Alteración del patrón de sueño relacionado con dolor y ansiedad, manifestado por somnolencia, cansancio y tensión

**OBJETIVO:** Permitir un adecuado descanso que coadyuve en la pronta recuperación de la paciente.

### **INTERVENCIONES DE ENFERMERIA:**

- Aplicar medicamentos indicados para disminuir el dolor e inducir al sueño
- Favorecer un ambiente terapéutico agradable, en disminución de ruidos, luces altas, temperatura , y trato verbal durante el trabajo de parto y recuperación
- Vigilar las características del sueño y estado de conciencia.

### **FUNDAMENTACION DE LAS INTERVENCIONES:**

Todas las personas necesitan cubrir ciertos requerimientos de tiempo y condiciones favorables para satisfacer sus necesidades de dormir y descansar, lo cual es muy importante, para tener un funcionamiento óptimo para el organismo. El descanso físico comprende la ausencia de color y un ambiente de armonía que favorezca la relajación, el sueño ayuda a recuperar la energía perdida durante las actividades cotidianas y el trabajo físico y mental del día

Se denomina sedante al fármaco que calma la hiper reactividad nerviosa que se presenta posterior a la angustia.

En particular la acción de la sedación, es decir la inhibición de la hiper reactividad nerviosa, se origina por depresión del sistema reticular activador esta misma puede explicar la pérdida de la conciencia.

Sedantes e hipnóticos del grupo de los barbitúricos son fármacos del ácido barbitúrico, actúan de forma especial sobre la corteza cerebral. Inhibiendo sus funciones estos fármacos competitivos de los neurotransmisores normales e influyen en la claridad y agudeza del pensamiento interactúan con todas las funciones del sistema nervioso central.

Estos fármacos inducen el sueño si se administran a dosis suficientes, si el paciente esta listo para dormir basta dosis baja de sedantes, aunque varia con el estado fisiológico y psíquico del individuo situación ambiental en la que se administra con dosis mas grandes puede ser mas profundo el sueño.

Los sedantes e hipnóticos inducen al sueño calmando la ansiedad, pero son malos analgésicos no son efectivos para dolor postoperatorio.

Existen los analgésicos que se clasifican en dos grandes grupos analgésicos narcóticos y analgésicos no narcóticos o analgésicos antipiréticos. Tal clasificación obedece al origen de los fármacos y a los efectos negativos del grupo de los narcóticos sobre el sistema nervioso central puesto que inducen tolerancia, adicción y síndrome de abstinencia (opiáceos son derivados del opio).

Los analgésicos no narcóticos no producen estos efectos.

El calificativo antipirético indica que disminuye la fiebre.

Es importante que descansa a lo largo de la jornada, que la mujer tenga periodos de descanso y que se acueste y duerma. Echar siestas es importante (después de comer, a media mañana).

Los últimos días del embarazo la puérpera no ha dormido por situaciones físicas y de preocupación, así como por el trabajo de parto

El sueño es una forma de recuperar energía que se perdieron durante el parto

**EVALUACIÓN:** La paciente se muestra más tranquila al saber que su hijo se encuentra bien de salud, manifiesta disminución del dolor, y presenta periodos prolongados de sueño durante la noche y descanso durante el día.

#### **NECESIDAD DE APRENDIZAJE.**

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:** Riesgo de manejo ineficaz del régimen terapéutico relacionado con falta de conocimiento suficiente sobre el cuidado de la herida quirúrgica, dieta, medicación prescrita, signos de complicación y necesidad de seguimiento y vigilancia.

**OBJETIVO:** La paciente resolverá sus dudas con respecto a su tratamiento después del ata y llevará a cabo el régimen terapéutico adecuado.

#### **INTERVENCIONES DE ENFERMERIA**

Hablar de manera clara, concreta y con el lenguaje adecuado ara asegurar el entendimiento de la paciente, en busca de explicar todas y cada una de las medidas a tomar para su tratamiento.

Explicar y enseñar a la paciente al reconocimiento de signos de complicación

Explicar las limitaciones en las actividades y el porque de ello.

Preguntar y permitir que la paciente pregunte, así como responder de manera clara y concisa a sus preguntas.

#### **FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES.**

La comprensión de las expectativas de recuperación puede ayudar a la paciente y su familia a planificar estrategias para cumplir con el régimen de cuidados postoperatorios.

Los cuidados adecuados de la herida quirúrgica limitan los riesgos de infección.

La ambulación rápida y la actividad física puede ayudar a evitar o minimizar los cólicos, síntoma frecuente en Histerectomía

La retroalimentación permite evaluar el grado de comprensión de una enseñanza.

#### **EVALUACION.**

La paciente muestra signos de comprensión sobre sus cuidados y la importancia de estos.

## 5.5 PLAN DE ALTA.

Notificar signos de complicación

-Orientar sobre cuidados de la herida , lavar con agua y jabón en su baño diario secarla y cubrirla con un apósito.

Vigilar herida quirúrgica para detectar dolor inflamación enrojecimiento o tumefacción  
Fiebre si es mayor a 38 ° c

-Presencia de loquios rojo brillante o sangre oscura al 3 o 4 día posterior de la cesárea

-Dolor o sensibilidad al itero, las mamas las piernas exudado presente o olor fétido de la vaginal.

Mamas y pezones

Deben lavarse las manos antes de amamantar

Secar bien el pezón para evitar grietas y lubricarlo con su propia leche

Si aparecen molestias aplicar calor

Al término de mamar no retirar el pezón si el bebé esta succionando para evitar la presencia de grietas

Usar brasier par evitar la tensión de la piel y de los músculos del pecho

No debe usar ropa interior ajustada para no molestar la cicatriz

Indicar alimentación rica en fibra, proteínas con suficiente ingesta de líquidos

## **5. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.**

Entre las medidas más importantes para reducir la morbimortalidad por hemorragias obstétricas se encuentra la detección oportuna de algunas de las complicaciones que las originan durante la vigilancia prenatal, así como la oportunidad y eficacia de la asistencia obstétrica hospitalaria mediante la aplicación de criterios y procedimientos técnico médicos actualizados y uniformes para la atención. Frente a la presencia de hemorragias obstétricas son de igual importancia las medidas conducentes a restablecer el equilibrio hemodinámico, como las destinadas a suprimir las fuentes del sangrado. Debe evitarse la conducta expectante frente a las formas graves de hemorragia como la atonía uterina y remplazarla por tratamiento quirúrgico radical asegurando la mejor hemostasia posible.

Es indispensable la detección de necesidades de capacitación entre el personal que realiza la asistencia obstétrica y su satisfacción para reducir las hemorragias obstétricas que tienen su origen en la vigilancia o atención inadecuada del parto.

Elegí este caso dado que mi conocimiento en la materia es muy básico, sin embargo el estudio de estos dos semestres y la necesidad de aplicar lo aprendido me llevaron a hacerlo, a eso le agregare que el personal médico y de Enfermería me dieron campo abierto para aplicar mis conocimientos y la paciente se mostró muy cooperadora durante el interrogatorio y las intervenciones.

Al alta la paciente se mostró satisfecha por la atención, no presentó signos de complicaciones durante su estancia intrahospitalaria y demostró actitud cooperadora para llevar a cabo el plan de alta.

## 7.- BIBLIOGRAFIA .

1. AUKAMP Virginia, Planes de Cuidados en Enfermería Materno Infantil Edición 3, Editorial S DOYMA 2002
2. CARPENITO JUALL Lynda, Manual de Diagnósticos de enfermería, Editorial McGrawHill Interamericana, Novena edición 2000
3. CARPENITO. "Planes de Cuidados y Documentación en Enfermería". 1ª edición. Editorial Interamericana de España McGraw-Hill 2007.
4. DIAGNOSTICOS ENFERMEROS DEFINICIONES Y CLASIFICACIONES 2005 -2006 NANDA Internacional
5. DIDONA, N.A. y col Enfermería maternal Mc Graw Hill Interamericana 2000
6. R.D. LOCKHART, G.E. HAMILTON, E.W. Fyfe. Anatomía humana, editorial McgrawHill Interamericana 2003.
7. TORTORA AGNANOSTAKOS "Principios de Anatomía y Fisiología" 6ª edición. Editorial Harla México, D.F. 1993
8. URIBE R. Histerectomía obstétrica. Concepto e importancia. Ginec Obst Mex. 2004;64:23.
9. URIBE R, Reyes L, Zamora J. La histerectomía como recurso en la obstetricia actual. Ginec Obstet Mex. 2004;43:113-22.
10. VALDÉS O, López E. Histerectomía de urgencia. Rev Cubana Obstet Ginecol 1984;10:297-308.

## **8.ANEXOS**

## 8.1 ANATOMIA Y FISILOGIA DE APARATO REPRODUCTOR FEMENINO.

Los órganos reproductores femeninos se dividen en externos, internos y accesorios.

### **ORGANOS EXTERNOS:**

Los órganos externos es todo lo que observa en el exterior y consta de la vulva, del latín vulvos que significa cubierto, sus principales partes son: monte de Venus, labios mayores, labios menores, clítoris, meato uretral, vestíbulo, himen y perineo.

#### a) Monte de Venus:

Es una formación firme principalmente grasa y tejido fibroso que semeja a un cojín, se ubica exactamente por encima de la sínfisis púbica y se recubre de vello rizado, su función únicamente es protectora.

#### b) Labios mayores:

Son 2 pliegues longitudinales, prominentes de tejido adiposo, recubiertos por piel y vello, se ubican a lo largo a partir del monte de Venus hasta la parte anterior del cuerpo perineal, su longitud promedio es de 7.5 x 2.5 x 1.5cm, sin embargo antes y después de la procreación son de menor tamaño hasta en 1.5 a 2 cm.

#### c) Labios menores:

Son pliegues menores delgados recubiertos en su totalidad por una membrana delgada, se ubican entre los labios mayores, se extienden desde el clítoris hacia abajo y atrás a ambos lados del orificio vaginal, en su extremo superior se dividen en 2 ramas que al unirse con las del lado opuesto forman el prepucio que recubre al clítoris y en el extremo inferior el frenillo, en la unión inferior forman un pliegue de piel u horquilla que constituye el borde anterior del perineo.

#### d) Clítoris:

Es una proyección pequeña, constituida por un numero considerable de terminaciones nerviosas y vasos sanguíneos, recubierto de epidermis delgada,, se le considera el homólogo del pene, mide de 1.5 a 2cm y ½ centímetro en la parte Terminal que es

considerada el glande, se le considera el centro principal de las sensaciones durante la actividad sexual.

e) Meato urinario:

Se encuentra por debajo y atrás del clítoris y sirve como orificio de drenaje urinario.

f) Vestíbulo

Es una zona de forma almendrada, que se encuentra entre los labios menores y se extiende desde el clítoris hasta la horquilla en ella desembocan los orificios uretral, vaginal, glándulas de bartholin (son del tamaño de un guisante y se encargan de la lubricación del introito vaginal) y conductos de skene (también encargados de lubricación y se cree que se relacionan con la "eyaculación femenina durante el orgasmo, ya que se encuentran a los lados de la uretra).

g) Himen:

Se le considera la división entre los órganos internos y externos, es un recubrimiento delgado de mucosa ubicado en el orificio vaginal en ocasiones está incompleto o ausente y en otras forma un septo completo, al parecer su función es la de recubrir el introito vaginal y aunque los hay extremadamente frágiles también los hay resistentes y elásticos.

h) Perineo:

Consta de los músculos y la fascia del diafragma urogenital y se encuentra situado en forma transversal sobre el arco púbico, se extiende en forma de hamaca a través de este se conectan los músculos pubococcígeo y elevador del ano.

**ORGANOS INTERNOS:**

Los genitales internos están constituidos por: vagina, útero, trompas de Falopio y ovarios.

a) Vagina:

Es un canal recubierto por una membrana mucosa dilatable, se ubica entre la vejiga y el recto, mide entre 8 y 12cm en su extremo inferior desemboca en el introito vaginal y en su extremo superior se vuelve un punto ciego denominado fórnix sobre el que se proyecta la parte inferior del cérvix y en el que se acumula el semen tras el contacto sexual, sus funciones son : canal de parto, conducto excretorio del útero y órgano femenino de la copulación y tiene un pH de 4 a 5.

b) Útero:

Es un órgano muscular de paredes gruesas, hueco, su apariencia es similar a una pera, pesa aproximadamente 60gr., durante el embarazo puede llegar a pesar hasta 1kg y mide de 5.5 a 8cm de longitud, se ubica en la cavidad pélvica entre la vejiga y el recto.

Se divide en 3 partes: Cuerpo de forma más menos triangular y es dónde se aloja el feto. Cuello, es la base de la estabilidad uterina, se une a la pelvis mediante ligamentos hacia arriba el pubicervical, hacia atrás el uterosacro y lateral el transverso cervical, consta de 2 porciones una supra vaginal que se limita por el orificio interno y otra vaginal limitada por el orificio externo y sirve como barrera para el feto y conducto de parto, además de excreción uterina. Fondo, es la parte terminal hacia arriba que forma los cuernos y de los cuales resulta la unión con las trompas.

El útero consta de 3 capas: Endometrio, compuesto por epitelio cilíndrico que penetra en la submucosa, su grosor va de .05 a .5 cm dependiendo del ciclo menstrual. Miometrio, capa compuesta de músculo liso y constituye un 10% aproximadamente de las capas, su función durante el parto es la expulsión del producto. Serosa, es la cubierta peritoneal y guarda relación con los vasos sanguíneos, linfáticos y nervios. Es regado principalmente por las arterias uterinas nacientes de las arterias ilíacas de cada lado. Sus funciones principales son, es el órgano para la menstruación y sirve como órgano de anidación y nutrición fetal.

c) Trompas de Falopio:

Son estructuras tubulares que se extienden a ambos lados del útero, miden aproximadamente de 10 a 14 cm, se divide en 3 secciones: Istmo, es recto y angosto y consta de una pared muscular gruesa, su luz es de 2 a 3mm de diámetro. Ampula, es curva y contiene las 2 terceras partes externas de la trompa, es la parte donde ocurre la fertilización del oocito primario por el espermatozoide. Infundíbulo, tiene forma de

embudo y en su extremo Terminal posee múltiples proyecciones similares a dedos denominadas fimbrias que se encuentran muy cerca de los ovarios y su función es captar o recoger al óvulo maduro. Las trompas están constituidas por epitelio ciliado y secretorio, una capa muscular que tiene acción peristáltica y reciben su irrigación de las arterias ovárica y uterina.

#### d) Ovarios:

Son 2 órganos glandulares en forma de almendra ubicados en la parte superior de la cavidad pélvica a ambos lados del útero, están formados por 3 capas: Túnica albugínea, de función protectora. Corteza, contiene los óvulos, folículos de Graaf, cuerpo lúteo, cuerpo albicante y folículos degenerados. Médula contiene nervios, vasos sanguíneos y linfáticos, pesan de 6 a 19 gr y mide de 1.5 a 3cm de ancho y de 2 a 5cm de largo. Su principal función es la maduración, desarrollo y expulsión del óvulo y la formación de hormonas como estrógeno y progesterona, son irrigados principalmente por la arteria ovárica.

#### **ORGANOS ACCESORIOS:**

Los órganos accesorios son las mamas y se les considera como tal por la función que cumplen durante la procreación. Son glándulas sudoríparas modificadas especializadas se localizan en la aponeurosis superficial de la región pectoral en su parte Terminal se encuentra el pezón rodeado por las areolas pigmentadas que contienen las glándulas de Montgomery que durante la lactancia secretan un lubricante protector, están constituidas por alrededor de 20 lóbulos irregulares de tejido secretorio y adiposo y cada uno consta de un conducto lactífero que converge con los demás hacia la areola y el pezón, además cada uno contiene alveólos mamarios que son glándulas secretoras de leche, que se encuentran rodeados por células mioepiteliales que se contraen para exprimir la leche hacia el reservorio llamado ampolla o seno lactífero, y su principal función es la de la producción de la leche que alimentará al producto de la gestación.

#### **CICLO MENSTRUAL:**

La menstruación es el sangrado que corresponde al desprendimiento del endometrio engrosado (preparado para la anidación) que ocurre más o menos cada mes a partir de la menarquía (primera menstruación y hasta la menopausia (cese del ciclo

menstrual). Es un proceso que se inicia por la acción del hipotálamo mediado por las hormonas del lóbulo anterior de la hipófisis, el primer fenómeno es la secreción de un factor de liberación (RH) por el hipotálamo que actúa en la hipófisis para producir hormona foliculoestimulante (FSH), que ocasiona que los folículos primarios se desarrollen, mientras esto ocurre los ovarios producen y secretan estrógenos que tienen el efecto de estimular el crecimiento de los vasos sanguíneos y glándulas del endometrio, miometrio y conductos galactóforos, además de bloquear progresivamente la producción de FSH y ↑ la concentración de estrógeno durante el décimo al décimo cuarto día del ciclo, lo que ocasiona la liberación de hormona luteinizante (LH) proveniente del hipotálamo y que estimula la liberación del óvulo (ovulación), el óvulo pasa a través de las trompas en espera de la posible fecundación, el espacio antes ocupado por el óvulo se llena de sangre y tejido de granulación, las células granulosas se transforman después gracias a la FH en cuerpo amarillo (cuerpo lúteo) y producen la segunda hormona ovárica, la progesterona esta hace que el útero produzca elementos nutritivos principalmente glucógeno asegurando así casa y comida para el óvulo fecundado durante las primeras semanas de gestación, en las mamas estimula el sistema alveolar e inhibe la secreción de FSH y LH. A medida que inhibe el cuerpo amarillo ↓ la concentración de progesterona y las arteriolas espirales sufren espasmo, con lo que se inhibe el riego sanguíneo al endometrio que sufre isquemia y se desprende sobreviniendo así la menstruación. Una vez que ↓ la concentración estrógenos y progesterona el hipotálamo entra nuevamente en acción repitiéndose el ciclo.

## REPRODUCCIÓN.

Si tuviera lugar la fecundación y anidación, las vellosidades coriónicas que rodean al embrión liberan una hormona gonadotrópica (HCG) que actúa sobre las gónadas y conserva el cuerpo amarillo por lo tanto continua también la producción de estrógeno y progesterona lo que permite el desarrollo del embrión en el endometrio.

El embarazo normal dura 40 semanas, aproximadamente 9 meses, se divide en 3 trimestres cada uno de trece semanas aproximadamente y 3 fases: Preembrionaria, que abarca de la semana 1 a la 4 y en esta tras la fecundación el óvulo se llama cigoto que inicia una división en blastómeros que forman la mórula y ocurre principalmente al fijación del blastocisto y la formación de sus capas, vellosidades y saco amniótico, así como la lámina procordal y el tubo neural y se inicia la circulación sanguínea. Embrionario, que abarca de la semana 4 a la 9, aquí el disco embrionario se convierte en un cilindro en forma de "C" y se establecen las estructuras orgánicas básicas del

feto, así como la adquisición de aspecto humano. Fetal, es el comprende a partir de la semana 9 a la 40 durante este periodo continua el crecimiento, desarrollo y diferenciación de los distintos órganos y sistemas que iniciaron su desarrollo en la fase embrionaria, estableciéndose así también cambios considerables en el cuerpo de la madre que se van adaptando de acuerdo a os requerimientos del producto.

Se recomienda la atención prenatal constante y oportuna haciendo énfasis en los cuidados que deberá tener la madre en cuanto a nutrición, actividad física, sexual, higiénicos y de recreación y descanso o reposo, además con la finalidad de detectarse anomalías durante el embarazo y dar atención oportuna si se presentaran.

## 8.2PUERPERIO NORMAL.

### **CONCEPTO:**

Se le llama puerperio al periodo que sobreviene posterior al alumbramiento y restauración de episiorrafia en caso de haberse realizado.

### **CLASIFICACIÓN:**

♀ P. Inmediato: Abarca desde el alumbramiento y/o reparación de procedimientos obstétricos realizados (episiotomía), hasta las 24 hrs. después del parto.

♀ P. Mediato: Abarca a partir de las 24 hrs. después del parto hasta una semana después.

♀ P. Tardío: A partir de una semana después del parto e incluye el periodo necesario para la involución de los órganos genitales y el reinicio de la menstruación así como la normalización de las funciones cardiovasculares y psicológicas que pueden requerir meses.

### **PRINCIPALES CAMBIOS EN EL PUERPERIO:**

Durante este periodo se experimentan cambios impresionantes y muy notables como son:

♀ Pérdida ponderal de 6.8 a 7.7kg

♀ Pérdida de volumen abdominal.

♀ Temperatura: Dentro de las primeras 24 hrs. la T° puede llegar a ser de 38°C como resultado del esfuerzo muscular o deshidratación, posterior a este lapso la paciente debe cursar normotérmica.

♀ Cambios cardiovasculares: pérdida importante de sangre, hasta 500ml en parto vaginal y 1000ml en cesárea, vuelven a los límites normales la T/A, la FC y la FR, debido a la descompresión de órganos y arterias.

♀ Cambios urinarios: El tejido vesical se encuentra edematoso, congestionado e hipotónico en el Puerperio inmediato lo que puede ocasionar vaciamiento incompleto, sobre distensión y éxtasis urinaria los cuales generalmente disminuyen en las siguientes 24 hrs.

♀ Cambios gastrointestinales: El restablecimiento de la función intestinal normal requiere de al menos una semana debido a la ↓ de la motilidad, pérdida de líquido y malestar gastrointestinal, dicho malestar mejorará al final de la primera semana debido a la normalización del apetito y la ingesta de líquidos.

♀ Cambios musculo esqueléticos: Los músculos abdominales se encuentra blandos, débiles y laxos debido a la distensión, existe disposición a la tromboflebitis por decremento en la actividad y aumento en las concentraciones de protrombina, probable dorsalgia y/o lumbalgia debido a la recuperación de la posición normal.

♀ Cambios mamarios: Hay ingurgitación, la mama se vuelve más firme, tensa y dolorosa al tacto, al tiempo que aumentan de tamaño, secreción de prolactina que estimula la producción de leche, que en un principio es calostro y aparece generalmente al tercer día después del parto.

♀ Cambios uterinos: 1 a 2 hrs. posparto se ubica entre la cicatriz umbilical y la sínfisis púbica, sobre la línea media, a las 12 hrs. se ubica a 1cm supraumbilical o a nivel del mismo, 3 días 3cm por debajo de la cicatriz umbilical y sigue bajando 1cm aproximadamente por día y a los 9 días ya no se palpa por encima de la sínfisis púbica, aquí pesa aproximadamente 500gr. Aparecen también las contracciones uterinas posparto, menos dolorosas y perceptibles ya que en las primíparas el útero se conserva firme debido al elevado tono muscular. En múltiparas las contracciones se vuelven periódicas (entuetos) y pueden durar hasta 2 o 3 días. También sobreviene la producción de loquios (flujo vaginal posparto), estos son rojos o hemáticos durante 2 o 3 días, su color va cambiando hasta volverse parduzco, café o verdoso, seguramente fétido, aquí se les llama serosos y posteriormente se vuelven amarillo blanquecinos entre el día 6 y 7, a partir del 10 al 12 día ya no habrá loquios.

♀ Cambios psicológicos: Se atraviesan las 3 Fases maternas de Rubin:

1 – Periodo de conducta dependiente, la madre se centra en su necesidad de dormir y comer, se centra en sí misma, se siente aliviada del parto y manifiesta una conducta dependiente y pasiva.

2 – Transmisión de dependencia a independencia, se amplía el alcance mental para incluir otras actividades, es independiente en las actividades de auto asistencia, expresa preocupación por las funciones corporales de ella y su hijo, acepta bien las instrucciones de asistencia de ella y el bebé, falta de confianza.

3 – Adopción de nuevas responsabilidades, incrementa la independencia en cuanto a cuidados de ella y su hijo, identifica a su hijo como una entidad separada de ella, expresa aflicción por las funciones a desempeñar y las expectativas que se tienen de ella y ocurren cambios en la interacción familiar para aceptar al nuevo miembro.

#### **COMPLICACIONES:**

Atonía uterina, hemorragia, choque hipovolemico que podría terminar en legrado, histerectomía de urgencia daño renal y/o muerte, las complicaciones tardías incluyen la infección, prolapso vesical o uretral, hemorroides, prolapso rectal problemas mamarios relacionados con la lactancia.

#### **CUIDADOS EN EL PUERPERIO.**

- Valoración inmediata del estado general
- Control constantes vitales: tensión arterial, pulso, temperatura
- Control de la pérdida hemática
- Control de la involución uterina
- Características de los loquios
- Control de la micción y de la evacuación
- Control del perineo y de la episiotomía
- Control de las mamas y apoyo de la lactancia materna
- Evaluación del dolor: analgesia
- Control de las extremidades inferiores. Movilización e higiene
- Valoración de la dieta y suplementaria
- Incompatibilidad de grupo sanguíneo madre-recién nacido
- Valoración del estado emocional

### 8.3 FISIOPATOLOGIA DE LA ATONIA UTERINA

#### **Definición:**

Consiste en la incapacidad de las fibras miométricas para contraerse satisfactoriamente y ocluir la luz de los vasos sanguíneos para abastecerse el lecho placentario, lo que trae como consecuencia la persistencia del sangrado procedente de sitio de implantación de este órgano.

#### **Factores de riesgo:**

Son aquellos que limitan la capacidad contráctil del Miometrio siendo la mas frecuente:

- Ø El trabajo de parto prolongado.
- Ø La coriamnioititis,
- Ø La sobre distensión de uterina (productos macroscópicos).
- Ø La pre eclampsia – eclampsia
- Ø El antecedente de presentación uterina en partos anteriores.

#### **Datos clínicos**

La atonía uterina es una complicación propia del puerperio inmediato es decir, de las primeras 24 hrs que siguen a la terminación del embarazo aunque la gran mayoría de los casos tiene lugar en las primeras dos horas, se caracteriza por sangrado transvaginal abundante, rojo brillante constante, al examen abdominal el útero se encuentra flácido y con poca o ninguna respuesta a la estimulación manual, de acuerdo a la magnitud y duración del sangrado se pueden presentar datos de choque hipovolemico

No existen estudios de laboratorio o gabinete específicos para esta entidad nosológica y el diagnóstico se hace exclusivamente por los datos clínicos.

Siempre es conveniente, si hay antecedentes de parto rápido o trabajo de parto prolongado miomatosis uterina, polihidramnios embarazo múltiple, amnionitis, multiparidad

Uso de oxitocina , antecedente de hemorragia posparto uso de sulfato de magnesio embolia de liquido amniótico ., de un producto macrosómico o de un parto instrumental , efectuar la revisión del canal de parto para descartar la coexistencia de laceraciones cervicales o vaginales

Se efectuaran determinaciones inmediatas de hemoglobina y hematocrito y posteriormente en forma seriada para valorar la evolución y la respuesta al tratamiento.

Cuando el sangrado ha sido abundante y prolongado y se han administrado grandes cantidades de líquidos y sangre de banco , deberán efectuarse pruebas de coagulación para descartar hemorragia por dilución de factores .

### **Tratamiento**

Existe un consenso en aceptar como hemorragia posparto a todo sangrado mayor de 500 mililitros, después de ocurrido el evento obstétrico.

En virtud de que la embarazada de manera fisiológica incrementa sus volumen sanguíneo circulante durante la gestación hasta un 20%.

Debe recordarse que las manifestaciones de choque hipovolemico generalmente se instalan cuando el sangrado ha alcanzado cantidades que oscilan entre 1,500 y 2000 ml. Hecho importante para nunca subestimar su magnitud ni la necesidad de reposición de sangre, esta puede hacerse con paquetes globulares y líquidos o plasma fresco congelado o bien con sangre fresca total si sean instalado alteraciones de la coagulación .

De presentarse atonía uterina deberá efectuarse masaje suave y sostenido del cuerpo y fondo uterino en un lapsos de 5 a 10 minutos al mismo administrase 40 unidades de oxitocina en 1000ml de solución glucosa al 5% a goteo rápido hasta observar una contracción firme y sostenida del cuerpo uterino y la supresión del sangrado transvaginal manteniendo dicha administración por un lapso no menor de

8 horas bajo vigilancia, no se debe combinar el empleo de oxitocina con metilergonovina porque los efectos sobre la contracción uterina son antagónicos y no complementarios.

Prostaglandinas, administrar por vía oral el misoprostol (Análogo sintético de prostaglandinas E1 ) 600mc g 3tabletas en casos de no disponer de oixitocina o ergonovina .

Debe asegurarse la disponibilidad de por lo menos dos venas permeables con catéter del numero 18 para la toma de muestras sanguíneas y para reposición de volumen .

Con las medidas anteriores la atonía uterina debe resolverse en un lapso de no mayor a 10 minutos, de persistir sangrado excesivo deberá prepararse a la paciente de manera urgente para controlar la hemorragia mediante procedimientos quirúrgicos (histerectomía)

### **Prevención**

El parto, incluyendo el período de alumbramiento, debe ser asistido meticulosamente, para minimizar la pérdida sanguínea y contribuir a la pronta recuperación de la paciente con la menor morbilidad posible.

Como medidas generales la paciente debe contar con historia clínica grupo sanguíneo y factor Rh, hemograma y pruebas de coagulación recientes, y la adecuada cateterización intravenosa.

Atención activa mediante la administración de oitócicos profiláctica después de la expulsión del feto, ligadura y corte temprano del cordón umbilical y tracción controlada del cordón hasta el alumbramiento de la placenta.

En toda atención obstétrica inmediatamente después del alumbramiento se administra 20 unidades de oxitocina en 1000ml de solución glucosa al 5% a goteo rápido hasta observar una contracción uterina normal, el goteo posterior se regula para concluir la solución en un lapso de cuatro horas .

Puede optarse por el empleo de 0.2 mg de metilergonovina por vía intramuscular salvo en casos de hipertensión arterial de cualquier origen.

#### 8.4 GENERALIDADES DE HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL.

Extirpación quirúrgica de los órganos reproductores internos de la mujer. La histerectomía obstétrica se define como la extirpación del útero después de un evento obstétrico, último esfuerzo para cuando las medidas conservadoras fallan o no son aplicables. Su incidencia y causas no son del todo comparables según los diversos resultados publicados.

La exéresis del útero en una mujer gestante ya sea después de un parto, aborto o en el puerperio, se considera como histerectomía obstétrica, procedimiento quirúrgico mayor, diseñado con el fin de preservar la vida de las mujeres en situaciones de urgencia. Esto involucra necesariamente la condición de un útero que está o ha sido ocupado por una gestación y que ha evolucionado hacia una condición que requiera la extracción parcial o total del órgano.

Este procedimiento no planeado se ha mantenido en la práctica quirúrgica por más de 130 años, como única alternativa terapéutica en el manejo de la hemorragia y la sepsis, después de grandes esfuerzos conservadores e inútiles. Modificada su frecuencia por las medidas de prevención en el seguimiento de los casos de riesgo, seguirá siendo utilizada en futuras generaciones, en el manejo sobre todo de la hemorragia posparto.

Entre los factores de riesgo que con mayor frecuencia han sido identificados están los antecedentes de cesárea (aumenta 10 a 12 veces su probabilidad), edad mayor de 35 años, haber tenido más de tres hijos, instrumentación uterina previa y antecedentes de hemorragia en el parto anterior con un riesgo relativo de 9,3

Si bien desconocemos la real incidencia, varios autores han comunicado índices de 0,6 hasta 6,2 por mil partos, en diversos estudios realizados en el mundo.

Las principales causas de histerectomías obstétricas reportadas son: ruptura uterina por dehiscencia de la cicatriz de una cesárea previa con una incidencia calculada de 12 %, placenta acreta con 4,1 %, placenta previa 0,5 %, abrupto placentario 23,5 %, atonía uterina 23,5 %.<sup>3-6</sup> El embarazo ectópico cornal o intersticial que constituye el 3 % de todas las gestaciones ectopias es otra de las causas, aunque menos frecuente, al igual que el ectópico cervical, una forma rara con una incidencia de 1 en 180000 embarazos, pero que parece ir en aumento.

Para las pacientes sin paridad completa el uso no tan reciente de las prostaglandinas y el masaje uterino propuesto por la OMS, han demostrando su efectividad reduciendo drásticamente la histerectomía por hemorragia, sin tener que llegar a las conductas quirúrgicas rutilantes. Ligaduras vasculares (hipogástricas, uterinas), sutura de B-

Lynch y embolización arterial selectiva, son utilizadas, como medidas alternativas para preservar la integridad uterina.

En nuestro medio la histerectomía de urgencia por causas obstétricas ha sido objeto de atención priorizada, por su repercusión sobre la morbimortalidad materna, la salud reproductiva de la mujer y su calidad de vida.

El propósito de este estudio fue determinar la incidencia, características obstétricas, indicaciones y complicaciones asociadas a la histerectomía de urgencia en las pacientes atendidas en este centro, con la idea de incidir en la disminución de la morbimortalidad materna.

## 8.5 FARMACOLOGIA:

### OXITOCINA:

**INDICACIONES TERAPEUTICAS:** Inducción al parto por razones médicas (p.ej., en caso de gestación prolongada, ruptura prematura de la bolsa, hipertensión inducida por el embarazo (preeclampsia).

Estimulación de las contracciones en casos seleccionados de inercia uterina.

Durante la operación cesárea después de la extracción del niño.

Prevención y tratamiento de la atonía uterina y hemorragia durante el posparto.

Tratamiento de la hemorragia puerperal, subinvolución uterina y loquiometra, como alternativa a los alcaloides uterotónicos del cornezuelo de centeno en mujeres en las que se deben evitar estos fármacos.

también puede estar indicado en las fases iniciales del embarazo como terapia coadyuvante del aborto incompleto, inevitable o fallido con feto muerto.

Administrado por vía intravenosa o intramuscular para la prevención o tratamiento de la hemorragia durante el posparto, actúa rápidamente con un tiempo de latencia inferior a 1 minuto por inyección intravenosa y de 2 a 4 minutos por la vía intramuscular.

La respuesta oxitócica dura de 30 a 60 minutos tras la administración intramuscular, pudiendo ser más breve con la inyección intravenosa.

Cuando se administra oxitocina por perfusión intravenosa continua a dosis apropiadas para la inducción al parto o la estimulación de las contracciones, la respuesta uterina se instaura gradualmente y alcanza un estado de equilibrio por lo general entre los 20 y 40 minutos.

Los niveles plasmáticos correspondientes de oxitocina son comparables a los medios durante el primer periodo del parto.

Con la interrupción de la perfusión o después de una reducción importante de la velocidad de perfusión, p.ej., en caso de una sobre estimulación, la actividad uterina disminuye rápidamente, pero puede continuar a un nivel inferior adecuado.

La facilidad relativa con la que pueden ser reguladas la velocidad y la fuerza de las contracciones uterinas por la perfusión intravenosa se debe a la corta vida media de la oxitocina. Los valores señalados por diversos investigadores oscilan entre 3 y 17 minutos.

La unión a las proteínas plasmáticas es muy baja. La excreción de la oxitocina del plasma tiene lugar principalmente por el hígado y los riñones.

Menos del 1% de una dosis dada se excreta de forma inalterada en la orina. El volumen aparente de distribución es de 300 ml/kg aproximadamente en el hombre y la velocidad de depuración metabólica, en el hombre y en la mujer embarazada, asciende a 20 ml/kg aproximado por minuto.

Ejerce un efecto estimulante sobre la musculatura lisa del útero, particularmente hacia el final del embarazo, durante el parto, después del alumbramiento y en el puerperio, es decir, en momentos en que el número de receptores específicos de oxitocina en el Miometrio está aumentando.

**CONTRAINDICACIONES:** Hipersensibilidad al fármaco. Hipertonía de las contracciones uterinas, sufrimiento fetal cuando la expulsión no es inminente. Cualquier estado en que por razones fetales o maternas se desaconseja o está contraindicado el parto por vía natural, es decir, el parto vaginal: p.ej., desproporción cefalopélvica significativa, mal presentación fetal; placenta previa y vasos previos, abrupción de la placenta, presentación o prolapso del cordón umbilical; distensión uterina excesiva o disminución de la resistencia del útero a la ruptura como p.ej., en múltiparas, polihidramnios, embarazo múltiple y en presencia de una cicatriz uterina resultante de intervenciones quirúrgicas importantes con inclusión de la operación cesárea clásica, no debe administrarse durante periodos prolongados en pacientes con inercia uterina resistente a la oxitocina, toxemia preeclámpsica grave o trastornos cardiovasculares graves.

**REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:** Cuando la oxitocina se utiliza por perfusión I.V. para la inducción al parto o la estimulación de las contracciones, su administración a dosis demasiado elevadas produce una sobre estimulación uterina que puede causar sufrimiento fetal, asfixia y muerte, o puede conducir a hipertonicidad, tetania o ruptura uterinas. Se ha señalado intoxicación acuosa asociada a hiponatremia materna y neonatal en casos en donde se han administrado altas dosis de oxitocina junto con grandes cantidades de líquido exento de electrolitos durante un periodo prolongado (véanse Precauciones). La inyección intravenosa rápida de oxitocina a dosis de varias U.I. puede provocar una hipotensión aguda de breve duración acompañada de rubefacción y taquicardia refleja. Con uno u otro modo de administración, la oxitocina puede ocasionalmente causar náuseas, vómitos o arritmias cardíacas. En algunos casos se han señalado erupciones cutáneas y reacciones anafilactoides asociadas a disnea, hipotensión o shock.

**DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACION:**

Inducción al parto o estimulación de las contracciones: debe ser administrado en forma de perfusión intravenosa gota a gota o, de preferencia, por medio de una bomba de perfusión de velocidad variable. Para la perfusión gota a gota se recomienda añadir 5 U.I. de oxitocina a 500 ml de una solución salina fisiológica. Para los pacientes en que se debe evitar una perfusión de cloruro sódico, se puede utilizar una solución de dextrosa al 5% como diluyente (véanse Precauciones). A fin de garantizar una mezcla uniforme de la solución, volcar el frasco o la bolsa varias veces antes del uso.

La velocidad inicial de perfusión se deberá fijar a 1-4 mU/min (2-8 gotas por min).

Puede acelerarse gradualmente a intervalos no inferiores a 20 minutos, hasta establecer unas características de contracción análogas a las del parto normal. En el embarazo casi a término, ello se puede conseguir a menudo con una velocidad de perfusión inferior a 10 mU/min (20 gotas/min), siendo la velocidad máxima recomendada de 20 mU/min (40 gotas/min).

La frecuencia, intensidad y duración de las contracciones, así como la frecuencia cardíaca fetal deben vigilarse cuidadosamente durante la perfusión. Una vez alcanzado un nivel adecuado de actividad uterina se puede a menudo reducir la velocidad de perfusión.

En caso de hiperactividad uterina y/o sufrimiento fetal se interrumpirá la perfusión inmediatamente.

Si, en mujeres a término o casi a término, no se establecen contracciones regulares tras la perfusión de una cantidad total de 5 U.I., se recomienda cesar la inducción al parto, pudiendo repetirse al día siguiente con una velocidad inicial de 1-4 mU/min.

Prevención de la hemorragia uterina durante el posparto: La dosis usual es de 5 U.I. por inyección I.V. lenta o de 5-10 U.I. I.M., tras la expulsión de la placenta.

En pacientes a las que se administra SYNTOCINON para la inducción al parto o estimulación de las contracciones, podría continuarse la perfusión a una velocidad acelerada durante el tercer periodo del parto y durante algunas horas después.

Tratamiento de la hemorragia uterina durante el posparto: 5 U.I. por inyección I.V. lenta o 5-10 U.I. I.M. seguidas en los casos graves de perfusión intravenosa de una solución con 5-20 U.I. de oxitocina en 500 ml de un diluyente no hidratante a una velocidad necesaria para controlar la atonía uterina.

Hemorragia puerperal, su involución uterina, loquíometra: 2-5 U.I. por inyección I.M., repetida según las necesidades de cada paciente.

**PRESENTACION:** Caja con 5 ampollitas de 1 ml con 5 U.I. para venta al público.

## **ERGONOVINA.**

**INDICACIONES TERAPÉUTICAS:** Tratamiento de la atonía posparto. Prevención de la hemorragia posparto. Involución uterina.

**CONTRAINDICACIONES:** La relación riesgo-beneficio deberá evaluarse en pacientes con enfermedad de las arterias coronarias, insuficiencia hepática, hipertensión severa, incluida toxemia gravídica, hipo calcemia, disfunción renal y sepsis.

### **PRECAUCIONES GENERALES:**

Es importante no usar más cantidad de medicación ni hacerlo por más tiempo del prescrito, la sobredosis implica riesgo de ergotismo y gangrena.

Las dosis elevadas de ERGOMETRINA antes del parto pueden producir tetania uterina y problemas en el lactante (hipoxia, hemorragia intracraneana). Puede producir ergotismo (vómitos, diarreas, presión arterial inestable, crisis convulsiva) en el lactante, dado que se excreta en la leche materna.

### **REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:**

Dado que la administración de ERGOMETRINA sólo implica pocas dosis en un período corto, no se producen muchas reacciones adversas observadas con otros alcaloides del cornezuelo de centeno.

Puede producir un efecto hipertensor severo y repentino asociado con toxemia gravídica y antecedentes de hipertensión.

Con menos frecuencia: angina, cefalea súbita y severa, prurito, calambres, náuseas, vómitos, confusión.

Se ha reportado necrosis en las extremidades cuando el uso de antibióticos macrólidos ha sido asociado con alcaloides vasoconstrictores derivados de la ergotamina.

### **DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN:**

En la forma farmacéutica oral es suficiente un ciclo de 48 horas.

La vía I.V. se recomienda para urgencias en casos de hemorragia uterina excesiva. La administración debe hacerse con lentitud en un lapso de 1 minuto.

Dosis habitual para adultos: 0.2 a 0.4 mg, de dos a cuatro veces por día hasta que haya pasado el periodo de atonía y hemorragia uterinas.

Para la prevención del sangrado en los casos de madres con antecedentes de embarazos anteriores con hemorragias o en casos de una madre de más de 35 años, generalmente es suficiente una ampolla I.M. Se debe recomendar iniciar la lactancia materna lo más pronto posible para mantener el útero contraído, si se produce el óbito fetal, se debe inyectar 1 ampolla I.M. cada 8 horas durante los primeros 2 días y luego observar a la paciente.

## **CEFTRIAXONA.**

INDICACIONES TERAPEUTICAS: La ceftriaxona está indicada en el tratamiento de las infecciones moderadas a graves, simples o mixtas, causadas por cepas sensibles como:

- a) Aerobios grampositivos: *Staphylococcus aureus* (incluyendo cepas productoras de penicilinasas), *S. epidermidis*, *S. pneumoniae*, *Streptococcus* del grupo A y del grupo B, *S. viridans*, *S. bovis*.
- b) Aerobios gramnegativos: *Aeromonas spp*, *Alcaligenes spp*, *Branhamella catarrhalis*, *Citrobacter spp*, *Enterobacter spp*, *E. coli*, *H. influenzae*, *H. parainfluenzae*, *Klebsiella spp*, *Moraxella spp*, *Morganella morganii*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Neisseria meningitidis*, *Plesiomonas shigelloides*, *Proteus mirabilis*, *Proteus vulgaris*, *Providencia spp*, *Pseudomona aeruginosa* (algunas cepas son resistentes), *Salmonella spp*, (incluyendo *typhi*), *Serratia spp*, *Shigella spp*, *Vibrio spp*, *Yersinia spp*, (incluyendo *Y. enterocolitica*).
- c) Anaerobios: *Bacteroides spp*, *Clostridium spp*, *Fusobacterium spp*, *Peptococcus spp*, *Peptostreptococcus spp*.

De esta forma la ceftriaxona se indica en:

Infecciones de las vías respiratorias.

Infecciones de la vías urinarias (incluyendo gonocóccicas no complicadas, como terapia alternativa cuando la penicilina esté contraindicada).

Infecciones intraabdominal (incluyendo peritonitis e infecciones del tracto biliar).

Meningitis, septicemia.

Infecciones de la piel y tejidos blandos.

Infecciones óseas y de las articulaciones.

Antes de iniciar el tratamiento con ceftriaxona es aconsejable practicar antibiograma previo aislamiento e identificación del germen causal.

### **PRECAUCIONES O RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA**

**LACTANCIA:** No se han realizado estudios controlados de ceftriaxona durante el embarazo, por lo cual no se recomienda su empleo durante este estado. Se deberá utilizar únicamente cuando el beneficio supere con claridad el riesgo potencial.

La ceftriaxona se excreta en la leche materna en bajas concentraciones. Esto deberá ser tomado en cuenta cuando se administre a madres en periodo de lactancia.

**REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:** Estas reacciones son raras y generalmente desaparecen al suspender el tratamiento.

Locales: Dolor o induración en el sitio de aplicación, flebitis con la aplicación intravenosa.

Hipersensibilidad (aprox. 1%): Exantema, prurito, urticaria, edema, eritema multiforme.

Gastrointestinales: Heces blandas, diarrea, náuseas, vómitos.

Hematológicas: Eosinofilia (6%), trombocitosis (5.1%) y leucopenia (2.1%). Con menor incidencia se han reportado anemia, neutropenia, linfopenia, trombocitopenia y alargamiento del tiempo de protrombina.

Renales: Elevaciones del nitrógeno ureico (1.2%) y con menor frecuencia elevaciones de creatinina y oliguria.

En los tratamientos prolongados: Sobre infección por microorganismos no sensibles (*Candida albicans*, enterococos).

**DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACION:** La presentación con lidocaína es para aplicación intramuscular. La presentación con agua inyectable es para aplicación intravenosa. La dosis y la forma de aplicación se establecen, según la gravedad de la infección, estado del paciente y sensibilidad del germen a la ceftriaxona.

La dosificación usual es la siguiente.

I. Función renal normal:

a) Adultos y niños de 12 años:

De 1 a 2 g al día en una sola aplicación. La dosis total no debe sobrepasar los 4 g. Para el tratamiento de la gonococcia no complicada se aplica una sola dosis de 250 mg I. M.

b) Lactantes y niños pequeños:

Según la gravedad de la infección de 50 a 75 mg/kg/día, en una sola inyección al día o en dosis divididas cada 12 horas sin pasar de 2 g.

c) Prematuros:

En el tratamiento de meningitis 10 mg/kg/día en dosis divididas cada 12 horas sin sobrepasar de 4 g.

En la profilaxis quirúrgica, 1 g aplicado 1/2 a 2 horas antes de la intervención.

Se recomienda no sobrepasar la dosis de 50 mg/kg/día.

II. Funcionales renales y hepáticas alteradas:

En los pacientes con insuficiencia renal grave e insuficiencia hepática se recomienda realizar una monitorización periódica y en caso de observarse acumulación, la dosis deberá reducirse. En cualquier caso no deberán sobrepasarse los 2 g por día. La duración del tratamiento deberá continuar por lo menos 48 a 72 horas después de haber cesado la sintomatología.

**Administración intramuscular:** Reconstituir el contenido del vial con el disolvente de la ampolleta, inyectar profundamente en la región glútea. Se recomienda no inyectar más de 1 g en cada lado.

La ampolleta acompañante incluida, contiene lidocaína para aumentar la tolerancia local en la administración intramuscular. En consecuencia no debe emplearse por vía intravenosa ni en pacientes con historial de hipersensibilidad a la lidocaína.

**Administración intravenosa:** Reconstituir el contenido del vial con el disolvente de la ampolleta adicional. Inyectar directamente en la vena, en forma lenta (2 a 4 minutos).

**Infusión intravenosa:** Disolver el contenido del vial en aproximadamente 40 ml de cualquiera de las siguientes soluciones (exentas de calcio):

Cloruro de sodio al 0.9%, cloruro de sodio al 0.45% más glucosa al 2.5%, glucosa al 5 o al 10%, dextrán al 6% en glucosa.

La aplicación deberá durar de 5 a 15 minutos, utilizar únicamente las soluciones recién preparadas. Es normal que las soluciones de ceftriaxona presenten una coloración amarillenta sin incidencia sobre su

## METAMIZOL SODICO

Solución inyectable: Las indicaciones son las mismas que se mencionan para las demás presentaciones. Sin embargo, en virtud de que EL METAMIZOL® puede ser inyectado por vía intravenosa, es posible obtener una analgesia muy rápida y extremadamente potente en toda una variedad de condiciones y, por lo tanto, controlar dolores que de otra manera sólo responderían a opiáceos.

Aun a dosis elevadas, METAMIZOL a diferencia de los opiáceos, no causa adicción ni depresión respiratoria. No interfiere con el peristaltismo intestinal ni con las contracciones de parto o la expulsión de cálculos.

EL METAMIZOL® Solución inyectable deberá usarse sólo si no son posibles otras vías de administración.

La acción analgésica, antipirética y antiespasmódica se atribuye principalmente a los metabolitos MAA y AA mediante la inhibición de la síntesis de prostaglandinas.

El metamizol ejerce su efecto terapéutico a nivel del sistema nervioso central (encéfalo y médula espinal) y a nivel periférico (nervios, sitios de inflamación).

A nivel de sistema nervioso central, se ha encontrado que el metamizol activa las neuronas de la sustancia gris periacueductal, produciendo una señal que inhibe la transmisión del estímulo nociceptivo proveniente de la médula espinal. Se ha encontrado, también, que el metamizol interfiere con la participación del glutamato en la nocicepción a nivel central, y que inhibe la producción de prostaglandinas. Además de las acciones del metamizol a nivel supraespinal sobre las neuronas que envían información a la médula para inhibir la transmisión del estímulo doloroso, se ha demostrado que también tiene acciones directas sobre las neuronas espinales.

Los mecanismos de acción implicados en este efecto son probablemente el aumento de síntesis de óxido nítrico, y una interferencia con los efectos nociceptivos del glutamato. El óxido nítrico, al ser un gas, difunde por toda la vecindad del sitio de lesión y es capaz de entrar libremente al interior de las células, donde produce un incremento en el GMP cíclico, lo que causa una desensibilización del nociceptor.

A nivel periférico, el metamizol ejerce su efecto analgésico también por estimulación de la síntesis de óxido nítrico, a partir de la L-arginina. Además, tiene una acción inhibitoria de la síntesis de prostaglandinas, que si bien no es tan marcada como en el sistema nervioso central, contribuye al efecto analgésico global. Se sospecha también una acción de inhibición por parte del metamizol de la liberación de factores algógenos, producidos por los macrófagos, que estimulan directamente al nociceptor. Además de su efecto analgésico, el metamizol tiene un efecto antiespasmódico a través de una inhibición directa sobre el músculo liso periférico, disminuyendo su

excitabilidad. Este efecto también se deriva en parte de un aumento del óxido nítrico, que estimula la producción de GMP cíclico intracelular, lo que en el caso del músculo liso resulta en un efecto relajante. Por otra parte, también se ha observado una acción inhibitoria del metamizol sobre las neuronas que inervan las estructuras con músculo liso, inhibiendo la liberación de los mediadores, es decir, a una acción presináptica. Este efecto antiespasmódico se ha visto incluso en el esfínter de Oddi. El metamizol ejerce un marcado efecto antipirético, que se basa fundamentalmente en su inhibición de prostaglandinas a nivel central.

También tiene una acción de inhibición de la síntesis y/o liberación de pirógeno endógeno (interleucina 1). El metamizol no sólo es capaz de disminuir la temperatura corporal sino que también protege del daño neuronal producido por la fiebre alta y prolongada, lo cual se ha demostrado en ratas sometidas a isquemia cerebral experimental.

El metamizol tiene también un efecto antiinflamatorio, que se deriva de su inhibición de prostaglandinas proinflamatorias a nivel periférico, de la inhibición del quimiotactismo de los neutrófilos en el sitio de inflamación e inhibición de la liberación de factores proinflamatorios de los macrófagos. Sin embargo, a las dosis usadas terapéuticamente, predominan sus efectos analgésico, antipirético y antiespasmódico sobre el efecto antiinflamatorio.

#### **CONTRAINDICACIONES:**

- Hipersensibilidad a los componentes de la fórmula y a las pirazonas como isopropilamino-fenazona, propifenazona, fenazona o fenilbutazona.
- Enfermedades metabólicas como porfiria hepática y deficiencia de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa.
- Infantes menores de tres meses o con un peso inferior a 5 kg, debido a la posibilidad de trastornos de la función renal.
- Embarazo y lactancia con restricciones.

#### **PRECAUCIONES GENERALES:**

No administre METAMIZOL® en molestias triviales ni por periodos prolongados.

No administre METAMIZOL en dosis mayores a las recomendadas.

No administre METAMIZOL a infantes de tres meses o con un peso inferior a 5 kg.

Para evitar sobredosis de la presentación de METAMIZOL® en gotas (sobre todo en niños), no administre el medicamento directamente en la boca del paciente. Vierta el medicamento primero, en la cantidad correspondiente al peso y edad del paciente, en un recipiente que contenga ¼ a ½ vaso con agua y después dé a tomar esta solución al paciente.

Cuando administre METAMIZOL Solución inyectable por vía intravenosa, diluya siempre el contenido de la ampolla en solución salina, que se administrará lentamente (ver Dosis y vía de administración).

**PRECAUCIONES O RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA:** Debe evitarse el empleo de METAMIZOL® durante los primeros tres meses y no debe usarse durante los últimos tres meses de embarazo.

Puede administrarse entre el cuarto y el sexto mes, cuando existen razones médicas apremiantes.

Debe evitarse la lactación durante las 48 horas siguientes al empleo de NEO-MELUBRINA®.

**REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:** Los principales efectos adversos del METAMIZOL® se deben a reacciones de hipersensibilidad:

Las más importantes son discrasias sanguíneas (agranulocitosis, leucopenia, trombocitopenia) y choque.

Ambas reacciones son raras, pero pueden atentar contra la vida y pueden presentarse aun cuando se haya usado METAMIZOL anteriormente sin complicaciones. En estos casos debe discontinuarse la medicación inmediatamente.

Otras reacciones de hipersensibilidad afectan la piel, las conjuntivas y la mucosa nasofaríngea. En casos muy raros se pueden presentar reacciones bulosas severas de la piel, potencialmente mortales y que generalmente incluyen las mucosas (síndrome de Lyell y Stevens-Johnson).

También se pueden observar crisis de asma en pacientes predispuestos.

Ocasionalmente y sobre todo en pacientes con historia de enfermedad renal preexistente o en casos de sobredosis, se han presentado trastornos renales transitorios como oliguria o anuria, proteinuria y nefritis intersticial.

En pacientes con fiebre extremadamente elevada (hiperpirexia) y/o después de inyección demasiado rápida, puede presentarse una caída crítica de la presión sanguínea, dosis-dependiente, sin más signos de hipersensibilidad.

Se puede presentar dolor y/o reacciones locales en el sitio de la inyección y flebitis en las inyecciones intravenosas.

**INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GENERO:** EL METAMIZOL® no se debe mezclar en la misma jeringa con otros medicamentos. Se puede presentar interacción con ciclosporinas, que consiste en disminución de la concentración sanguínea de la ciclosporina. EL METAMIZOL y el alcohol pueden tener una influencia recíproca, uno sobre los efectos del otro.

**ALTERACIONES DE PRUEBAS DE LABORATORIO:** Se puede observar coloración roja de la orina, que se debe a la presencia del ácido rubazónico, metabolito sin importancia clínica.

**DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACION:**

Solución inyectable: La solución deberá calentarse a temperatura corporal antes de aplicar la inyección. Se debe estar preparado para el tratamiento de choque. La causa más común de una caída crítica de la presión sanguínea y choque es la excesiva velocidad de inyección.

Por esto, las inyecciones intravenosas deben administrarse habiendo diluido previamente el contenido de una ampolleta (2 ml de METAMIZOL en 20 ml de solución salina o 5 ml de METAMIZOL en 50 ml de solución salina; esto es, una dilución 1:10) a una velocidad no mayor de 1 ml por minuto, con el paciente en decúbito. Deben monitorearse la presión sanguínea, la frecuencia cardíaca, la respiración y el bienestar subjetivo del paciente. En virtud de que se sospecha que la caída de presión sanguínea no alérgica es dosis-dependiente, la indicación para la administración de dosis superiores a 1 g deben ser consideradas muy cuidadosamente.

EL METAMIZOL no debe mezclarse con otros fármacos en la misma jeringa, debido a la posibilidad de incompatibilidades. A niños mayores de 3 meses o con un peso mayor a 5-8 kg, la inyección deberá aplicarse por vía intramuscular.

La siguiente tabla de dosificación hace referencia a las dosis mínimas y máximas, que a juicio del médico podrán repetirse cada 6 u 8 horas. Los pacientes diabéticos pueden tomar tabletas o gotas en lugar del jarabe. Las dosis expresadas en esta tabla pueden repetirse cada 6 a 8 horas (ver también columna de Dosis diaria máxima).

**SOBREDOSIFICACION O INGESTA ACCIDENTAL: MANIFESTACIONES Y**

**MANEJO (ANTIDOTOS):** En caso de una sobredosis de metamizol, la asistencia médica es imperativa. Si el paciente está consciente, inducir el vómito con solución salina tibia (1 a 2 cucharadas de sal en un vaso con agua), seguido de estimulación mecánica de la pared faríngea posterior. En niños de 1 a 6 años de edad, en lugar de solución salina usar jugo de fruta tibio en cantidades adecuadas a su edad. El metamizol puede ser eliminado mediante hemodiálisis o hemoperfusión.