

26  
2ey



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

## INFECCION PUERPERAL POSTCESAREA

ESCUELA NACIONAL DE  
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
COORDINACION DE INVESTIGACION  
U. N. A. M.

ESTUDIO CLINICO EN PROCESO  
DE ATENCION DE ENFERMERIA  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y  
OBSTETRICIA

P R E S E N T A :  
RODOLFO CUEVAS CRUZ



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 está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

# C O N T E N I D O

## INTRODUCCION.

### I. MARCO TEORICO

1.1. Generalidades de Anatomía y Fisiología del Aparato -  
Reproductor Femenino.

1.2. Fisiología del Embarazo

1.3. Fisiología del Parto

1.3.1. Complicaciones del Parto

1.4. Operación Cesárea

1.4.1. Clasificación de Operación Cesárea

1.4.2. Complicaciones de la Operación Cesárea

1.4.3. Infección Puerperal Post-cesárea

1.5. Métodos de Diagnóstico de la Infección Puerperal

1.6. Tratamiento Médico y Quirúrgico de la Infección Puerperal.

1.7. Historia Natural de la Infección Puerperal.

### II. HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA

2.1. Detección de Problemas

2.2. Diagnóstico de Enfermería.

### III. PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

GLOSARIO.

## INTRODUCCION.

Las infecciones puerperales significan una amenaza - potencialmente grave para la madre, éstas se originan en el endometrio y muchas veces incluyen estructuras vecinas que - pueden llegar a una franca bacteremia.

Los factores de peligro para el desarrollo de infección uterina posparto pueden dividirse en 3 categorías principales:

Las que se relacionan con el peligro general de infección, las correspondientes a acontecimientos del parto y los dependientes de factores de peligro operatorio.

Entre los factores relacionados con peligro general de infección se encuentran:

- Anemia
- Desnutrición
- Ausencia de cuidado prenatal
- Obesidad
- Nivel socioeconómico bajo
- Contacto sexual en la última semana del embarazo.

Entre las relacionadas con factores de peligro operatorio se encuentra en primer lugar la cesárea, anestesia general, hemorragia, urgencia operatoria, fallas en la técnica operatoria, extracción manual de la placenta, utilización de forceps, episiotomía, desgarros.

Factores relacionados con acontecimientos del parto:

- Rotura prolongada de membranas
- Corioamnioitis
- Número alto de tactos durante el trabajo de parto.

Las mujeres que dan a luz por cesárea tienen una proporción mayor de morbilidad infecciosa que las mujeres que dan a luz por vía vaginal, la cesárea es el factor aislado más importante que predispone a las mujeres a un aumento no solo de la frecuencia, sino también de la gravedad de la infección puerperal y por consiguiente la muerte.

La práctica de la operación cesárea se ha visto incrementada a nivel mundial y México no se ha quedado atrás según estadísticas de la Dirección General de Salud Pública en el Distrito Federal en el período de 1976 a 1983 de 207,657 atenciones obstétricas, 37,125 terminaron cesárea, si bien es cierto que esta operación ha venido a salvar muchas vidas tam

bién es cierto que no deja de ser un riesgo potencial para el binomio madre-hijo.

El presente estudio clínico en Proceso de Atención de Enfermería pretende dar un panorama de el manejo y tratamiento de una paciente de postcesarea con infección puerperal.

La metodología utilizada fue a través de la experiencia profesional, elección y delimitación del tema basado en la observación del problema, selección de literatura para obtener información específica del tema.

Fuentes documentales directas e indirectas como interrogatorio y expediente clínico, se estructuró un proyecto para la estructuración del marco teórico conceptual, utilización de fichas bibliográficas y de trabajo las cuales consideraran todo lo relacionado con el caso, fisiología del embarazo, fisiología del parto, complicaciones del parto, operación cesárea, infección puerperal postcesarea, morbilidad materna, tratamiento de la infección, así como la historia natural de la enfermedad.

En la historia clínica de enfermería que incluye interrogatorio, exploración, se elaboró el diagnóstico de enfermería y la detección de problemas elaborando el plan de aten --

ción de enfermería.

Al final se presentan conclusiones y evaluación del -  
caso.

#### CAMPO DE LA INVESTIGACION

El Proceso de Atención de enfermería se realizo en el Centro Materno Infantil Maximino Avila Camacho, en una paciente de p<sup>o</sup>stcesarea con infección puerperal.



## I. MARCO TEORICO.

### 1.1. Generalidades de Anatomía y Fisiología del Aparato Re productor Femenino.

El aparato reproductor femenino esta constituido por ovarios, trompas, útero, vagina y vulva.

El utero es un órgano hueco musculoso, en forma de pe  
ra invertida, mide de 7 a 8 cm. de longitud y anchura en su -  
dimensión mayor 5-6 cm.

Su peso aproximado es de 90 grs. a la parte superior  
del útero se le denomina cuerpo y a la estructura inferior --  
cuello y la porción más elevada y ancha se le llama fondo.

Esta situada en la pelvis menor entre la vejiga y el  
recto, se sostiene en la pelvis por los ligamentos anchos, re  
dondos y uterosacros.

El útero se encuentra formado por 3 capas:

Capa externa serosa-peritoneo. Cubre todo el cuerpo -  
excepto la parte anteroinferior.

Esta capa origina una serie de refuerzos que dan lugar a los elementos de fijación que son:

- a) Ligamento redondo
- b) Ligamento uterosacro
- c) Ligamento cardinal
- d) Ligamento ancho

La capa media muscular o miometrio. Es la más gruesa y resistente, esta formada por fibras musculares lisas dispuestas en capas entrelazadas y mezcladas con tejido elástico constituido por fibras circulares, longitudinales y arciformes.

La interna o endometrio. Capa que reviste la cavidad uterina sufre cambios cíclicos por efectos hormonales y que al desprenderse da lugar a la menstruación, esta formado por un epitelio columnar que contiene gran cantidad de glándulas y vasos sanguíneos. (1)

Los ovarios o glandulas genitales de la mujer situados a cada lado de la pelvis debajo de las trompas de Falopio miden alrededor de 3.5 a 5 cm. de longitud, de 1.5 a 3 cm. de anchura y de 0.6 a 1.5 de grosor, estos órganos tienen forma parecida a las almendras las funciones principales son el desa--

---

(1) Mondragón Castro, Héctor. Obstetricia Básica Ilustrada. pp. 15-17.

rrollo y expulsión del óvulo y la elaboración de las hormonas estrógenos y progesterona.

Trompas de Falopio u oviductos salen a cada lado del útero, miden de 11 a 12 cm. de longitud.

Cada trompa se divide en porción intersticial, itsmo, ampolla e infundíbulo. La porción intersticial está incluida en la pared muscular del útero, el itsmo, la porción estrecha de la trompa inmediata al útero se va dilatando de manera gradual hasta formar la porción ensanchada o ampolla. El infundíbulo o extremidad franjeada, es la abertura en forma de embudo de la extremidad distal de la trompa.

El peristaltismo tubárico juega también un papel importante en el transporte del óvulo. (2)

Vagina.- Es un conducto musculomembranoso y se encuentra entre la vejiga urinaria y el recto, es el conducto excretor del útero, por el que salen su secreción y la menstruación, es el órgano femenino del coito y por último forma parte del canal del parto.

---

(2) Hellman, Prit Chard. Williams Obstetricia, p. 39.

Vulva: es la parte externa del aparato genital formada por pubis o monte de Venus, labios mayores, labios menores, -- clítoris, vestibulo, meato urinario, orificio vaginal, himen y glándulas vulvo-vaginales o de Bartholin.

### 1.2. Fisiología del Embarazo.

Cambios locales y generales en el organismo Materno Du  
rante el Embarazo.

Cambios locales:

El órgano principalmente afectado en el organismo ma--  
terno es el útero, durante el transcurso del embarazo aumentan su volúmen de 7.5 cm. a 32 cm. de largo y su capacidad se in--  
crementa unas 500 veces más.

El peso del útero que normalmente es de 50 grs. aumen--  
ta a unos 1000 grs., éste aumento depende de la hipertrofia de  
las células musculares existentes.

Vagina. La vagina sufre cambios para facilitar el paso  
del feto por su mayor riesgo sanguíneo y adopta un color azula  
do.

Las trompas. Sufren cambios y son desplazados hacia --  
arriba, al interior del abdomen cuando el feto crece.

Cuerpo Luteo, se forma inmediatamente después de la -- ovulación en el sitio del folículo roto, esta coloreado por - pigmento amarillento, de donde deriva su nombre que significa cuerpo amarillo.

Paredes abdominales. Sufren estiramiento a consecuen-- cia del aumento progresivo de volumen del útero. A las marcas producidas por éste estiramiento se les denomina estrias del - embarazo o gravídicas.

Glándulas mamarias.

Las glándulas mamarias por la acción de la hormona pro lactina se hacen turgentes e hipersensibles, la areola secunda ria se hiperpigmenta y aparecen los tuberculos de Montgomery, red venosa de Haller y producen secreción lactea llamada calos tro.

Cambios generales:

Corazón y Sistema Circulatorio. El corazón sufre cierto agrandamiento y al final del embarazo queda desplazado late ralmente por el útero grávido que hace presión contra el dia-- fragma. El volumen sanguíneo aumenta durante el embarazo, lo cual significa que hay gran incremento de líquido circulante,

presentando una hemodilución.

La congestión venosa en las piernas alrededor del ano (venas hemorroidales) a nivel de la vulva pueden formar varicosidades. Esto debido a la presión aumentada en las venas -- hemorroidales cruzada por la obstrucción del retorno venoso, debido al utero gravido, así como a la tendencia al estreñimiento durante la gestación.

Sistema respiratorio. A consecuencia del desplazamiento hacia arriba del diafragma, durante los últimos meses del embarazo, el tórax se dilata un poco lateralmente y compensa la situación aumentando el volumen de aire inspirado, por lo tanto la frecuencia respiratoria aumenta ligeramente en las últimas semanas del embarazo. (3)

Sistema urinario. Los riñones durante el embarazo trabajan un poco más ya que el volumen de orina esta aumentado y su densidad disminuida, el número de micciones aumenta durante las primeras semanas del embarazo, debido a su localización anatómica y también durante los últimos meses por la presión que ejerce el útero sobre la vejiga.

Los ureteres especialmente el derecho, estan dilatados y de longitud aumentada, esto se debe en mayor parte a la compresión por el útero agrandado a nivel del borde pelviano.

Sistema Nervioso. Al principio del embarazo existe -- una tendencia hacia la melancolia o caprichos raros sobre la alimentación. No es raro que en embarazadas con equilibrio -- nervioso inestable aparezcan vertigos y ligeros sincopes (sin trastornos circulatorios) zonas de hipersensibilidad y neuralgia.

Sistema Endocrino. Debido a el aumento de estrógeno y progestina causa muchos cambios en el cuerpo materno, entre ellos aumento de volumen de glándulas y útero. La parte posterior de la hipofisis secreta un producto denominado oxitolina que tiene acción estimulante sobre el musculo uterino. Que al final del embarazo va a favorecer las contracciones uterinas. (4)

Glándula Tiroides. Aumenta ligeramente de tamaño.

Reestructura el proceso hormonal de glándulas mamarias, durante el embarazo.

---

(4) Ibidem.

Metabolismo Basal, es bajo durante los 3 primeros meses y se eleva durante los 3 últimos del embarazo.

Piel. Además de las estrias abdominales, la pigmentación de los pezones y las areolas, hay otros cambios como la denominada línea negra, línea de color oscuro que se extiende desde el ápndice Xifoides hasta el hueso púbico.

Algunas pacientes presentan la máscara del embarazo o cloasma, coloración oscura que atraviesa el puente de la nariz y se extiende sobre las eminencias molares y alrededor de la línea de inserción del pelo.

En buen número de pacientes hay hirsutismo benigno a causa de los cambios corticosuprarenales.

Aumento de Peso. Durante el embarazo es conveniente que la paciente no aumente más de 10 kgs., la mitad de éste aumento se puede atribuir al feto, placenta, membrana, líquido amniótico y útero hipertrofiado, la otra mitad al desarrollo general del cuerpo. (5)

---

(5) Ibidem. p.p. 97-100



### 1.3. Fisiología del Parto

Trabajo de parto.- Es la serie de fenómenos activos y pasivos que desencadenados al final del embarazo expulsan al producto y anexos al exterior del claustro materno.

Causas del comienzo del parto:

Para explicar cuales son las causas que estimulan a las fibras miométricas para que se contraigan rítmicamente, en forma coordinada y con fuerza suficiente para expulsar el feto, se han propuesto numerosas teorías, pero ninguna por sí sola, proporciona una explicación satisfactoria.

Se habla de la deprivación de la progesterona, basándose que la progesterona producida por la placenta produciría un bloqueo miométrico, haciendo que el útero sea refractario a los estímulos para provocar su contracción y que esta propiedad desaparecería antes de venir el parto. No se ha demostrado la caída de la tasa de la progesterona o de sus metabolitos antes del parto o durante el trabajo de parto.

Se invoca también el inicio del parto a la acción de la oxitocina endógena sobre un útero sensible a su acción, se

---

(6) Dr. Villalaso. Parto y Período Perinatal. pp. 24-25.

apoya esta teoría en que se ha encontrado aumento de la oxitocina antes y durante el parto y disminución de la oxitocinasa en la sangre.

Esta en contra de esta teoría la observación experimental en ciertos casos humanos, que el parto se efectúa con daño importante de la hipófisis.

La teoría de la reducción uterina, que se fundamenta en que las vísceras huecas tienden a vaciarse cuando son distendidas sobre un límite, se apoyó esta teoría en los embarazos múltiples que generalmente adelantan su fecha del parto. Pero por otro lado en casos de muerte fetal en que disminuye el volumen uterino se produce el parto normalmente.

Por último la teoría del control endocrino fetal, en que se dice que la hipófisis del feto es la encargada de determinar la duración del embarazo, basado en la observación experimental en animales en que por destrucción de la hipófisis los embarazos se alargan. Está en contra de esta teoría el hecho que en productos anencefálicos humanos, donde supone grave alteración de la hipófisis, los partos suelen ser normales o de término.

Sin embargo la constancia con que el término de la gestación se produce en el plazo esperado hace pensar en él

alguna correlación del ritmo interior. Si el parto no se inicia en su debido momento se produce una gravísima crisis nutritiva fetal por conflicto entre el feto y su placenta, ya que ésta medida que madura presenta progresivamente zonas de apelmamiento de las vellosidades y de infarto que reducen el espacio intervelloso y su superficie filtrante, en circunstancias que las demandas de oxígeno, por parte del feto, crecen más de prisa que la superficie placentaria. Por otra parte, antes de la 40a. semana el feto no está en óptimas condiciones para desenvolverse en el exterior.

La causa fundamental del parto es esta necesidad de ser expulsado el fruto, una vez que está maduro, pero no conciben con exactitud las causas inmediatas de este fenómeno.

#### Periodos del parto:

Clásicamente el parto se divide en 3 periodos: período de dilatación, período de expulsión y período de alumbramiento.

El período de dilatación comprende desde el comienzo de los dolores o contracciones hasta que el cuello uterino se ha dilatado totalmente.

El período de expulsión empieza en el momento en que el feto comienza a progresar y termina en el momento de su -- completa salida al exterior.

El período de alumbramiento comienza inmediatamente - de la salida del producto hasta la expulsión de la placenta.

#### 1. Período de dilatación:

El período de dilatación se caracteriza por el acortamiento y la dilatación del cuello uterino, resultado de las - contracciones uterinas, de la presión hidrostática de las bolsas de las aguas, de la tracción que sobre las fibras del cuello ejercen del cuerpo y por último la dilatación activa por la disposición espiral de las fibras del cuello. (7)

#### 11. Período de expulsión:

Los dolores de la expulsión son mucho más energicos - que los de la dilatación, también el número de contracciones aumentan los intervalos son más breves y en vez de ser cada 5 minutos como en el período de dilatación, se producen cada 3, cada 2 y a veces cada minuto. (8)

---

(7) y (8) Ibidem, p. 76.

El mecanismo del parto normal en el período de expulsión, se refiere al proceso de adaptación o acomodación de -- porciones adecuadas de la cabeza a los diversos segmentos de la pelvis.

Los movimientos cardinales que se producen en el parto normal son:

- Encajamiento
- Descenso
- Flexión
- Rotación interna
- Extensión
- Rotación externa
- Expulsión

Estos movimientos de acomodación se combinan entre sí incluso varios de ellos se realizan simultáneamente.

#### Encajamiento:

Es el mecanismo por el cual el diámetro biparietal, - que es el diámetro transversal mayor de la cabeza en las presentaciones de vertice, atraviesa la entrada de la pelvis.

**Descenso:**

La cabeza penetra más profundamente en la pelvis, inicia movimiento progresivo hasta el cuarto plano de Hodge.

**Flexión:**

Tan pronto como se encuentra resistencia suficiente, la cabeza llega a doblarse tanto que el menton esta en contacto con el esternon.

**Rotación Interna:**

A medida que desciende la cabeza verifica un movimiento de tornillo, en virtud del cual el occipucio, al mismo tiempo que desciende va girando hasta colocarse debajo de la sínfisis del pubis.

**Extensión:**

Después de que el occipucio sale de la pelvis, la nuca es detenida debajo del arco púbico y actua como punto de relación mientras la sutura sagital, fontanela mayor, frente, órbitas, nariz, boca y menton nacen por extensión.

### Rotación externa:

Una vez que la cabeza quede libre es sometida a otro movimiento.

Si el occipucio estaba dirigido hacia la izquierda, - rotara hacia la tuberosidad isquiatica izquierda y en dirección opuesta si al principio estaba dirigido hacia la derecha.

### Expulsión:

Después de la rotación externa de la cabeza, aparece por debajo de la sínfisis del púbis en hombro anterior y poco después el hombro posterior. Después del nacimiento de los -- hombros es expulsado rápidamente el resto del cuerpo.

### III. Período de alumbramiento

El período de alumbramiento supone 2 fases fundamentales, el desprendimiento placentario y su expulsión.

La fase de expulsión de la placenta se hace por compresión de las paredes uterinas, raramente se hace en forma espontánea por lo que es necesario aplicar un método artificial para terminar el tercer período del parto. (9)

---

(9) Ibidem, p. 80

### 1.3.1. Complicaciones del parto.

#### Distocias del parto.

Distocia.- Se denomina así a un parto difícil o prolongado debido a anomalías del mecanismo de parto, éstas pueden ser por factores maternos, fetales o mixtos que impiden el curso normal del parto.

#### Distocias de origen Materno.

- Alteraciones de la contractibilidad Uterina
- Anormalidades de la Pelvis Osea
- Anomalías de partes blandas del canal del parto.

(10)

#### Distocias de Origen Fetal.

- Tamaño anormal del feto o desproporción cefalo pélvica.
- Presentación anormal que impide efectuar el parto.
- Embarazo gemelar.



#### 1.4. Operación Cesárea

"La operación cesárea es la intervención que tiene -- por objeto extraer al producto de la concepción a través de -- una incisión en las paredes: abdominal y uterina". (11)

La frecuencia de la operación cesárea se ha incrementado en la actualidad debido al aumento de indicaciones que se presentan.

Existe una tendencia a resolver por este medio los -- problemas que ponen en peligro la vida del producto, esto apoyado en avances tecnológicos, nuevos conocimientos médicos y personal especializado.

La operación cesárea que se practicaba esporádicamente fue aumentando poco a poco hasta llegar a un extremo peligroso, muchas veces se realiza sin una valoración adecuada ya que si se presenta algún contratiempo en el parto indican simplemente la cesárea.

A pesar de que se dice que la operación cesárea es un acto quirúrgico que carece de peligros esto es completamente falso, ya que existen como en cualquier tipo de operación. La cesárea esta lejos de ser un procedimiento benigno, prueba de

---

(11) Ibidem, p. 600

ello es la cantidad de complicaciones que se derivan de ésta.

#### 1.4.1. Clasificación de la Cesárea

A través del tiempo y de la práctica han aparecido varios tipos de cesárea de las cuales unas se utilizan más por las ventajas que presentan. En general se clasifican en:

Corporal, Segmento y Segmento Corporal.

Esto según la zona del útero en que se incida. De cada una de ellas existen numerosas variantes basadas principalmente en el criterio del cirujano y de las complicaciones que presente el parto.

#### Cesárea Segmentaria Intraperitoneal.

Esta es la técnica de uso más común. La incisión en la pared abdominal, se emplea la técnica de Pfannestiel se le asignan 2 grandes ventajas propias también de su empleo en ginecología.

1. Rareza de sus eventraciones consecutivas.

2. Su valor estético por quedar oculta la cicatriz bajo el vello pubiano.

Desventajas.- La incisión transversal esta menos indicada en los casos sépticos. La gran cantidad de grasa y tejido celular puesto al descubierto es muy grande. La extensión del proceso infectivo se ve favorecido y la cicatrización por segunda intención es particularmente penosa. (12)

Hoy son muy raras las infecciones y abscesos del Pfanniestel practicado en un quirófano adecuadamente aseptico.

Muchos obstetras utilizan la incisión longitudinal en lugar de la Pfanniestel y arguyen que tienen la ventaja de -- dar un campo más amplio y de ser más fácil y rápida su ejecución.

Unicamente practican la incisión transversal en los siguientes casos:

- Urgencia fetal extrema, en esta tardan 3 ó 4 minutos menos en extraer el feto.

Casos sépticos aún como se ha dicho anteriormente no siempre precisa.

Desventajas.- El sangrado de la gruesa y vascularizada pared uterina es abundante, no es posible conseguir una --

(12) Macia Carrera, José. Tratado y Atlas de Operatoria Obstétrica. p. 379.

buena peritonización de la herida uterina y las adherencias - intestinales en la cicatriz uterina pueden dar lugar a una -- obstrucción intestinal, la cicatrización del miometrio es defectuosa, la formación de trayectos fistulosos y el fluido pu rulento de la cavidad uterina peritoneal es común.

#### Cesárea Segmentaria.

En general la intervención de elección es la que inci de en el segmento inferior uterino, haciendo incisión trans-- versa por las siguientes razones:

- Disminuye el peligro de infección postoperatoria.
- Disminuye el peligro de obstrucción intestinal.
- La incisión uterina recae en la zona de menor activi dad uterina.
- Va acompañada de menor hemorragia y es más fácil de cerrar que la incisión clásica.
- La probabilidad de que la cicatriz se rompa en un embarazo posterior es menor que con la incisión clá sica.

1.4.2. Complicaciones Maternas en la Operación Cesárea.

I. Infecciosas

1. Infecciones uterinas por retención de restos placentarios.

a) Endometritis

b) Miometritis

II. Hemorragias.

Ruptura de varices en el segmento

- Extracción incompleta de la placenta.

- Placenta acreta y/o sobre la cicatriz.

- Hemorragia inadecuada en la histerrorrafia.

Hematomas en los angulos de la incisión

Anatomía Uterina

Trastornos de la coagulación

III. Anestésicas

Paro cardiaco

Reacciones Toxémicas

Punción de la Duramadre

#### IV. Urinarias

1. Cistitis

2. Paresia vesical

3. Ureteropielitis

4. Lesiones de la vejiga

5. Traumatismos sobre el uretero

6. Fístulas urogenitales

7. Insuficiencia renal aguda

8. Exclusión renal

#### V. Digestivas

1. Dilatación del estómago

2. Ileo paralítico

3. Obstrucción intestinal mecánica

4. Lesiones Traumáticas

## VI. Respiratorias

1. Infecciones. Bronconeumonía
2. Broncoaspiración
3. Embolias e infartos pulmonares
4. Edema agudo del pulmón

## VII. Vasculares

1. Tromboflebitis
2. Flebotrombosis
3. Embolias

## VIII. En la pared Abdominal

1. Fusión del tejido celular
2. Infección de la herida. Abscesos
3. Dehiscencia de planos superficiales
4. Eventración

## IX. Postransfusionales

1. Anafilaxia
2. Reacciones de intolerancia

### 3. Transmisión de enfermedades

## X. Complicaciones Tardías

1. Endometriosis

2. Hernia de la pared

3. Dehiscencia de la cicatriz uterina

4. Sinequias

5. Alteraciones de la fertilidad

#### 1.4.2. Complicaciones de la operación cesárea.

##### Infección de Herida Quirúrgica.

Las infecciones de herida quirúrgica son las principales complicaciones que se presentan en éste tipo de pacientes.

Influyen numerosos factores tanto de la paciente como del medio hospitalario. Son factores determinantes: la desnutrición, anemia, falta de control prenatal, medio socioeconómico bajo, toxemia, diabetes deshidratación y cualquier otro tipo de padecimientos que debilite a la paciente.

La infección es más frecuente en las pacientes obesas por la acumulación de suero y sangre en los tejidos gruesos -



subcutaneos, lo que resulta un buen medio de cultivo para las bacterias. También predisponen a ella los estados anémicos, - la desnutrición y las enfermedades crónicas debilitantes. (13)

Otro factor importante en el medio hospitalario son - los tactos repetidos con las membranas rotas por falta de - - asepsia o de el uso de material mal esterilizado.

La infección no necesariamente es mortal sino por el contrario casi siempre es transitoria y abarca desde la infección de la pared pasando por infecciones localizadas en la cúpula vaginal, parametritis, endometritis hasta procesos más - avanzados y graves como la pelviperitonitis, peritonitis generalizada y septicemia. (14)

Muchas de las infecciones que presentan la paciente - son de origen endógeno esto se comprueba porque son poducidos muchas veces por bacterias que forman parte de la flora nor-- mal y solo bajó condiciones muy especiales son capaces de pro ducir la infección.

Como ejemplo de este tipo de bacteroides tenemos al - bacilo *Fragilis* que se encuentra en la parte alta de los sis-- temas respiratorio, genital y digestivo, predomina en el in--

---

(13) Macia Carrera, José. op. cit. p. 419..

(14) Ruiz Velazco, Victor. op. cit. p. 121.

testino grueso.

La entrada de estos gérmenes esta basado en el mal manejo de la asepsia y antisepsia, por el equipo humano, deficiente técnica quirúrgica, como: mala hemostasia, sutura irregular, espacios muertos, incisión de vejiga o intestinos.

La infección producida en estas pacientes, no necesariamente debe limitarse solo a la incisión abdominal ya que también afecta a los genitales, aparato urinario así como las glándulas mamarias.

#### Dehiscencia de Herida Quirúrgica

Fisiología de la Cicatrización.- Al existir una herida, aparece la hemorragia y un coagulo de sangre llena el defecto. El fibrinógeno proporciona una red de moléculas que acercan los bordes de la herida, se forma costra al secarse la fibrina y otras proteínas en las superficie, sellan la herida y evitan la pérdida de líquidos y la invasión bacteriana.

La reparación se acelera activamente con la migración de leucocitos y su paso a la herida.

Los neutrófilos rompen e ingieren restos celulares y su acción sigue a la de los monocitos que se vuelvan macrófagos en la herida y continúan el proceso de ingestión de restos celulares.

El proceso de cicatrización ocurre en forma ascendente desde el plano más profundo de la herida. Las células epidérmicas emigran desde los bordes de la incisión y preparan el terreno para que los fibroblastos comiencen la reconstrucción.

El tejido de granulación incluye vasos sanguíneos y linfáticos que proliferan desde el tejido menos traumatizado hasta la base de la herida. (15)

No solo una causa es responsable de todas las dehiscencias de las heridas sino hay muchos factores implicados ya sea solos o en combinación.

Estos factores incluyen desnutrición, hipoproteínemia, deshidratación, avitaminosis, anemia, edad avanzada, esfuerzos y tos violenta, distensión abdominal, infección de la herida, hematoma, peritonitis, anestesia deficiente, padecimientos malignos, enfermedades sistémicas y cierres defectuosos de

---

(15) Brunner, Suddarth. Enfermería Médico-Quirúrgica. p. 194.

la herida. La infección y el cierre incompleto del peritoneo son otras causas importantes. (16)

Las dehiscencias de la herida por lo regular se presentan de 6 a 8 días después de la operación.

Generalmente cuando hay infección ésta puede producir absceso y hematoma en los espacios muertos principalmente si la paciente es obesa, debe tenerse muy en cuenta ya que el absceso se forma en las capas profundas de la pared abdominal empieza debajo de la aponeurosis y afecta las capas musculares. Otra causa importante es el defectuoso cierre de la herida ya sea por falta de experiencia del cirujano, para no realizar una buena técnica quirúrgica o de deficiente anestesia ya que la paciente esta agitada y haciendo esfuerzos o dificultando la sutura. En el esfuerzo que hace la paciente puede provocar que una asa intestinal o parte del epiplón penetre en la abertura peritoneal y a esto se deba una separación de los bordes de la herida.

En las pacientes que contraen infecciones pulmonares agudas después de la anestesia por inhalación, la tos resultante por el esfuerzo llevara a cabo la dehiscencia.

---

(16) Greenhill, J.P. Obstetricia, pp. 360-365.

No se ha demostrado que el tipo de material de sutura tenga relación con la dehiscencia.

#### Hemorragias.

La hemorragia es una de las principales complicaciones de las pacientes sometidas a cesárea, ésta se puede producir en el transcurso de la operación o en el postoperatorio, muchas veces es debido a una mala hemostasia en la cual no sutura los vasos sangrantes adecuadamente. En otras ocasiones la hemorragia es producida por encontrarse placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, tumores genitales, trastornos de la coagulación.

#### Complicaciones ocasionadas por la Anestesia.

Es una de las principales causas de muerte en las pacientes esto es por la administración defectuosa del anestésico dosis mal aplicada,..... O también pueden ser por anafilaxia obstrucción de las vías aéreas superiores por espasmos, - secreción, cuerpos extraños.

Cerca del 75% de las operaciones cesáreas son de urgencia con pacientes obesas, toxemicas, con sedación profunda estomago lleno, deshidratación, pacientes en general graves.

Afortunadamente la enorme mayoría de las complicaciones ocasionadas por la anestesia son transoperatorias.

El aparato urinario esta muy relacionado y próximo con el aparato genital por lo que se contaminará fácilmente el primero.

Comprenden en primer lugar por su frecuencia los problemas infecciosos como la cistitis o ureteropielitis predispuestos por la estasis uretral del embarazo. La insuficiencia renal aguda puede ser ocasionada por la infección, acompañada de bacteremia generalizada o choque bacterémico por hipovolemia e hipotensión en los grandes cuadros hemorrágicos.

Menos frecuentes se producen lesiones uretrales en forma de ureterovaginales, hidronefrosis o riñón excluido, lesiones causadas al tratar de desimpactar por vía abdominal la cabeza fetal, ocasionando desgarros vaginocervicales que al suturarse lesionan al útero o causadas al tratar de hacer hemostasia sobre los vasos uterinos cuando se dañan principalmente al no corregir la dextrorrotación por lo que son más frecuentes las lesiones del úterero izquierdo. (17)

---

(17) Ruíz Vicazco. op. cit. p.p. 123, 124.

### Complicaciones del Aparato Respiratorio.

Las principales complicaciones son la infección de vías aéreas altas como son la faringoamigdalitis, gripe faringitis, ... y las más peligrosas producidas por estreptococos hemolíticos como las broncopulmonares y las más graves son embolia o infarto pulmonar.

### Complicaciones Vasculares.

Son la tromboflebitis y flebotrombosis, se pueden presentar en las pacientes con antecedentes de varices desde los primeros embarazos por la presencia de edemas que comprimen los vasos, la compresión de la vena cava por el agrandamiento del útero y esto trae como consecuencia el aumento de la presión venosa en miembros inferiores, pero actualmente se cuenta con anticoagulantes y la movilización temprana en el postoperatorio han disminuido notablemente este tipo de complicaciones. (18)

### Complicaciones Transfusionales

Esto se puede producir por equivocación de grupo y del factor RH de la paciente; y se puede complicar si se depo

---

(18) Ibidem.

sita hemoglobina en los tubulos renales produciendo insuficiencia renal aguda.

También puede contraerse sifilis o hepatitis por transfusión de sangre infectada.

### Complicaciones Tóxicas

La anafilaxia se presenta por el abuso de drogas especiales y antibióticos a veces no necesarios aunque casi no se presentan, son muy peligrosas.

### Complicaciones en el Aparato Digestivo

Estas complicaciones se manifiestan en forma de dilatación aguda del estómago y falta de transito intestinal esto es producido generalmente cuando se fija un asa intestinal a la pared.

Puede existir ileo paralítico, la causa de esto puede ser: compresión del intestino en el embarazo, manifestación de infección peritoneal, como consecuencia del desequilibrio hidroelectrolítico postoperatorio, también se puede producir lesiones al recto sigmoideo y asas del intestino delgado con la aguja quirúrgica esto provoca complicaciones graves.



### Complicaciones Tardias

Son observables después de haber sido dadas de alta a las pacientes postcesárea como por ejemplo: la hernia de pared cuando las incisiones son en sentido vertical, la endometriosis, dehiscencia de cicatriz uterina en embarazos siguientes.

También son frecuentes las sinequias intracavitarias esto cuando hubo complicaciones infecciosas y retención de restos en útero. Puede también haber esterilización en pacientes que se les efectuó legrado uterino y haya afectado a el endometrio seriamente, esto afectará a embarazos futuros.

Estado inmunológico de la paciente.

La inmunidad es la resistencia al posible ataque por algún agente infeccioso, por eso la inmunidad y la infección son inseparables, se vive en un mundo lleno de microorganismos, cada faceta de nuestra existencia nos pone en contacto con bacterias, hongos, virus y toda una diversidad de otras formas parasitarias e potencialmente parasitarias, el humano ha adquirido un mecanismo sofisticado para enfrentarse con los invasores patógenos potenciales.

Tal mecanismo es la esencia de la resistencia natural, la cual se puede definir como los factores combinados de las barreras anatómicas, digestión por fagocitosis celular, fundamental, digestión fagocitos y mecanismos efectores (como el complemento), todos los cuales son modificados por el estado nutricional, hormonal y de conformación genética. (19)

Las defensas del huésped contra la infección son locales y generales, inespecíficas, humorales y celulares.

Es difícil la identificación de cualquier agente infeccioso que no desafíe los múltiples mecanismos de defensa del huésped, en efecto el concepto de defensa de trasplantes del huésped es crucial para nuestro entendimiento de la susceptibilidad a la infección. Por lo tanto la "redundancia inmunológica" puede explicar en medida razonable la buena salud aun ante algún defecto inmunológico, aparentemente significativo del huésped. (20)

#### 1.4.3. Infección Puerperal Postcesarea

En el puerperio inmediato o período postparto inmediato, domina en las anomalías del puerperio la hemorragia -

---

(19) H. Hug Funderberg, Manual de Inmunología Clínica. p. 241.

(20) Ibidem.

post-parto. Pasada esta etapa del puerperio, se presenta con más frecuencia la patología de la infección puerperal.

#### Hemorragia del post-parto.

Las causas principales de esta patología es la inercia uterina, la retención de fragmentos placentarios y las laceraciones del tracto genital (especialmente del cuello y vagina).

Cuando la hemorragia post-parto es causada por la inercia uterina puede ser de magnitud variable, pero la habitual es que sea severa amenazando la vida de la madre. Por la exploración física, palpación del útero, se percibe como una bolsa blanda agrandada por el volumen de sangre que contiene, despresible y que no experimenta episodios de contracciones o se contrae a intervalos, como medida profiláctica, para evitar los riesgos de la hemorragia post-parto, es aconsejable no abandonar a la paciente antes de que haya transcurrido siquiera una hora de que ha terminado el alumbramiento, con fines de controlar la cuantía del sangrado y el estado de contracción del útero, también con fines preventivos se usan los ocitocicos. (21)

---

(21) Villazazo. Op. cit. p. 163

El sangrado cuya causa es la retención de fragmentos placentarios, puede ser irregular, de aparición variada, continua o intermitente, escaso o abundante, iniciarse de inmediato o tardíamente (horas o días después del parto). La presencia de trozos placentarios favorece las infecciones puerperales.

Como medidas preventivas de estas anomalías se debe revisar cuidadosamente la integridad de la placenta y membranas y llevar a cabo la revisión manual de la cavidad uterina.

#### Infección puerperal.

La infección puerperal es consecuencia de la invasión por gérmenes patógenos al canal genital durante el posparto.

La infección generalmente comienza en el endometrio ocasionando endometritis y puede quedar localizada a este nivel o propagarse a otras zonas cercanas o distintas dependiendo del tipo y virulencia de los gérmenes invasores y de la reacción y resistencia de la paciente. (22)

La manifestación más preponderante de la infección puerperal es la fiebre, que guarda ciertas características de valor diagnóstico: aparece durante 2 días consecutivos en los primeros 10 días del posparto, excepción de las primeras 24-- hrs. del puerperio; debe ser de 38°C. o más. Estas características deben analizarse con un registro termico cada 4 hrs.

En la etiología de las infecciones puerperales se distinguen:

1) Causas Predisponentes

a) Durante el embarazo

- Las infecciones genitales
- El coito realizado en etapas avanzadas al embarazo, - por el peligro de romper las membranas.
- El baño de tina

b) Durante el Parto

- Exploraciones vaginales en malas condiciones de asepsia o también por el posible arrastre de microorganismos patógenos presentes en las vías genitales de la parturienta.
- Ruptura prematura de las membranas.

- Parto prolongado
- Sangrados anormales
- Operaciones obstétricas
- En el alumbramiento la retención de fragmentos placentarios y/o membranas.

## 2. Causas determinantes:

- Se refieren a los microorganismos responsables de la infección puerperal que puede introducirse a partir de fuentes exógenas o ser elementos componentes normales de la flora vaginal.

Los gérmenes que con más frecuencia se encuentran en estas infecciones son los estreptococos y entre estos los anaerobios.

Le siguen en orden de importancia los estafilococos, los microorganismos coliformes y más raramente el neumococo, gonococo y clostridium.

Las puertas de entrada o vías de infección que siguen los gérmenes, son importantes de considerarlas por la proyección preventiva que tiene su conocimiento. La infección puerperal puede hacerse por autoinfección, que puede ser espontánea.

nea, es decir provocada por gérmenes que se encuentran en el propio organismo de la paciente y sin medir otras causas externas; artificial, también por gérmenes presentes en la paciente (vagina, vulva, etc.) y que son introducidos por manio bras exploratorias o quirúrgicas. (23)

Por último puede tratarse de una heteroinfección, es decir por gérmenes de otras personas como la nasofaringe de las personas que atienden a la paciente.

La instalación de la infección puerperal es favorecida por la "herida" de la pared uterina (sitio de la implantación de la placenta especialmente), la vecindad con la vagina (que es una zona séptica) y las laceraciones que se producen en el parto.

La infección puerperal primitivamente localizada en el útero (endometritis, cervicitis) puede pasar a complicarse con la infección de otras estructuras, así siguiendo la vía hematógica puede provocar: septicemia, tromboflebitis, septicopiohemia.

Por la vía linfática; celulitis pélvica, pelviperitonitis y peritonitis generalizada. Por último por contiguidad

---

(23) Ibidem.

la infección puede propagarse dando lugar a salpingitis y peritonitis.

#### Cuadros clínicos

Dependen:

- Forma clínica
- Grado de extensión
- Microorganismo involucrado
- Terapia instituida
- Estado previo de la paciente

#### Signos cardinales

- Fiebre precedida de escalofríos (38°C.)
- Taquicardia (desproporcional a la fiebre)
- Leucocitosis (5000 por arriba del nivel anteparto o mayor - de 20,000).
- Dolor a la palpación uterina con extensión a parametrios.
- Loquios, varían de seropurulentos inodoros a purulentos con olor fétido (dependiendo del microorganismo)
- Induración parametrial (parametritis)
- Tumuración parametrial con o sin disección del fondo de sa



- co de Douglas (absceso pélvico).
- Tumoración anexial (salpingitis o absceso tuboovarico).
- Signos de irritación peritoneal.
- Choque séptico (taquicardia mayor de 120, hipotensión, oliguria, puede cursar sin fiebre).
- Datos de focos sépticos secundarios: pulmonares, endocarditis, absceso subfrénico.
- Datos por tromboflebitis pélvica
- Fiebre persistente post resolución de foco primario  
embolia pulmonar séptica
- Datos por otras complicaciones  
Coagulación intravascular diseminada
- Formas clínicas especiales  
Forma epidémica (por estreptococo beta hemolítico)  
Signos y síntomas tempranos (24-72 hrs.)  
Síndrome febril, distensión abdominal, ausencia de peristaltismo subinvolución uterina, dolor uterino y parametrial.  
Loquios escasos, serosanguinolentos y sin olor.  
Diseminación linfática y bacteremia tempranas.

### 1.5. Métodos de Diagnóstico de la Infección Puerperal.

- Examen físico completo.
- Placa de abdomen de pie.
- Ultrasonografía de útero para verificar si se encuentran - restos placentarios.
- Antibiograma
- Hemocultivo, son generalmente negativos, si fuera positivo indicaría la extensión linfática o tromboflebitis.
- Biometría hemática.
- Química sanguínea.

### 1.6. Tratamiento Médico y Quirúrgico de la Infección Puerperal.

Primordialmente médico

- Antibióticos de amplio espectro de primera instancia.
- Antibióticos selectivos según germen causal.

- Medidas de soporte (líquidos, transfusiones, posición de se mi Fowler.
- Aislamiento

#### Medidas específicas para complicaciones

- Choque séptico
- Tromboflebitis pélvica
- Coagulación intravascular diseminada

#### Tratamiento Quirúrgico

- Legrado uterino, solo antes sospecha de retención de restos.
- Histerectomía y salpingooforectomía, solo antes falla para responder a tratamiento médico.
- Drenaje de abscesos de fondo de saco
- Drenaje de abscesos a distancia
- Ligadura de vena cava y venas ováricas (en tromboflebitis - pélvica con embolia pulmonar).

#### Prevención

- Evitar parto traumático
- Uso cuidadoso de técnicas asépticas en la paciente en trabajo de parto y puerperio.

- Evitar coito 6-8 semanas anteparto.

1.7 HISTORIA NATURAL DE LA INFECCION PUERPERAL

POSTCESAREA

MUERTE

FACTORES DEL AGENTE:

- Bacteroides fragilis
- Organismo común de la parte inferior del intestino y del tacto vaginal.
- Se encuentran en casi todas las pacientes gravemente enfermas con absceso pélvico.
- Sus infecciones se consideran endógenas.

FACTORES DEL HUESPED:

Sexo: Femenino  
 Edad: jóvenes fértiles  
 Raza: A todas las razas  
 Nivel socioeconómico: bajo  
 Hábitos Higiénicos-Detec  
ticos: deficientes.  
 Estado Inmunológico:  
 desfavorable.

FACTORES DEL AMBIENTE:

Condiciones especiales que comprometen la integridad defensiva del huesped.

ESTIMULO DESENCADENANTE:

Fiebre, taquicardia, escalofríos, diaforesis, adinamia, dolor en herida quirúrgica con induración y enrojecimiento alrededor de ella.

Estado general grave, fiebre absceso en herida quirúrgica dehiscencia de herida quirúrgica subinvolución uterina, loquios fetidos, deshidratación.

COMPLICACIONES:

Endometritis, peritonitis, septicemia, tromboflebitis, insuficiencia renal aguda, absceso pulmonar.

SECUELAS:

Esterilidad, problemas psicológicos.

HORIZONTE CLINICO

Inflamación y activación de la función fagocitaria. Supuración en infecciones quirúrgicas.

CURACION

Invasión de gérmenes patógenos al canal genital.

PERIODO PREPATOGENICO

PERIODO PATOGENICO

PREVENCIÓN PRIMARIA	PREVENCIÓN SECUNDARIA		PREVENCIÓN TERCIARIA
Promoción de la Salud	Diagnóstico temprano	Limitación de la Incapacidad.	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Normas nutricionales adecuadas.</li> <li>- Control Prenatal</li> <li>- Educación higiénica</li> <li>- Vigilancia médica periódica.</li> <li>- Educación Sexual.</li> </ul>	<p>Historia clínica completa.</p> <p>Exámenes de laboratorio:</p> <p>Biometría hemática, química sanguínea.</p> <p>Cultivo de loquios y secreción de herida con antibiograma.</p>	<p>Educación de la paciente sobre planificación familiar y paternidad responsable.</p> <p>Conservación de la función reproductiva en la madre joven.</p> <p>Prevención de secuelas maternas.</p>	<p>Mejorar estado psicológico.</p> <p>Renovar hábitos higiénicos y nutricionales.</p> <p>Disminución de peso.</p> <p>Control Anticonceptivo.</p> <p>Evitar el embarazo por el peligro de dehiscencia. (en 2 años).</p>
<p>Protección Específica</p> <p>Control Prenatal Adecuado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Control de peso</li> <li>- Estado nutricional adecuado.</li> <li>- Ejercicio al aire libre.</li> <li>- Exámenes de laboratorio generales y específicos.</li> <li>- Evitar coito 6 a 8 semanas anteparto.</li> <li>- Uso estricto de técnicas de asepsia y antisepsia.</li> </ul>	<p>Exámenes de Gabinete:</p> <p>Ultrasonido de cavidad uterina, placa de tórax, placa de abdomen (de pie).</p> <p>Tratamiento Oportuno:</p> <p>Adecuada técnica quirúrgica.</p> <p>Extracción de restos placentarios (legrado)</p> <p>Antibiótico adecuado</p> <p>dieta balanceada, drenar abscesos.</p> <p>Medidas de soporte; Líquidos, transfusiones, Aislamiento, posición semifowler.</p>		

## II. HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA

Ficha de identificación

Nombre.- R.F.C.

Edad.- 19 años

Sexo.- Femenino

Cama.- 107

Estado Civil.- Soltera.

Ocupación.- Mesera

Religión.- Católica

Lugar de Origen.- Valle de Bravo, México.

Residencia actual.- México, D.F.

Nivel y Condiciones de Vida

Ambiente físico:

Habitación.- En regulares condiciones de iluminación y ventilación, casa propia, la construcción es de ladrillo y cemento, cuenta con 2 habitaciones, conviven con un animal doméstico (un gato).

Agua intradomiciliaria, el carro de basura pasa cada 3 días la eliminación de desechos es por drenaje.

Transporte.- Metro, camión y pesero.

Servicios médicos.- Ninguno

Hábitos higiénicos.- Baño cada tercer día con cambio de ropa total, se lava las manos frecuentemente, aseo de dientes una vez al día.

Alimentación.- Baja en calidad y mucha en cantidad, - le desagrada la carne de puerco.

Eliminación.- Vesical 5 veces al día e intestinal 3 - veces.

Descanso.- Duerme alrededor de 8 hrs. diarias.

Estudios.- Hasta el 2o. año de secundaria

Trabajo.- Se desempeña como mesera

#### Comprensión Familiar

Actualmente vive con sus padres, su padre tiene 52 -- años de ocupación obrero, el cual no participa en el gasto -- del hogar.

Madre de 51 años trabaja de galopina, es la que man-- tiene al hogar, hermano de 15 años que no trabaja ni estudia y una hermana de 12 años que no estudia.



Dinámica Familiar.- Existen conflictos familiares.

Dinámica Social.- No tiene amigos y actualmente sale a divertirse muy poco.

Comportamiento.- Tuvo que abandonar las reuniones sociales para atender a su hijo.

#### Antecedentes Personales Patológicos

Sarampión a los 5 años de edad, refiere que fue atropellada hace 2 años sin pérdida del conocimiento, quedandole una cicatriz en la pierna izquierda.

#### Antecedentes Familiares Patológicos

Tia paterna muerta por soplo al corazón y la familia de su padre es obesa.

#### Padecimiento Actual

La paciente ingresa en el servicio de admisión de obstétrica con los siguientes datos ginecoobstétricos, menarca a los 12 años con ciclos de 30 por 6 con sangrado abundante.

V.S.A. a los 15 años, gesta II, paras I aborto O cesárea O. Actualmente tiene 19 años con amenorrea de aproximadamente 40 semanas ya que no supó la fecha de su última regla - por estar lactando a su primer hijo.

Inicia con contracciones uterinas el día 3 de marzo a las 8 de la noche motivo por el cuál decide asistir al hospital para su atención.

#### Exploración Física

Aspecto Físico.- Se encuentra excedida de peso.

Medición.- Mide 1:48 con peso de 76 kgs.

Abdomén.- Globoso a expensas de útero gestante con -- producto único vivo de presentación podalica, posición a la -- derecha, situación longitudinal con foco cardiaco fetal de -- 148 por minuto.

Extremidades.- Sin datos patológicos aparentes.

Diagnóstico de ingreso.- Embarazo de término con producto en presentación podalica por la posibilidad que existe de retención de cabeza se decide interrumpir el embarazo por la vía abdominal.

Diagnóstico Postoperatorio.- Cesárea Kerr Pfannestiel.  
Sin complicación en el transoperatorio, sangrado de 600 ml.

Tipo de Anestesia.- Bloqueo Epidural (BED).

Evolución de la paciente.

2o día de postoperatorio, refiere dolor tipo cólico - en hipogastrio el cual se irradia a la región abdominal, sus ingestas son adecuadas no así sus excretas diuresis normal, presenta fiebre de 38.5 grados C.

3o día continúa con fiebre, presenta faringe y amígdalas hiperémicas con natas de fibrina en retrofaringe, se le administra penicilina procaínica de 800,000 u. c/24 hrs. I.M.

6o día, sigue presentando fiebre de 38.5°C, faringoamigdalitis en remisión, faringe ligeramente hiperémica.

Por la tarde la herida quirúrgica fue debridada con salida de secreción hemopurulenta, con olor fétido, se administra ampicilina de 500 mgs. c/6 hrs.

7o día, con mala evolución clínica ya que el día de ayer presentó fiebre y se drenó absceso de pared, llama la atención la involución uterina la cual hace pensar en retención de restos placentarios por otra parte aldrenarse el - -

absceso adecuadamente no debe existir fiebre, se indican 2 cu  
raciones al día, analgésicos cada 6 hrs. V.O. ampicilina 500  
mgs. V.O. c/6 hrs.

8o. día, la herida quirúrgica se encuentra con abun--  
dante secreción serohemática no fétida.

9o. día, mala evolución clínica en las últimas 48 ho--  
ras, reapareció la fiebre, el urocultivo fué negativo y la --  
biometría hemática muestra una leucocitosis de 14,603 con lin  
focitos de 4256 segmentos, la herida quirúrgica deshiscente -  
debe ser abierta totalmente ya que está cubriendo probable --  
absceso y se sigue observando la mala subinvolución uterina -  
por lo cual se ha pedido ultrasonido pélvico, parametrio dolo  
roso a la palpación, control de temperatura por medios fisi--  
cos, cultivo de secreción de loquios.

13o. día, continua la subinvolución uterina, persiste  
la fiebre por lo cual se piensa en retención de restos placen  
tarios se hará revisión de cavidad uterina, se indica ayuno,  
penicilina sódica cristalina 4,000.000 u. c/6 hrs. I.V. genta  
micina 60 mgs. cada 8 hrs. I.V.

14o. día, se cree que el cuadro infeccioso se encuen  
tra en las vías urinarias, el útero subinvolucionado por lo -

que es probable retención de restos placentarios, se programa para revisión de cavidad uterina y legrado uterino instrumental (LUI), así como reconstrucción de pared abdominal (plastia de pared abdominal), se indica ayuno, mantener vía permeable con solución glucosada al 5% de 500 ml., penicilina sodica cristalina 5,000,000 U. IV. c/4 hrs., gentamicina 60 mgs. IV. c/8 pasar al quirófano.

#### Reporte de Medicina Interna

Se detectan los siguientes problemas:

1. Anemia Crónica Agudizada, la paciente en su control prenatal, tenía cifras de HB de 12.8 (5-II-84) y ha descendido a 7.2 (19-III-84), por pérdida hemática del parto y de la enfermedad secundaria con puntos de partida de pared abdominal y miometrio.
2. Miometritis Postcesarea.- Con base en la subinvolución uterina y síndrome febril.
3. Infección de pared abdominal postherida quirúrgica de operación cesárea, que se sutura de segunda intención y que drenó secreción purulenta abundante que justifica debridación de la misma.

Plan: valorización por el jefe de servicios de ginecología, corregir anemia con transfusión de paquete globular y mantener terapia antimicrobiana.

14o. día, Nota Postquirúrgica.- Se le efectuó revisión de cavidad y (LUI) solo refiere escasos restos de coagulos y tejido decidual, no fétido, se halla un absceso de pared no detectado anteriormente y se efectúa cierre de herida quirúrgica por 2a. ocasión, la paciente no se queja de molestias por el momento.

La herida quirúrgica se curará mañana para empezar a retirar penrose 2 cm. diarios de acuerdo a secreción, loquios normales, se retiró sonda de Foley, la diuresis ha sido normal.

16o. día, continua la paciente con hipertemia hasta 39°C, palidez de tegumentos, involución uterina es a nivel de cicatriz umbilical, el pulso es de 104 signo de anemia clínica, la cual se confirma con biometria hemática que apoya un proceso infeccioso localizado en útero o pared abdominal.

A la exploración clínica, se encuentra palida, mala involución uterina, fondo uterino 16 cm. por arriba del púbis, de consistencia dura, no dolorosa, de la herida quirúrgica ex

pulso secreción purulenta, por todos estos datos se piensa en una colección purulenta, localizada en útero y/o abdomen y pared abdominal.

Por lo tanto se piensa que la resolución del problema quirúrgico, se cambiará de antibiótico, se restablecerá el estado general de la paciente y además se pedirán estudios de gabinete.

Indicaciones.- Dieta normal, solución glucosada 5% de 1000 ml para 8 hrs. cloranfenicol 750 mg. I.V. cada 6 hrs., - registro de curva térmica, tele de tórax simple, abdomen de pie y decúbito, ultrasonido y electrocardiograma, transfundir 2 paquetes globulares, hoy se hará valorización por el jefe del servicio, retirar 2 puntos de herida quirúrgica.

#### Reporte de Ultrasonido

Reporta parametritis derecha secundaria, probable hematoma de la histerorrafia y retención de restos placentarios, se cambia de antibiótico encaminado a combatir a el B. Frigida, se retransfundirán 2 paquetes globulares se enviara a unidad tocoquirúrgica para realizar legrado uterino instrumental (LUI) y debridación de pared abdominal.

18o. día, primer día del 2o. legrado uterino y debri-  
dación de absceso de pared con evolución clínica favorable ya  
que no ha presentado fiebre; con signos vitales de:

F.R. 18 T. 36° C TA 90/60 FC 72

se refiere asintomática, herida quirúrgica con secreción hemá-  
tica escasa cantidad, fondo uterino se encuentra a nivel de -  
cicatriz umbilical, contraído no doloroso aparentemente, los  
loquios son escasos, no fétidos, se espera mejor evolución --  
clínica, se efectúan 2 curaciones diarias y se espera la invo-  
lución uterina adecuada, aunque aún esta bastante aumentado.

19o. día, se refiere asintomática, se están efectuan-  
do 2 curaciones diarias y se agrega miel de abeja, útero a ni-  
vel de CU directa normal, cloranfenicol caps. de 500 mgs. c/6 -  
hrs. V.O.

20o. día, presenta pico febril con decaimiento psico-  
lógico, buena evolución clínica.

22o. día, la evolución hasta el momento es favorable  
no ha presentado fiebre, herida quirúrgica con bordes, hay --  
buen tejido de granulación y escasa secreción mucosa, el úte-  
ro involuciona adecuadamente, se propone cierre de pared pre-  
via autorización de la paciente (ya que tiene miedo que se le  
vuelva a infectar) y probable alta mañana; continua con clo-  
ranfenicol 500 mg. c/6 hrs. V.O.



23o. día, se solicita ultrasonido para control, y corroborar la desaparición del hematoma observado en el estudio previo, según como sea reportado se propondrá cierre por 2a. intención.

Indicaciones: interconsulta a Ultrasonido y después - la valorización de alta.

#### Exámenes de Laboratorio

Tipo	Cifras Normales	del Paciente	Observaciones
<u>Hematología</u>			
Hemoglobina	12.8 - 17	10.00	Disminuido
Hematocrito	40 - 52	30	Disminuido
Leucocitos	5,000-10,000	13,490	Aumentado
Monocitos	4 - 9	2	Disminuido
Linfocitos	24 - 38	33	
Segmentados	45 - 65	64	
Glucosa	60 - 100 mgs.	94 mgs.	
<u>Orina</u>			
Glucosa	Negativa	Negativa	
Densidad	1003 - 1035	1011	
Albumina	Negativa	Indicios	
Sedimento	-10 leucocitos	eritrocitos	
Creatinina	0.75 - 1.2 mgs.	1.1 mgs.	
Uricultivo		Negativo	

Comentarios:

Los valores disminuidos de hemoglobina y hematocrito indican que existe anemia.

- La leucocitosis indica que existe una infección.

Las inflamaciones en cualquier parte del cuerpo y las enfermedades con formación de abscesos suelen causar aumento del recuento y el incremento en el número de leucocitos polimorfonucleares.

- Monocitos disminuidos.- Son una fuente fácilmente disponible de fagocitos móviles que se acumulan y llevan a cabo su función de fagocitosis en sitios de inflamación y necrosis tisular en cualquier sitio en que aparezcan.

- Los linfocitos que se encuentran en los valores normales son de gran importancia para la paciente, ya que de éste tipo de células depende la capacidad y suficiencia inmunológica del organismo.

Exámenes de gabinete:

Se reporta hematoma de la histerorráfia en parametrio derecho, se encuentran restos placentarios en cavidad uterina

por medio del diagnóstico ultrasónico.

#### Reporte de Ultrasonido

Estudios solicitados.- Ecosonografía pélvica, descartar hematoma de pared abdominal y se observa dehiscencia completa de herida quirúrgica en el útero se encuentra involucionado compatible al 6o. día de puerperio.

Existe zona ecogénica circunscrita a la comisura derecha de la histerorrafia, se aprecia aumento de la ecogenidad, ecos es el interior de la cavidad.

Los datos son compatibles con la última nota de exploración ecográfica.

#### Conclusion:

Hematoma de paramétrio derecho, iniciándose en histerorrafia.

Subinvolución uterina.

Compatible con proceso séptico.

## 2.1. Detección de problemas

2.1.1. Retención de restos placentarios

2.1.2. Dehiscencia de herida quirúrgica

2.1.3. Desnutrición

2.1.4. Obesidad

2.1.5. Mamas turgentes

2.1.6. Depresión

2.1.7. Desequilibrio hidroelectrolítico

2.1.8. Bajo nivel socioeconómico y cultural

## 2.2. Diagnóstico de Enfermería.

Paciente femenino cursando su 60. día de hospitalización por complicación postcesárea, proviene de medio socioeconómico bajo, tiene problemas con su familia por ser madre soltera.

Es obesa, de edad aparentemente a la cronológica, coniente intranquila, de aspecto decaído, deprimida, mucosas secas con palidez de tegumentos, se encuentra en posición semi-fowler, presenta fiebre, la cual se controla por medios físicos.

Mamas ingurgitadas, abdomen con herida quirúrgica - - abierta producto de una cesárea segmentaria transvesal tipo - kerr Pfannestiel con secreción sanguínopurulenta ya que se en cuenta infectada, el apósito esta húmedo por secreción purulenta y fétida, el útero se percibe subinvolucionado por enci ma de la cicatriz umbilical, tiene dolor en herida quirúrgica, secreción de loquios fétidos.

Objetivos del Plan de Cuidados:

Mantener la herida quirúrgica limpia para acelerar la cicatrización.

Aplicar agentes antimicrobianos para combatir los - - agentes patogenos.

Realizar medidas pertinentes que permitan disminuir - la anemia en la paciente.

Controlar la fiebre por medios físicos o químicos.

Corregir las deficiencias de líquidos y electrolitos.

Evitar la depresión en la paciente.

Aliviar el dolor por medios físicos o químicos.

Efectuar medidas para disminuir molestias en mamas in  
gurgitadas.

Orientar sobre la alimentación adecuada y equilibrada  
nutricionalmente.

### III. Plan de Atención de Enfermería.

Nombre: R.F.C.

Edad: 19 años

Sexo: Femenino

Cama: 107

Fecha ingreso; 4-IV-84

Diagnóstico Médico: Infección puerperal postcesárea.

#### 2.1.1. Problema.

Retención de restos placentarios.

Manifestación del Problema:

- Subinvolución uterina
- Loquios fetidos hemopurulentos
- Fiebre de 39°C.

#### Fundamentación Científica del Problema:

El sangrado cuya causa es la retención de fragmentos placentarios, puede ser irregular, de aparición variada, continua, o intermitente, escaso o abundante; iniciarse de inmediato o tardíamente (horas o días después del parto) La presencia de trozos placentarios favorece las infecciones puerperales, como medidas preventivas de estas anomalías se debe revisar cuidadosamente la integridad de la placenta y mem-

branas y revisar manualmente la cavidad uterina.

La presencia de fiebre ligera el primero o segundo -- día después del parto no indica necesariamente infección, pero sugiere retención de restos en el utero, el cual sera -- pronto invadido por microorganismos anaerobios con aparición de endometritis que comienza en el área de implantación placentaria.

Usualmente ocurren manifestaciones clínicas de endometritis hacia el tercer día postoperatorio, con elevación de la temperatura de 38°C o más y taquicardia proporcionada y son -- también frecuentes en estos casos malestar general, cefalal--gia y no rara vez escalofríos.

La secreción de loquios es siempre profusa y fétida, el útero esta aumentado de volúmen, blando y sensible el cuello suele permanecer abierto pudiendose palpar coagulos y residuos en el conducto cervical y en cavidad uterina. (24)

#### Acciones de Enfermería.

- Aislamiento recomendable para proteger a otras pa--cientes.
- Mantenerla en posición de Fowler.
- Evitar la lactancia.



- Administración de antibiotico
- Practicar muestras de laboratorio con antibiogram
- Mantener vena permeable.
- Checar involución uterina
- Control de fiebre.

#### Fundamentación científica de las acciones:

Aislamiento es recomendable para proteger a otras pacientes y proporcionar a la enferma un reposo completo.

La posición de Fowler facilita el drenaje de los loquios se interrumpe la lactancia, no solo porque agota a la madre sino porque generalmente es inútil cuando hay fiebre elevada.

El realizar cultivos uterinos nos da un parámetro para aislar a la paciente e identificación del microorganismo patógeno, las diferentes cepas dentro de una misma especie muestran graves variaciones en cuanto a su sensibilidad a los diversos agentes microbianos es necesario realizar pruebas de sensibilidad a los antibióticos para cercioarse cual o cuales fármacos van a resultar más eficaces contra el microorganismo particular' implicado en el caso de B. Fragilis, es un grupo de anaerobios estrictos no esporulenos formados por bacterias

Gramnegativas que son muy pleomórficas.

Son habitantes normales de la parte alta de los sistemas respiratorio, genital y digestivo. Constituyen más del -- 95% de la flora fecal normal. Particularmente el *B. Fragilis* se encuentra en el intestino grueso. (25)

La penicilina asociada con tetraciclina por lo general -- controla con efectividad las infecciones provocadas por el organismo del grupo coliforme, estreptococos anaerobios, enterococos, bacteroides, estafilococos sensibles.

La proporción de líquidos por vía endovenosa, proporciona un sosten adicional.

- Un día después del parto el fondo del útero esta a nivel del ombligo, para el quinto día esta 4 ó 5 dedos -- por la sínfisis pubiana y entre los días 10 a 14 ya no se le palpa por vía abdominal, esto se retrasa debido a que en el útero se encuentran residuos placentarios.

Se debe pensar en la antipiresis cuando sea debilitante o molesta y cuando afecte la función del SNC sin olvidar que -- con medidas antipireticas altere un valioso indicador del curso de la enfermedad.

(25) Jawetz, Ernest. Manual de Microbiología Médica. p. 294.

La aspirina y acetaminofeno actuan sobre los centros termorreguladores para aumentar la pérdida de calor al regular el "termostato" hipotalamico a un nivel inferior induciendo así una vasodilatación cútanea y aumentando la sudación. (26)

Estos medicamentos no alteran el curso de las enfermedades febriles sino que solo reducen la fiebre.

Las dosis de antipireticos deben ser vigilados ya que si se produjera un descenso súbito de la temperatura y el colapso circulatorio general por esto deben de darse a lo largo de las 24 hrs. del día.

Responsables de la Acción:

- Médico
- Enfermería
- Técnico laboratorista

Evaluación:

Después del 2o. legrado el útero involucionó adecuadamente y con el antibiótico específico se combatió efectivamente a el agente patógeno.

Como desde el principio se estuvo controlando la fiebre por medios físicos en conjunto con una adecuada hidratación, no hubo mayor complicación.

Problema:

2.1.2. Dehiscencia de Herida quirúrgica.

Manifestaciones del Problema:

Dolor punzante en herida quirúrgica

Herida abierta con signos de inflamación

Abundante secreción hemopurulenta y fetida

Fiebre de 39.5

Fundamentación Científica del problema:

Una herida quirúrgica limpia cura por primera intención, ninguna herida es totalmente aseptica. Independientemente de lo cuidadoso que haya sido el cirujano, de su técnica quirúrgica o el personal de la sala de operaciones, del equipo, las bacterias llegaran a la herida. Si el número de microorganismos es pequeño y la resistencia de la paciente es adecuada las defensas corporales logran resistir la infección. Sin embargo si el número de bacterias introducido dentro de la herida es grande, si son muy virulentas o si la resistencia del cuerpo es baja puede producirse una infección.

La infección es más frecuente en las pacientes obesas en quienes la acumulación de suero y sangre en los tejidos -- gruesos subcutáneos ofrecen un medio de cultivo excelente para las bacterias.

El no llenar completamente los espacios muertos cuando se cierra una herida es un factor importante de ésta, cuando la paciente hace un esfuerzo y tose la piel y los tejidos subcutáneos actúan como palanca permitiendo que los tejidos se separen.

No solo una causa es responsable de todas las dehiscencias de las heridas sino que hay muchos factores implicados ya sea solo o en combinación. Estos factores incluyen -- desnutrición, hipoproteinemia, deshidratación, avitaminosis, anemia, edad avanzada, esfuerzos y tos violenta, distensión abdominal infección de las heridas (estafilococos, estreptococos, E. Coli y Ps aeruginosa.) y hematoma, peritonitis, anestesia deficiente, padecimientos malignos, enfermedades sistémicas, cierre defectuoso de la herida (el cierre del peritoneo es a veces muy difícil en los obesos).

La infección de la herida interfiere para cicatrización adecuada.

Acciones de Enfermería:

- Proporcionar un nivel nutricional adecuado en la paciente por medio de una apropiada dieta con proteí-  
nas y vitamina C en dosis de 30 mgs. diario mínimo,  
descanso de la parte o el órgano afectado si es ne-  
cesario administración de sangre completa, observar  
estado del apósito.
- Dar comodidad a la paciente con la aplicación de --  
vendaje.
- Curación con rigurosa asepsia mínima 2 veces al día.
- Administración de antibióticos como la ampicilina -  
en dosis de 1 gr. I.V. directo cada 6 hrs. y genta-  
micina 60-80 mgs. I.M.
- Cultivo de secreción
- Cambio de apósito húmedo, utilizando siempre cubre-  
bocas al exponer la herida al medio ambiente, apli-  
cación de vendajes compresivos en vientre.

Fundamentación Científica de las Acciones:

Una herida con tejido sano cicatriza con ritmo óptimo normal no hay forma de acelerar este ritmo pero se puede recu-  
rrir a medios auxiliares (consumo de vitamina "C" y alimenta

ción hiperproteica).

El descanso de la parte o el órgano (según situación o función) también permite la cicatrización al igual que aseguran la circulación adecuada de sangre al tejido y desde ella aporta nutrimentos, leucocitos, anticuerpos y otros elementos necesarios y eliminar los productos del metabolismo tisular.

La administración de sangre sirve para conservar el recuento eritrocítico, lo más cercano a lo normal debido a que pacientes anémicas, las heridas cicatrizan más lentamente.

La piel y mucosas albergan normalmente gérmenes saprófitos, con el propósito de disminuir el paso de gérmenes patógenos hacia una zona de continuidad, por lo que es necesario lavarse las manos, antes y después de hacer la asepsia y antisepsia de la herida, lo que evitará el número de gérmenes y por lo tanto el peligro de infección, éstas precauciones tienen un doble propósito, proteger a la herida de una posible contaminación por bacterias del aire y minimizar la expansión de microorganismos de la herida al aire circulante.

El cambio de apósito húmedo por apósito estéril seco, es para inhibir el paso de gérmenes que pueden pasar hacia --

las heridas abiertas, los vendajes le dan la sensación de comodidad a la paciente pero nunca debe estar muy presionado para evitar de este modo que impida la circulación venosa. (27).

La infección por estafilococos forma abscesos con pus espeso, cremoso e indoloro, los estreptococos producen inflamaciones difusas, con celulitis, linfagitis y linfadenitis con pus fluido y gangrena de piel.

Los cultivos se hacen con el fin de identificar al microorganismo infectante y así administrar un antibiótico adecuado.

Mecánismo de acción de los Antibióticos.- La mayoría de las sustancias quimioterapicas en general actuan sobre el sistema enzimático que rigen importantes funciones vitales de las bacterias.

La síntesis del comportamiento esencial un mucopeptido de la pared celular es impedida por el antibiótico por -- inhibición de los sistemas enzimáticos correspondientes, la droga se fija en la pared celular y cuando se produce la división de la bacteria, aparecen defectos en dicha pared celular, el microorganismo se hace osmoticamente, sensible, penetra liquido en su interior y estalla y se lisa, la penicilina actua

---

(27) Ibidem. p. 194.



así. (28)

Responsables de la acción:

Médico

Enfermería

Técnico laboratorista

Evaluación:

Las curaciones fueron adecuadas en cuanto a asepsia y antisepsia por lo que en los últimos días de estancia hospitalaria se vió que había gran tejido de granulación.

Problema:

2.1.3. Desnutrición

Manifestaciones del Problema

- Hemoglobina 10.00
- Hematocrito 30
- Debilidad
- Fatiga física y mental
- Somnolencia

---

(28) Litter, Manuel. Compendio de Farmacología, p. 473.

### Fundamentación Científica del Problema:

La primera fase de la anemia por deficiencia de hierro es la depleción de hierro excede al aporte y en las que las reservas deplecionan progresivamente aunque sigan normales la hemoglobina y el hierro plasmático, conforme las reservas de hierro disminuyen, hay un aumento compensatorio de la absorción de hierro dietético y del nivel de transferrina.

En la 2a. fase las reservas están agotadas y el hierro disponible es insuficiente para satisfacer las necesidades de la médula eritroide. El nivel de hierro en el plasma continúa aumentando.

El nivel en disminución de hierro en plasma lleva una reducción progresiva de los sideroblastos de la médula ósea.

Cuando descienden, el hierro del plasma a más de 16% está alterada la eritropoyesis.

En la tercera fase empieza a desarrollarse anemia debido al aporte insuficiente de hierro a la médula ósea, pero no hay alteraciones discernibles en el frotis periférico, en los índices de eritrocitos a pesar de una anemia leve.

En la cuarta fase aparecen alteraciones microcíticas hipocromicas, la microcitosis precede a la hipocromia. Finalmente en la quinta fase se desarrollan síntomas de deficiencia tisular de hierro. (29)

La fatigabilidad es producida por el suministro inadecuado de oxígeno a los tejidos del organismo.

La debilidad física y mental es consecuencia de la -- sintomatología general de la anemia. La disminución de la -- concentración de oxígeno en el cerebro ocasiona somnolencia -- en la paciente con anemia.

La anemia de la paciente se originó desde el embarazo ya que su alimentación es deficiente y se agudizó con la operación cesárea donde perdió 600 ml. de sangre aproximadamente, también por el hematoma formado en pared abdominal.

La cantidad de hemoglobina a su ingreso fue de 12.8 y después descendió a 7.2.

#### Acciones de Enfermería:

- Evitar todo tipo de esfuerzo y actividad física.
- Mantener en reposo absoluto a la paciente.

- Reponer hierro con sulfato ferroso o gluconato ferroso 300 mgs. V.O. 3 veces al día durante 2 a 4 meses.
- Aplicación de sangre total.
- Posición semifowler

#### Fundamentación Científica de las Acciones:

La hemoglobina es la responsable de transportar el oxígeno a los tejidos la cual por su deficiencia o pérdida de ella, no es adecuado el suministro de oxígeno a los tejidos. La actividad física favorece e incrementa dicho consumo.

El hierro oral es más seguro que el hierro parenteral, la velocidad de respuesta es la misma con cualquiera de las vías.

#### Absorción, destino y excreción del hierro.

Los compuestos del hierro se absorben en el estómago, duodeno y yeyuno, mientras el íleon y el colón absorben poco.

La absorción es rápida así después de la ingestión de una dosis de un preparado de hierro, la concepción del metal en el plasma sanguíneo esta aumentada, ya a la media hora lle

ga al máximo de 2 a 4 hs., para descender luego y alcanzar el nivel primitivo a las 12-18 hrs.

Las sales ferrosas se absorben mucho más fácilmente -- que las férricas debido a que estas últimas precipitan con -- las proteínas y fosfatos en el intestino.

La absorción del hierro en el intestino depende de -- las necesidades orgánicas del metal en pacientes con anemia -- ferropenica la absorción de hierro es muy superior a las de -- más personas normales. El epitelio de la mucosa gastrointes -- tinal, regula la entrada de hierro de acuerdo con las necesi -- dades del organismo, el hierro se absorbe en forma ferrosa y a nivel de las células de la mucosa se transforma en ferriti -- na combinación de la proteína apoferrutina e hidróxido férrico; dicha ferritina se almacena en las células mencionadas.

Por vía subcutánea e intramuscular los compuestos so -- lubles de hierro se absorben bien pero no se utilizan total -- mente debido a que parte se excreta por el riñón.

Una vez absorbido el hierro pasa a la sangre aumentan -- do su concentración en el plasma sanguíneo por ejemplo de 100 a 250 mgs. /100 ml. durante 12 a 18 hrs., el hierro al estado ferroso absorbido por el intestino, en el plasma sanguíneo es oxidado al férrico y se une a la transferrina o siderofilina

para formar la hierro transferrina en cuya forma circula desde el plasma sanguíneo pasa a la médula ósea para formar hemoglobina y a otros órganos donde se almacena.

Los eritrocitos inmaduros captan la hierro transferrina liberan la porción proteica y utilizan el hierro para síntesis de hemoglobina. La movilización del hierro desde el almacenamiento a la sangre se hace en forma de hierro transferrina que llegan a la médula ósea para formar hemoglobina. --

(30)

La transfusión sanguínea produce:

- Aumenta el volumen sanguíneo (eritrocitos)
- Aporte de proteínas
- Incrementa las cifras de hemoglobina
- Suministro de los factores de la coagulación (trombina, protrombina, plastina, etc.)
- La posición de Fowler permite una mejor ventilación de las vías aéreas.

Responsable de las acciones:

- Enfermería

Evaluación:

Con la aplicación de 2 paquetes globulares que se le transfundieron mejoró notablemente la anemia detectada.

Problema:

2.1.4. Obesidad

Manifestaciones del Problema:

- Gran acumulación de tejido adiposo
- Exceso de peso (76 kgs.) y mide 1:42 Mts.

Fundamentación Científica del Problema:

El ingreso de alimento en exceso en relación con las necesidades corporales, comer demasiado es la causa principal de la obesidad. La capacidad del cuerpo de almacenar proteína y carbohidrato es limitada y el exceso de alimento se convierte en grasa almacenándose. (31)

---

(31) Berkow. op. cit. p. 1272.

La obesidad aumenta la gravedad de las complicaciones postoperatorias en gran medida durante la cirugía, los tejidos adiposos no son muy resistentes a la infección, el cirujano afronta problemas técnicos y mecánicos mayores y por lo tanto son más frecuentes, dehiscencias e infecciones de la herida, además en las pacientes obesas son más frecuentes, dehiscencia e infecciones de la herida, además en las pacientes obesas son más frecuentes las enfermedades cardiovasculares endocrinas, hepáticas y biliares, se ha estimado que por cada 15 Kgs. de peso excesivo se necesitan 50 cm. adicionales de vasos sanguíneos.

La obesidad es consecuencia de la sobrealimentación - sin embargo existe obesidad constitucional de la mujer que empieza después de una fase de su vida genital, pubertad o embarazo.

Muchos obstetras renuncian a la técnica Pfannestiel - en las mujeres obesas debido a el gran delantal de grasa acompañada en muchas ocasiones de edema; atemorizan a los más decididos. (32)

La obesidad que presentaba la paciente influyo en el retardo de la cicatrización de la herida por lo que era nece-

---

(32) Macia Carrera, José. op. cit. p. 379.



sario que el peso de la paciente disminuyera, este problema solo se resolvería a largo plazo por lo que era necesario - orientación respecto a la alimentación adecuada que debía de ingerir.

#### Acciones de Enfermería:

- Orientación sobre los alimentos que debe consumir - (proteínas, vitaminas, minerales) y disminuir el -- consumo de los que producen grasas como aceites y - carbohidratos, vigilar la herida ya que en las pa-- cientes obesas hay más probabilidad de presentar -- las infecciones.
- Hablar sobre la conveniencia de la práctica del - - ejercicio.

#### Fundamentación Científica de las Acciones:

La finalidad de una adecuada alimentación tiene una -- importancia capital para la conservación de la salud o la re- cuperación de la misma porque sin salud no hay vida y sin ali- mentación cuantitativamente suficiente y cualitativamente com- pleta no hay salud, la dietética es una importante rama de la medicina que se ocupa del problema alimenticio, especialmente en lo referente a la recopilación de las dietas particulares.

Regimén alimenticio en relación con las distintas enfermedades.

Una persona obesa no necesariamente es una persona bien nutrida.

Proteínas.- Se necesitan uno 100 grs. diarios si la paciente no esta en condiciones de ingerirlos se le administran por vía parenteral. (sangre, plasma o solución de aminoácidos).

Vitaminas.- Las vitaminas A y D se le almacenan en el organismo por ser liposolubles pero las hidrosolubles B y C se eliminan rápidamente y se deben de reponer, la vitamina B para la buena utilización de las proteínas y la vitamina C para la mejor cicatrización de las heridas son suficientes 1 a 2 grs. y de 2 a 3 ampolletas de complejo B al día, la vitamina E se ha mostrado eficaz como profiláctica y terapéutica en los procesos tromboflebiticos.

El regimén dietoterapeutico tiene como finalidad reducir el peso modificar el dismetabolismo de los hidratos de carbono evitar la formación de gasa excesiva, reducir el apetito y evitar la mayor producción de insulina.

Es importante también que el regimen se adapte a los gastos que la paciente prefiere.

Una dieta controlada debe ser completada por un aumento de ejercicio. Todo regimen de reducción de peso deben im--plicar un programa de ejercicios, antes se debe valorar el estado cardiovascular y respiratorio y el esfuerzo físico del -paciente que camine siempre que sea posible y que usen escaleras en vez de ascensor.

**Responsables de las Acciones:**

- Médico
- Enfermería
- Dietologa

**Evaluación:**

Como este problema es de resolverse a largo plazo, solo se impartió orientación sobre la clase de alimentos que debería evitar y el tipo de ejercicio que pueda realizar.

**Problema:**

**2.1.5. Mamas turgentes**

**Manifestaciones del problema:**

- Inflamación

- Dolor en glándula mamaria

- Aumento de la temperatura

#### Fundamentación Científica del Problema:

En el parto con la expulsión de la placenta hay un decremento súbito de los niveles de estrogénos, progesterona y somatomotropina corionica, la supresión de estas hormonas - junto con la secreción de la prolactina por la hipofisis sirve para iniciar la lactación durante los primeros estadios -- del puerperio, la intensidad y duración de la lactación, en - circunstancias por lo demás normales son controladas en gran parte por estímulo de la succión.

La neurohipófisis secreta oxitocina, la cual estimula la expresión de la leche en la mama lactante, al causar la -- contracción de las células mioepiteliales de los alveolos y - de los pequeños conductos de leche. Esta eyección o "bajada - de la leche" constituye un reflejo que se inicia sobre todo - por la succión la cual se estimula la neurohipofisis para que libere oxitocina. (33)

Este reflejo puede iniciarse en las madres por el -- llanto de su hijo en los días 2 a 4 después del parto las mamas aumentan de tamaño.

---

(33) Hellman, Louis. op. cit. pp. 406-407.

En el caso de la paciente éste problema fué más acen-  
tuado dado que no le dio el pecho a el niño.

Acciones de Enfermería:

- Aplicar compresas húmedas calientes
- Efectuar lactoaspiración mecánica o manual
- Vendaje compresivo de mamas

Fundamentación Científica de las Acciones:

La lactancia en ésta paciente fué prohibida por haber padecido fiebre desde el 2o. día; infección que fué tratada - con penicilina G sodica.

La administración de algunos medicamentos esta contra indicada durante la lactancia, ya que son absorbidos por el - lactante. Algunas veces el acúmulo de leche en mama puede cau- sar dolor por lo que se aplica calor para aumentar la circula- ción sanguínea y ceda el dolor.

La lactoaspiración mecánica o manual fue aplicada pa- ra que no se inhibiera el reflejo de lactopoyesis, porque la madre si quería alimentar a su hijo.

Esto favorece la compresión de las mamas, para evitar que la leche se concentre en glandulas mamarias.

Este procedimiento ocurre por exceso de producción de leche por parte de la madre o falta de succión adecuada por el recién nacido.

Responsables de las Acciones.

- Enfermería

Evaluación:

Se logro que la glándula mamaria siguiera secretando leche, para que la paciente siguiera alimentando a su hijo.

Disminuyeron sus molestias principalmente al aplicar la aspiración y compresas húmedas calientes.

Problema:

2.1.6. Depresión, angustia

Manifestación del problema:

- Falta de evolución clínica

- Tristeza

- Decaimiento

- Piensa que por las complicaciones ya no podra retor  
nar a una vida normal.

#### Fundamentación Científica del Problema:

Estos accesos depresivos sobrevienen generalmente - -  
tras experiencias vividas como frustración estas son: duelo,  
pérdida de parecio, abandono, en suma tanto sea "frustración  
del amor que se espera, como del amor que se da, hay siempre  
un sufrimiento de no amar" o también en todas las situaciones  
que hacen resurgir un sentimiento de inseguridad más o menos  
reprimido y hasta entonces más o menos bien compensado.

La frustración engendra agresividad la cual engendra -  
culpabilidad, el miedo de perder la estimación y el afecto de  
los otros y finalmente la agresividad tiene tendencia a resolu  
verse contra el sujeto mismo (suicidio).

#### Acciones de Enfermería:

- Vigilancia de la paciente

- Ser atentos y comprensivos

- Dar palabras de aliento con simpatía

- Infundir seguridad y la explicación; proporcionan gran bienestar, incluso en casos aparentemente inaccesibles.
- Satisfacer las necesidades físicas de salud de la paciente.
- Asignación de una actividad que la distraiga.
- Fomentar la relación con las demás pacientes.
- Evitar el reforzamiento de su imagen deformada.

#### Fundamentación Científica de las Acciones:

La enfermedad tiene un comienzo rápido y progresión acelerada son rasgos centrales característicos la pérdida de estimación y un sentimiento de desaliento que la paciente describe muchas veces como algo diferente a la infelicidad normal.

La vigilancia de la paciente tiene como objetivo evitar la autoagresión. Al demostrar interés por la paciente ésta siente que es tomada en cuenta y esto motivará a participar en su tratamiento. La asistencia de enfermería debe hacer algo más que proporcionar alimento ropa y actividad, debe darse de tal modo que fomente los sentimientos de utilidad y éxito con las personas así como con la misma paciente.



Como con otras clases de cuidado y tratamiento, cualquiera que sea la actividad debe ser apropiada particular, dirigir su hostilidad por canales productivos aliviando su tensión y su autocastigo y corrigiendo su imagen deformada de si misma.

Debe ser estimulada a estar con otras personas, debe permitirsele participar en cualquier nivel en que pueda hacerlo y progresar a su ritmo propio.

La relación de enfermería con una paciente deprimida, debe ser la que evite lo más posible cualquier reforzamiento de su imagen deformada, como inútil, inadecuada e inferior.

Responsables de las Acciones:

- Médico
- Enfermería

Evaluación:

La forma en que la paciente se motivó para participar en su tratamiento fué por el interés de salir lo más pronto - posible para así poder atender a sus 2 hijos.

Problema:

### 2.1.7. Desequilibrio hidroelectrolítico

Manifestación del Problema:

- Sed
- Mucosas orales secas

Fundamentación Científica del Problema:

En la salud la composición y el volumen de los líquidos permanecen notablemente constantes pese a amplias variaciones de ingreso dietético y de actividad metabólica. Los mecanismos responsables para la monitorización de ésta homeostasis están íntimamente relacionados entre sí. Así muchos trastornos del metabolismo de los electrolitos y del ácido base son trastornos mixtos.

El contenido de agua total del cuerpo (ATC) del hombre adulto varía desde un 55% del peso corporal, en el obeso a un 65% en los individuos delgados la cifra en la mujer adulta por término medio son un 10% menos aproximadamente 2/3 del ATC es intracelular y un 1/3 parte extracelular. El volumen del plasma comprende aproximadamente 1/4 del líquido extracelular (LEC) total.

El contenido de ATC normalmente esta regulado por una combinación de factores con inclusión de mecanismos de la sed elaboración de hormona antidiuretica (ADH) por la hipofisis - posterior y los riñones. Además del agua ingerida en el cuerpo se forman de 200 a 300 ml. por el catabolismo tisular, las perdidas de agua por el riñón pueden reducirse a solo 300 o - 500 ml. día, las pérdidas insensibles de agua y aire inspirado por la piel (sin sudor) constituyen aproximadamente 0,4 a 0,5 ml. /h/Kg. de peso corporal o unos 650 a 850 ml. /24 hrs. En un hombre de 70 kgs. en presencia de fiebre pueden perderse unos 50-70 ml./día adicionales por cada grado de elevación de temperatura por encima de lo normal, las pérdidas y el sudor, varían desde despreciables a grandes cantidades. (24)

Dado que la paciente duro aproximadamente 15 días con fiebre, secreción por herida quirúrgica y 3 cirugías a las -- que se sometio, hubo solo un ligero desequilibrio de líquidos y electrolitos.

**Acciones de Enfermería:**

- Equilibrio de electrolitos
- Animar a la paciente a tomar abundantes líquidos
- Mejorar la nutrición de la paciente

- Medir la cantidad perdida de líquidos por la herida
- Administración de líquidos por venoclisis con potasio dependiendo de los resultados de laboratorio.

#### Fundamentación Científica de las Acciones:

Si la paciente esta deshidratada o ha perdido una excesiva cantidad de líquidos debe de ser animada a tomar más, es de primera necesidad en la paciente la asistencia de líquidos y electrolitos, en muchos casos el médico receta la cantidad exacta de líquidos que bebera el paciente sin embargo algunas veces es una función de enfermería, juzgar las necesidades por la boca, por ejemplo cuando enfermería decide que una paciente con fiebre o con una infección requiere grandes cantidades de líquido (por lo menos 3 l. al día).

En algunos casos se pierden cantidades apreciables de líquidos por herida (pus, sangre). A menudo sin embargo la pérdida de líquidos y electrolitos son demasiado grandes para ser corregidos con solo la ingestión por la boca. Entonces los líquidos y electrolitos deben ser administrados por otras vías, por instalación intravenosa. El médico toma las decisiones de que vía utilizar y que tipo de solución se administrara basandose en el estado de la paciente y de los factores particulares que causan el desequilibrio.

Responsables de las Acciones:

- Médico
- Enfermería

Evaluación:

Como la paciente no dejó de tomar líquidos se mantuvo la hidratación adecuada, solo se aplicaron soluciones parenterales en los 2 legrados efectuados que al poco tiempo se retiraron.

Problema:

2.1.8. Bajo nivel socioeconómico y cultural

Manifestaciones del Problema:

- Ingresos deficientes
- Nutrición deficiente en cantidad y calidad
- Bajo nivel Educativo

Fundamentación Científica del Problema:

Independientemente del origen étnico y del clima, la mayoría de las enfermedades de la nutrición, las infecciosas y aun las degenerativas se hallan estrechamente relacionadas con la situación económica, en verdad los factores sociales

tienen tal importancia que es posible que las reformas políticas y sociales sean el recurso más promisorio para mejorar la salud de las poblaciones pobres.

Mientras los recursos económicos de la población sean precarios y amenacen el nivel de subsistencia, o el número de hijos sea grande y el nivel educativo deficiente como para ignorar o rechazar la perspectiva de la planificación familiar y programas de paternidad responsable, seguira aumentando la morbi-mortalidad materna e infantil.

#### Acciones de Enfermería:

- Platicas de educación para la salud en aspectos de:  
Nutrición, crear hábitos higiénicos-dieteticos adecuados.

Consumir alimentos locales de bajo costo.

Desarrollar actividades y conductas saludables

#### Fundamentación Científica de las Acciones de Enfermería:

- La educación para la salud comprenden todas aquellas actividades de caracter didáctico, destinadas a fomentar en las personas, hábitos higiénicos adecuados, a desarrollar actividades correctas en torno a la salud y a obtener conocimientos que apoyen tanto a las actitudes como a los hábitos.

- El valor de la salud además del bienestar físico y mental - representa para quién la posee una capacidad de producción que se refleja en una mayor eficiencia en el trabajo y proporciona al sano, mayores recursos para preservar su salud, por el contrario la enfermedad encierra al individuo en un círculo vicioso, donde el deterioro de su salud lo lleva a fallas económicas que hacen más precaria su salud y así sucesivamente.

#### Evaluación:

El objetivo buscado es que la paciente sea un agente de modificación de las conductas deficientes que practique - en su familia, estas solo se podrán evaluar a mediano plazo o largo plazo.

PLAN DE ALTA:

- Mejoramiento del nivel nutricional principalmente en proteínas y vitaminas; como la "C" que ayuda en el proceso de cicatrización.
- Eliminación de grasas y harinas de su alimentación para -- que esto la ayude a disminuir de peso.
- Baño diario con cambio de ropa.
- Cuidado del eposito, orientación adecuada como el cambio - frecuente, manera de cubrirlo y depositarlo en la basura, lavarse las manos antes de manipularlo para no infectar la herida y principalmente no faltar a curación diaria.
- No efectuar trabajos violentos que puedan impedir la cicatrización.
- Descanso; mientras se recupera debe tener períodos de descanso durante el día, pues la fatiga no es aconsejable - - pues influye en la baja producción de leche, sueño de 8 -- hrs. para acelerar la recuperación y mantener la produc- - ción de leche.
- Diversiones: las madres tienden a enclaustrarse para aten-



der al niño, el cambio de vida propicia ajustes que crean tensión, es necesario que se programen diversiones para -- evitar malas relaciones.

- Menstruación.- Si lacta, la menstruación aparece del 2º -- mes hasta los 18 meses, por lo común aparece entre el 3º y 4º mes.
- Se le instruirá sobre técnicas de planificación familiar.
- Relaciones sexuales.- Se le aconsejara que las practique - después de haber cerrado la herida totalmente.
- El ejercicio aconsejable es: caminar pequeños trayectos.
- No faltar a las consultas programadas y acudir si presenta complicaciones en su herida (salida de sangre, pus, mal -- olor, etc.).

Se completa la información con los cuidados al recién nacido como: orientar en la forma correcta de dar el pecho - materno a su hijo, un adecuado aseo de pezones con agua y ja bón, baño diario, lubricación de la piel, cambios de posición ropa adecuada y limpia, suficientes líquidos, adecuadas medi das higiénicas, horario de alimentación, control de esquema de vacunación.

## C O N C L U S I O N E S

En la actualidad existe una tendencia a resolver por medio de la cesárea los problemas que ponen en peligro la vida del producto.

La práctica de la operación cesárea anteriormente se practicaba esporádicamente pero ha ido aumentando poco a poco hasta llegar a un extremo peligroso ya que muchas veces se realiza sin una valorización adecuada ya que si se presenta algún contratiempo en el parto indican simplemente la cesárea.

La cesárea esta lejos de ser un procedimiento benigno, prueba de ello es la cantidad de complicaciones que se derivan de ésta.

A través del tiempo y de la práctica han aparecido varios tipos de cesárea de las cuales unas se utilizan más por las ventajas que presentan.

La técnica que se utilizó en la paciente de este estudio fue la cesárea segmentaria intraperitoneal transversal tipo Pfannestiel, por las siguientes razones:

Rareza de sus eventraciones consecutivas

Su valor estetico por quedar oculta la cicatriz bajo el vello pubiano.

Es importante tener en cuenta sus desventajas:

La incisión no esta indicada en los casos sépticos.

La extensión del proceso infectivo se ve favorecido y la cicatrización por segunda intensión es particularmente penosa.

Las infecciones se evitan siempre y cuando se utilizan técnicas asepticas, material estéril y un quirófano adecuadamente aseptico.

Las principales complicaciones a las que se pueden presentar las pacientes postcesáreas son en primer lugar.

Complicaciones Infecciosas y Hemorragias.

Las infecciones de herida quirúrgica, son las principales que se presentan en este tipo de pacientes.

Influyen numerosos factores tanto del paciente como del medio hospitalario. La paciente en cuestión tenía factores determinantes que favorecieron la infección puerperal -- postcesárea como:

Anemia, desnutrición, obesidad, falta de control, medio socioeconómico bajo, como primordialmente la obesidad de la paciente, por la acumulación de suero y sangre en los tejidos gruesos subcutaneos lo que resulta un buen medio de cultivo para las bacterias.

Un factor importante en el medio hospitalario son -- los tactos repetidos con las membranas rotas por falta de -- asepsia o uso de material no esterilizado. La infección en la paciente fue de origen endogeno, por haber sido causado -- por el bacteroides fragilis que forma parte de la flora normal (sistema respiratorio, genital y aparato digestivo, intestino grueso) y que solo en condiciones favorables la produce.

Al existir infección de la herida quirúrgica por ley se tuvo la dehiscencia de herida quirúrgica al drenarse un absceso.

Durante la infección de la herida quirúrgica, la inflamación por lo general comienza a originar síntomas de 36 a

48 hrs. la frecuencia del pulso y la temperatura de la paciente aumentan y la herida se torna hipersensible, hinchada y caliente. Debido a esto se altera el proceso de cicatrización y se produce la dehiscencia.

Desde el 3º día de puerperio se presentó fiebre en la paciente de 38.5º C, esto conto de manera importante en la evolución de la paciente ya que no solo la fiebre era producto de la faringoamigdalitis, después que ya se había corregido ésta enfermedad la paciente continuaba con fiebre.

Como a la paciente se le había hecho cesárea se descartaba la posibilidad de que existieran restos placentarios en útero, la sintomatología que llamaba la atención principalmente en la paciente era el aumento de la temperatura y el pulso, hiperemia e induración de la herida quirúrgica, al sexto día de internamiento presenta dehiscencia de herida, y se drena absceso con secreción hemopurulenta de olor fetido.

En el séptimo día llama la atención la subinvolución uterina y se sigue descartando la posibilidad de que existan restos placentarios y al haberse drenado no debía de continuar la fiebre. Hasta el 9º día se sugiere el ultrasonido para verificar si en verdad se encontraban restos placentarios en cavidad uterina. Debido a que no servía por el mo--

mento el ultrasonido se le tomó a la paciente, y el útero se guía involucionado por encima de la cicatriz umbilical, se volvió a solicitar el ultrasonido al doceavo día para entonces la paciente ya se había agravado.

Aún en el treceavo día se seguía "pensando" que todo esto se debía tal vez a la retención de restos placentarios, por lo cual se decidió a realizarle un legrado uterino instrumental, se continuaba disimulando el diagnóstico adecuado (fiebre puerperal postcesarea).

Para el diagnóstico adecuado de la fiebre Puerperal se debe hacer:

Examen físico completo para determinar el origen de la fiebre.

Placa del abdomen de pie.

Ultrasonido por si se encontraran restos placentarios.

Cultivo uterino para determinar el agente patógeno.

Hemocultivo.

Leucocitosis, varía de 15,000 a 30,000 células por  $\text{mm}^3$ , esto se puede confundir ya que hay leucocitosis fisiológica del puerperio.

Loquios fétidos.

Por varias circunstancias no se valoró adecuadamente a la paciente, por lo que al demorarse ésta la paciente se agravó, debido al pobre estado inmunológico que presentaba.

Este diagnóstico, máximo se debía de hacer la primera semana de estancia hospitalaria, la paciente se encontraba para estas fechas ya muy alterada y deprimida y los médicos desconcertados ya que con el primer legrado no se había logrado la evolución favorable y esperada.

Por lo que se tuvo que hacer una valorización más concienzuda por el personal de mayor jerarquía y como resultado de ésta se procede a un segundo legrado y debridación total de la herida quirúrgica esto se realizó en el 18º día de internamiento.

El tratamiento de la infección Puerperal oportuno debe de ser el siguiente:

Reposo de la paciente, en posición Semifowler para -  
la expulsión de loquios.

Revisión de la cavidad uterina, por si se encuentran  
restos placentarios.

Efectuar drenajes de abscesos de la herida quirúrgi-  
ca.

Administración de ampicilina en dosis de 1 gr. I.V.  
directo c/6 hrs. y Gentamicina de 60 a 80 mgs. c/8 hrs. I.M.

Hacer exámenes de laboratorio y antibiogramas.

Corregir la deshidratación.

Tratamiento de la anemia.

Evitar que la fiebre puerperal se convierta en sepi-  
cemia o choque séptico.

Histerectomía en caso necesario.

Se hicieron 2 legrados a la paciente ya que se detec-  
taron por ultrasonido que había restos placentarios, el se-  
gundo legrado se hizo porque el primero fue deficiente a pe-



sar de estar contraindicado en las pacientes postcesareadas, se realizaron.

El tratamiento de la herida quirúrgica, es el si - -  
guiente:

Drenar absceso

Si existe tejido necrotico se dara tratamiento enzimático.

Se utilizaran gasas vaselinas en la herida para mantener separados los bordes.

Realizar 2 curaciones diarias, con estricta asepsia.

Cultivos de secreción purulenta con antibiograma.

Para combatir a el bacteroides fragilis se puede utilizar la clindamicina, tetraciclina y cloranfenicol.

Si hay buen tejido de granulación se hara sutura secundaria.

Se emplearan medios auxiliares para ayudar a el fenomeno de la cicatrización: nutrición adecuada, contando con -

proteínas y vitamina "C", reposo del área afectada, corregir anemia (transfusiones sanguíneas) cambio frecuentes de apósitos.

A pesar que en la actualidad se cuentan con antibióticos potentes se siguen presentando infecciones esto tal vez en la confianza de estos y la mala técnica aseptica empleada.

Otra de las consecuencias que provocan las operaciones y curaciones muy dolorosas y la estancia prolongada fuera de casa son los problemas de tipo psicológico.

## B I B L I O G R A F I A

Beischer y Erik V. Mack Kay

Obstetricia Práctica con Cuidados al Recién Nacido

Nueva Editorial Interamericana. México, 1982. 253 pp.

Benson Ralph

Manual de Ginecología y Obstetricia

Edit. El Manual Moderno, S.A. Méxzcico, 1980 730 pp.

Berkow, Robert, et. al

El Manual Merck de Diagnóstico y Terapeutica

Edit. Merck Sharp y Dohme Research Laboratories

6a. Edición en Español. U.S.A. 1978. 2298 pp.

B. Brunner Suddart

Enfermería Médico Quirúrgica

Edit. Interamericana, México. 1968. 1230 pp.

Carrera Macia, José M.

Tratado y Atlas Operatoria Obstétrica

Salvat Editores. España, 1978. 483 pp.

Cazares Hernández, Laura

Técnicas Actuales de Investigación

Edit. Trillas, México, 1980.

De Tourris H.

Manual de Ginecología y Obstetricia

Edit. Toray-Masson, Francia, 1980 561 pp.

Hellman, Louis M.

Williams Obstetricia

Edit. Salvat Editores, S.A. España, 1977. 1077 pp.

Irving, Susan

Enfermería Psiquiátrica

Edit. Interamericana, México, 1975.

Jawetz, Ernest, et. al.

Manual de Microbiología Médica

Edit. El Manual Moderno, México, 1977. 658 pp.

Kozier Du Gas

Enfermería Práctica

Edit. Interamericana, México, 1974. 437 pp.

Kumate Jesús

La Salud de los Mexicanos y la Medicina en México

Edit. El Colegio Nacional, México 1977. pp. 482.

Litter, Manuel

Compendio de Farmacología

Edit. El Ateneo. Buenos Aires, Arg. 1975. pp. 734

Nordmark Madllyn

Bases Científicas de la Enfermería

La Prensa Médica Mexicana. 1979 pp. 712

Mondragon Castro

Obstetricia Básica Ilustrada

Edit. Trillas, México. 1982. 685 pp.

Noyes, Arthur P. Y Kolb, Lawrence C.

Psiquiatría Clínica Moderna

Edit. La Prensa Médica Mexicana, México 1966. 835 pp.

Pérez Avila, Noe

Como Hacer Mi Tesis

Edicol. México, 1980. 120 pp.

Robbins Stanley, L.

Patología Estructural y Funcional

Interamericana, México, 1979. 1516 pp.

Ruiz Velazco, Victor

La operación cesárea

Edit. La prensa Médica Mexicana, México 1971. 277 pp.

M.M. W. Edición Mexicana (Revista)

México, Barcelona, Munich.

Febrero 1973. año 115

Edit. Eco. S.A.

Tribuna Médica (Revista)

2o no. de mayo 1976 # 361

Tomo XXX, no. 10

Vega Franco, Leopoldo y Garcia Manzanedo, Hector

Bases esenciales de la salud pública

Edit. La Prensa Médica Mexicana, México, 1977.

Villalazo

Genetica, Obstetricia y Desarrollo

2a. Parte U.N.A.M. Facultad de Medicina 1981. 696 pp.

Villalazo

Parto y Periodo Perinatal

1er. Año Primer Nivel U.N.A.M. Facultad de Medicina 1981

329 pp.

## G L O S A R I O

- ABSCESO:** Acumulación de pus en una cavidad anormal formada por la desintegración de los tejidos.
- ADINAMIA:** Debilidad extrema.
- AMNIOTOMIA:** Corte de amnios.
- ANAFILAXIA:** Estado biológico especial de reactividad orgánica exaltada (hiperreactividad que se produce al inyectar por 2ª vez una -- cierta sustancia de naturaleza proteica que ha sido inocua cuando se inyectó por primera vez) esta hiperreactividad constituye el cuadro clínico. del llamado -- shock anafiláctico y es la expresión de un estado de sensibilidad exaltada, madu rado en un organismo después de la prime ra inyección de la sustancia que la ha -- provocado.
- ANAEROBIOS:** El ser viviente que vive en un ambiente -- privado de oxígeno.

**ASTENIA:** Sinonimo de debilidad, flaqueza, postración.

**ATONIA:** Pérdida por parte de un tejido u órgano viviente de aquel grado de vigor de tensión y de consistencia que recibe el nombre de tono.

**BACTEREMIA:** Presencia de bacterias en sangre.

**COMPLICACION:** Fenomeno que sobreviene en el curso de una enfermedad sin ser propiedad de ella, agravandola generalmente.

**CONTIGUIDAD:** Estado de 2 partes que se tocan.

**DECIDUA:** Es la membrana más externa o sea la más distante del feto y la más cercana a la pared uterina con la que contacta.

**DEHISCENCIA:** Abertura natural o espontanea de una parte u órgano.

**DETRITUS:** Restos o rēciduos de un cuerpo desorganizado.



**DEPLECION:** Disminución de la cantidad de líquidos, especialmente de la sangre del cuerpo o de órgano.

**DEXTRORROTACION:** Girar hacia la derecha.

**DIASTASIS:** Separación sin fractura de la diáfisis - de un hueso en el punto de unión con la epífisis.

**DURAMADRE:** La más externa, gruesa y fibrosa de las 3 meninges que rodean el encéfalo y médula la espinal.

**ENDOGENA:** Enfermedad o intoxicaciones que se originan por factores patógenos internos de - nuestro organismo y no por factores externos.

**ENDOMETRITIS:** Inflamación de la mucosa uterina.

**ENTEROBACTERIAS:** Familia de eubacterias muchas de las - - cuales son parasitos patógenos del intestino.

**ERITROPOYESIS:** Producción de globulos rojos en los órga  
nos hemopoyeticos.

**ESPACIOS (MUERTOS.)** Huecos que se dejan al suturar o unir --  
una herida.

**ESPASMO:** Se denomina así a cualquier contracción  
involuntaria exagerada y persistente.

**ESTASIS:** Es cualquier retención o acumulo de mate  
riales líquidos o sólidos o que se des--  
plazan a lo largo de los diversos conduc  
tos de nuestro organismo.

**EVENTRACION:** Hernia congenita o adquirida de los in--  
testinos en masa por un punto cualquiera  
de las regiones anterior y laterales del  
abdomen.

**FERRINA:** Compuesto ferriproteico aislado de algu  
nos pigmentos biliares y que contienen -  
el 15.7 de hierro trivalente.

**FISTULA:** Se denomina así un conducto de formación  
patológica más o menos largo y amplio de

curso rectilíneo o tortuoso que establece una comunicación anómala entre el exterior y puntos más o menos profundos de nuestro organismo.

**GERMEN:**

Microorganismo o bacteria.

**GRAM NEGATIVOS Y**

**GRAM POSITIVOS:**

Bacterias o tejidos que respectivamente conservan o pierden, la coloración por el método de Gram al tratarlos por el alcohol.

**HEMATOMA:**

Tumor por acumulación de sangre.

**HIPOCROMICAS:**

Disminución del contenido de hemoglobina en los eritrocitos.

**HIPOVOLEMICO**

**(CHOQUE)**

Disminución del volumen total de sangre.

**HIPOFIBRINOGENEMIA:** Bajas reservas de fibrinógeno en sangre.

**HISTEROTOMIA:**

Es la incisión quirúrgica de la pared uterina al objeto de extirpar un tumor o de llegar a la cavidad interna del órgano para extraer un feto que no puede salir por la vía vaginal.

**HUESPED:** Animal o planta en que vive otro organismo parasitario.

**INFECCION:** Implantación y desarrollo en el organismo de seres vivientes patógenos y acción morbosa de los mismos y reacción orgánica consecutiva.

**INGURGITACION:** Inflamación, obstrucción de tejidos o conductos.

**LETAL:** Mortal.

**LOQUIOS:** Se denominan así a los líquidos que salen de los genitales de la mujer que ha parido recientemente.

**NECROTICO:** Mortificación de un tejido en general.

**PATOGENO:** Género de bacilaceas anaerobias o microaerofilas que en la clasificación moderna comprende muchas especies que en las clasificaciones anteriores pertenecían a otro género.

**PARAMETRITIS:** Inflamación del parametrio, especialmente del tejido, celular que rodea al útero.

**PELVIPERITONITIS:** Inflamación del peritoneo que tapiza la cavidad y órganos que contiene la excavación de la pélvis.

**PERITONITIS:** Es la inflamación del peritoneo o sea de la membrana serosa que rodea a las vísceras abdominales.

**PREDISPOSICION:** Edo. del organismo congenito o adquirido, apto para contraer una enfermedad de terminada.

**SECUELAS:** Lesión o afección consecutiva a otra.

**SEGMENTO UTERINO:** Cada una de las 2 porciones en que se diferencia el útero al iniciarse el parto la superior gruesa contractil y activa y la inferior de paredes delgadas y no contractil.

**SEPSIS (PUERPERAL)** Le que ocurre después del parto y es debida a la absorción de material séptico del aparato genital útero especialmente.

**SEPTICEMIA:** Estado morboso debido a la existencia en la sangre de bacterias patógenas y productos de las mismas.

**SUBINVOLUCION UTERINA:** Detección de la involución normal del útero después del parto.

**TOXEMIA:** Presencia de venenos o toxinas en la sangre y estado morboso consecutivo.

**TROMBOFLEBITIS:** Es la inflamación de una vena con formación de un trombo, que ocluye total o parcialmente la luz venosa.

HISTORIA NATURAL DE LA INFECCION PUERPERAL  
POSTCHEARA

MORTE

**FACTORES DEL AGENTE:**  
- Bacteroides fragilis  
- Organismo común de la parte inferior del intestino y del tacto vaginal.  
- Se encuentran en casi todas las pacientes gravemente enfermas con absceso púlvico.  
- Sus infecciones se consideran endógenas.

**FACTORES DEL HUESPED:**  
Sexo: Femenino  
Edad: jóvenes fértiles  
Raza: A todas las razas  
Nivel socioeconómico: bajo  
Hábitos higiénicos-Dietéticos: deficientes.  
Estado inmunológico: desfavorable.

**FACTORES DEL AMBIENTE:**  
Condiciones especiales que comprometen la integridad defensiva del huésped.

**ESTÍMULO DESENCADANTE:**

**PERIODO PREPATOGENICO**

Estado general grave, fiebre absceso en herida quirúrgica dehiscencia de herida quirúrgica, subinvolución uterina, loquios fetidos, deshidratación,

Fiebre, taquicardia, escalofríos, diaforesis, edematia, dolor en herida quirúrgica con induración y enrojecimiento alrededor de ella.

Inflamación y activación de la función fagocitaria.  
Supuración en infecciones quirúrgicas.

Invasión de gérmenes patógenos al canal genital.

**PERIODO PATOGENICO**

**COMPLICACIONES:**  
Endometritis, peritonitis, septicemia, tromboflebitis, insuficiencia renal aguda, absceso pulmonar.

**SECUELAS:**  
Esterilidad, problemas psicológicos.

**HORIZONTE CLINICO**

**CURACION**

PREVENCIÓN PRIMARIA	PREVENCIÓN SECUNDARIA		PREVENCIÓN Terciaria
<p>Propensión de la salud</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Normas nutricionales adecuadas.</li> <li>- Control Prenatal</li> <li>- Educación higiénica</li> <li>- Vigilancia médica periódica.</li> <li>- Educación Sexual.</li> </ul>	<p>Diagnóstico temprano</p> <p>Exámenes de laboratorio:</p> <p>Bionetría hemática, química sanguínea.</p> <p>Cuidado de loquios y asepección de herida con antibiograma.</p>	<p>Limitación de la incapacidad.</p> <p>Educación de la paciente sobre planificación familiar y paternidad responsable.</p> <p>Conservación de la función reproductiva en la madre joven.</p> <p>Prevención de secuelas maternas.</p>	<p>Rehabilitación</p> <p>Mejorar estado psicológico.</p> <p>Renovar hábitos higiénicos y nutricionales.</p> <p>Disminución de peso.</p> <p>Control Anticonceptivo.</p> <p>Evitar el embarazo por el período de dehiscencia. (en 2 años).</p>
<p>Protección Especifica</p> <p>Control Prenatal Adecuado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Control de peso</li> <li>- Estado nutricional adecuado.</li> <li>- Ejercicio al aire libre.</li> <li>- Exámenes de laboratorio generales y específicos.</li> <li>- Evitar coito 6 a 8 semanas anteparto.</li> <li>- Uso estricto de técnicas de asepección y antisepsia.</li> </ul>	<p>Exámenes de Gabinete:</p> <p>Ultrasonido de cavidad uterina, placa de torax, placa de abdomen (de pie).</p> <p>Tratamiento Oportuno:</p> <p>Adecuada técnica quirúrgica.</p> <p>Extracción de restos placentarios (legrado)</p> <p>Antibiótico adecuado</p> <p>dieta balanceada, drenar abscesos.</p> <p>Medidas de soporte:</p> <p>Líquidos, transfusiones, aislamiento, posición semi Fowler.</p>		

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

Ficha de identificación

Nombre: R.F.C.  
Edad: 19 años  
Sexo: Femenino  
Cama: 107  
Estado Civil: Soltera  
Ocupación: Mesera  
Religión: Católica  
Lugar de Origen: Valle de Bravo, Méx.  
Residencia actual: México, D.F.

DIAGNOSTICO MEDICO:  
INFECCION PUERPERAL  
POSTCESAREA

OBJETIVOS DEL PLAN DE CUIDADOS

Mantener la herida quirúrgica limpia para acelerar la cicatrización.

Aplicar agentes antimicrobianos para combatir los agentes patógenos.

Realizar medidas pertinentes que permitan disminuir la anemia en la paciente.

Controlar la fiebre por medios físicos o químicos.

Corregir las deficiencias de líquidos y electrolitos.

Evitar la depresión en la paciente.

Aliviar el dolor por medios físicos y químicos.

Efectuar medidas para disminuir molestias en masas ingurgitadas.

Orientar sobre la alimentación adecuada y equilibrada nutricionalmente.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Paciente femenina cursando su 60. día de hospitalización por complicación postcesárea, proviene de medio socioeconómico bajo, tiene problemas con su familia por ser madre soltera.

Es obesa, de edad aparentemente a la cronológica, con paciente intranquila, de aspecto decaído, deprimida, muchas cosas orales secas con palidez de tegumentos, se encuentra en posición semifowler, presenta fiebre, la cual se controla por medios físicos.

Mamas ingurgitadas, abdomen con herida quirúrgica - - abierta producto de una cesárea segmentaria transversal tipo Kerr Pfannestiel con secreción sanguinopurulenta ya que se encuentra infectada, el apósito está húmedo por secreción purulenta y fétida, el útero se percibe subinvolucionado por encima de la cicatriz umbilical, tiene dolor en herida quirúrgica, secreción de loquios fétidos.







Demuestra: Hemoglobina 10.00  
hematocrito 33  
Debilidad  
Fatiga física y men-  
tal.  
Somnolencia

La primera fase de la anemia por deficiencia de hierro es la depleción de hierro desde el aporte y en los que las reservas depliecionan progresivamente aunque sin-  
tomas normales la hemoglobina y el hierro --  
plasmaico, conforme a las reservas de hierro disminuyen, hay un estímulo compensatorio de la síntesis de hierro --  
detectiva y del nivel de transferrina.  
En la segunda fase las reservas están agotadas y el hierro disponible es --  
insuficiente para satisfacer las necesidades de la eritropoyesis. El nivel de hierro en el plasma continúa aumentando.  
El nivel de depleción de hierro en plasma lleva una reducción progresiva de los sideroblastos de la médula --  
ósea.

Cuando disminuyen, el hierro del plasma a más de 104 es la alterada la eritropoyesis.  
En la tercera fase --  
seguir a desarrollarse anemia debido al aporte insuficiente de hierro a la médula ósea, pero no hay alteración de los sideroblastos en el frotis periférico, en los índices de eritrocitos a pesar de una anemia leve.

En la cuarta fase --  
aparecen alteraciones microscópicas hipométricas, la microcitosis produce la hipocromía. Finalmente en la quinta fase se desarrollan síntomas de deficiencia tisular --  
de hierro.

La fatigabilidad es producida por el suministro inadecuado de oxígeno a los tejidos del organismo.

La debilidad física y mental es consecuencia de la sintomatología general --  
de la anemia. La disminución de la concentración de --  
oxígeno en el organismo ocasiona somnolencia en el paciente con anemia.

La anemia de la paciente se originó --  
después del embarazo --  
ya que sus síntomas de deficiencia y se agudizó con la

operación cesárea --  
donde perdió 600 ml de sangre aproximadamente, también --  
por el hematoma formado en pared abdominal.

La cantidad de hemoglobina a su ingreso fue de 12.8 y --  
después descendió a 7.2.

Este es un tipo de anemia y actúa como --  
Mantener en reposo absoluto a la paciente.  
Disponer hierro con sulfato ferroso o gluconato ferroso 300 mg. V.O. 3 veces al día durante 2 a 4 meses.

Aplicación de sangre total.  
Posición semi Fowler.

La hemoglobina es la responsable de transportar el oxígeno a los tejidos la cual --  
justo su deficiencia o pérdida de ella, no puede ser --  
adecuado el suministro de oxígeno a los tejidos, la actividad física favorece e incrementa dicho consumo.  
El hierro oral es --  
más seguro que el hierro parenteral. --  
La velocidad de respuesta es la misma --  
con cualquiera de las vías.

Absorción, destino y excreción del hierro.  
Los compuestos del hierro se absorben --  
en el estómago, cuando el estómago está vacío y ayuno, mientras el íleon y el --  
colon absorben parte.

La absorción es rápida así después de la ingestión de una dosis de un preparado de hierro, la concentración del metal en el plasma sanguíneo está aumentada, ya --  
a la media hora llega al máximo de 2 a 4 hrs., para disminuir luego y alcanzar el nivel primitivo a las 12-18 hrs.

Los sales ferrosas se absorben mejor --  
de las salinas que las férricas debido a que estas últimas precipitan con las proteínas y fosfatos en el intestino.

La absorción del hierro en el intestino depende de las necesidades orgánicas --  
del metal en pacientes con anemia ferropénica la absorción de hierro es muy superior a las demás --  
personas normales. El estudio de las mucosas gastrointestinales, regula la entrada de hierro de acuerdo con las necesidades del organismo. --  
El hierro se absorbe en forma ferrosa y a nivel de las células de la mucosa se transforma en ferritina combinación de la proteína apoferritina e hidróxido --  
férico; dicha ferritina se almacena en las células mucosales.

Por vía subcutánea e intravenosa los --  
compuestos solubles de hierro se absorben bien pero no --  
utilizan totalmente debido a que parte --  
se excreta por el riñón.

Una vez absorbido el hierro pasa a la sangre aumentando su --  
concentración en el plasma sanguíneo por ejemplo de 100 a 250 mcg. /100 ml. durante 12 a 18 hrs., el --  
hierro al estado ferroso absorbido por el intestino, en el plasma sanguíneo es oxidado al férrico y se une a la transferrina o siderofitina para formar la --  
hemoglobina. La otra forma circular donde el plasma sanguíneo pasa a la médula ósea para formar hemoglobina y a otros órganos donde se almacena.

Los eritrocitos maduros captan la --  
hierro transferrina liberan la porción proteica y utilizan el --  
hierro para sintetizar la hemoglobina. La movilización del hierro desde el almacenamiento a la sangre se hace en forma de --  
hierro transferrina que llegan a la médula ósea para formar hemoglobina.

La transferrina sanguínea produce --  
aumenta el volumen plasmático (retención) --  
aporte de proteínas --  
de acuerdo a las cifras de hemoglobina.

esidad

Gran acumulación de tejido adiposo.

Exceso de peso. -- (76 Kgs.) y mide 1:42 mts.

El ingreso de alimento en exceso en relación con las necesidades corporales, comer demasado es la causa principal de la obesidad. La capacidad del cuerpo de almacenar proteina y carbohidrato es limitada y el exceso de alimento se convierte en grasa almacenandose.

La obesidad aumenta la gravedad de las complicaciones postoperatorias en gran medida durante la cirugía, los tejidos adiposo no son muy resistentes a la infección, el cirujano afronta problemas técnicos y mecanismos mayores y por lo tanto son más frecuentes, dehiscencias e infecciones de herida, además en las pacientes obesas son más frecuentes, dehiscencia e infecciones de la herida, además en las pa-

cientes obesas son más frecuentes las enfermedades cardíacas, vasculares endocrinas, hepáticas y biliares, se ha estimado que cada 15 kgs. de peso excesivo se necesitan 50 cm. adicionales de vasos sanguíneos.

La obesidad es consecuencia de la sobrealimentación sin embargo existe obesidad constitucional de la mujer que empieza después de una fase de su vida genital, pubertad o embarazo

Muchos obstetras renuncian a la técnica Pfannenstiel en las mujeres obesas debido a el gran desarrollo de grasa acompañada en muchas ocasiones de edema; atemorizan a los más decididos.

La obesidad que presentaba la paciente influyo en el retardo de la cicatrización de la herida por lo que era necesario que el peso de la paciente disminuyera, este problema solo se resolveria a largo plazo por lo que era necesario orientación respectivo a la alimentación adecuada que debia de ingerir

Orientación sobre los alimentos que debe consumir (proteinas, vitaminas, minerales) y disminuir el consumo de los que producen grasas como aceites y carbohidratos, vigilar la herida ya que en las pacientes obesas hay más probabilidad de presentar las infecciones.

Hablar sobre la conveniencia de la práctica del ejercicio.

suministro de los factores de la coagulación (trombina, protrombina, plástina, etc.)

La posición de Fowler permite una mejor ventilación de las vías aéreas.

La finalidad de una adecuada alimentación tiene una importancia capital para la conservación de la salud o la recuperación de la misma porque sin salud no hay vida y sin alimentación cuantitativa suficiente y cualitativamente completa no hay salud, la dietética, es una importante rama de la medicina que se ocupa del problema alimenticio, especialmente en lo referente a la recopilación de las dietas particulares.

Regimen alimenticio en relación con las distintas enfermedades.

Una persona obesa no necesariamente es una persona bien nutrida.

proteínas.- Se necesitan unos 100 grs. diarios si la paciente no esta en condiciones de ingerirlos

se le administraran por vía parenteral (sangre, plasma o solución de aminoácidos).

Vitaminas. Las vitaminas A y D se le administran en el organismo por ser liposolubles pero las hidrosolubles B y C se eliminan rápidamente y se deben de reponer, la vitamina B para la buena utilización de las proteínas y la vitamina C para la mejor cicatrización de las heridas son suficientes: a 2 grs. y de 2 a 3 ampollitas de complejo B al día. La vitamina E se ha mostrado eficaz como profiláctica y terapéutica en los procesos tromboflebiticos.

El régimen dietoterapéutico tiene como finalidad reducir el peso modificar el dismetabolismo de los hidratos de carbono evitar la formación de grasa excesiva, reducir el apetito y evitar la mayor producción de insulina.

Es importante también que el régimen se adapte a los gustos que la paciente prefiere.

Como este problema es de resolverse a largo plazo, solo se impartió orientación sobre la clase de alimentos que deberían evitar y el tipo de ejercicio que pueda realizarse.

Maman tur-  
gentes.

Inflamación.  
Dolor de glándula  
mamaria.  
Aumento de la tem-  
peratura.

En el parto con la  
expulsión de la plá-  
centa hay un incre-  
mento súbito de los  
niveles de estrogene-  
na, progesterona y  
somatotropina -  
cortisona. La expul-  
sión de la placenta  
junta con la su-  
cción de la hipu-  
fisis sirve para in-  
iciar la lacta-  
ción durante los  
primeros estadios -  
del puerperio, la  
intensidad y dura-  
ción de la lacta-  
ción, en circunstan-  
cias por lo demás  
normales son contri-  
buidas en gran parte  
por estímulo de la  
succión.

La neurohipófisis  
secreta oxitocina,  
la cual estimula la  
expresión de la le-  
che en la mano lac-  
tante, al causar la

contracción de las  
células mioepitelia-  
les de las alveólas  
y de los pequeños  
conductos de leche.  
Esta eyección o "ba-  
jada de la leche"  
constituye un refle-  
jo que se inicia sú-  
bito todo por la suc-  
ción la cual se estí-  
mula la neurohipo-  
fisis para que libe-  
re oxitocina.

Este reflejo puede  
disminuir en las se-  
manas por el llanto  
de su hijo en los  
días 2 a 4 después  
del parto las mamas  
aumentan de tamaño.

En el caso de la pa-  
ciente éste proble-  
ma fue más resolu-  
to dado que no le  
dijo al pecho al ni-  
ño.

En los sucesos degra-  
dativos sobrevienen  
"jengibre" y "mama tras-  
tornada" y "mama  
destrucción".  
Estas son depresión,  
pérdida de apetito,  
anorexia, en suma -  
tanto sea "destruc-  
ción del amor que  
se expresa, como del  
amor que se da, hay  
siempre un sufrí-  
miento de no exacto  
causal en todas  
las situaciones que  
hacen resurgir un -

degradación  
de evolución  
deprimida.  
Tristeza  
deprimido  
Puede que por las  
complicaciones ya  
no podrá reformar  
su vida normal.

Aplicar compresas  
húmedas calientes.  
Efectuar lactoaspi-  
ración (sánica o  
manual).  
Vendaje compresivo  
de mamas.

Vigilancia de la pa-  
ciente.

Ser atentos y com-  
prensivos.  
Dar palabras de  
aliento con simpá-  
tia.

Infundir seguridad  
y la explicación -  
proporcionan gran  
beneficio, incluso  
en casos aparente-  
mente inaceptables.  
Satisfacer las necesi-  
dades físicas de  
salud de la pacien-  
te.

Asignación de una  
cuidadora que la  
dirija.

sentimiento de inseg-  
uridad más o menos  
reprimido y hasta  
entonces más o me-  
nos bien compensado.  
La frustración en-  
cuentra agresividad  
la cual suprema -  
la habilidad, el es-  
tudio de perder la ex-  
citación y el afec-  
to de los otros y  
finalmente la agre-  
sividad tiene con-  
dancia a reaccionar  
contra el sujeto -  
mismo (suicidio).

Presentar la rela-  
ción con los demás  
pacientes.  
Evitar el reforza-  
miento de su imagen  
deformada.

La frustración en-  
cuentra agresividad  
la cual suprema -  
la habilidad, el es-  
tudio de perder la ex-  
citación y el afec-  
to de los otros y  
finalmente la agre-  
sividad tiene con-  
dancia a reaccionar  
contra el sujeto -  
mismo (suicidio).

Debe ser estimulado  
a estar con otras  
personas, debe permi-  
tirle participar -  
en cualquier nivel -  
en que pueda hacerlo  
y progresar a su ri-  
tmo propio.

La relación de enfer-  
mería con una pacien-  
te reprimido, debe  
ser la que existe in-  
termedio cual -  
quier reforzamiento  
de su imagen defor-  
ma, como lo cual, in-  
seguridad e inferior.

Una dieta controlada  
debe ser completada  
por un aumento de  
ejercicio. Todo pro-  
grama de reducción de  
peso debe aplicar  
un programa de ejer-  
cicios, antes de de-  
ber valorar el estado  
cardiovascular y res-  
piratorio y el es-  
tado físico del pa-  
ciente que camine -  
siempre que sea posi-  
ble y que usen escar-  
teras en vez de as-  
censor.

La lactancia en esta  
paciente fue prohibi-  
da por haber padeci-  
do fiebre desde el  
20. día infección  
que fue tratada con  
penicilina G sodica.

La administración de  
algunos medicamentos  
esta contraindicada  
durante la lactancia  
ya que son absorbi-  
dos por el lactante.  
Algunas veces el ac-  
mulo de leche en ma-  
ma puede causar da-  
ño por lo que se -  
aplica calor para au-  
mentar la circulá-  
ción sanguínea y ce-  
da el dolor.

La lactoaspiración -  
mecánica o manual -  
fue aplicada para -  
que no se inhibiera  
el reflejo de lacto-  
proyexión, porque la  
paciente se quería ali-  
mentar a su hijo.

Esto favorece la con-  
presión de las ma-  
mas, para evitar que  
la leche se concen-  
tre en glándulas ma-  
marias.

Este padecimiento -  
ocurre por exceso de  
producción de leche  
por parte de la ma-  
dre o falta de suc-  
ción adecuada por el  
bebé nacido.

La enfermedad tiene  
un curso rápido y la  
progresión acelerada  
son rasgos centrales  
característicos la  
paciente de esta -  
ción y un sentimien-  
to de desaliento que  
la paciente describe  
muchas veces como la  
felicidad normal.

La vigilancia de la  
paciente tiene cual-  
quier cosa que la  
satisficiera, al de-  
mostrar interés por  
el estado físico de  
la paciente debe  
atención que se toma  
en cuenta y esto su-  
plimenta a participar  
en su tratamiento.  
La asistencia de en-  
fermería debe hacer-  
se algo más que pro-  
porcionar alimento,  
traje y actividad, de

Se logra que la  
glándula mamaria  
secretando leche,  
para que la pa-  
ciente siga a  
alimentando a su  
hijo.

Beneficiaron sus  
soluestas princi-  
pales al apli-  
car la aspiración  
y compresas húme-  
das calientes.

La forma en que  
la paciente se no  
tuvo para partici-  
par en su trata-  
miento fue por el  
interés de salir  
de su estado po-  
sible para así su-  
perar a sus 2  
hijos.

El deseo de tal modo  
que fomente los sen-  
timientos de utili-  
dad y éxito con las  
personas así como  
con la misma pacien-  
te.

Como con otras clie-  
ntes de cuidado y tra-  
tamiento, cualquier  
que sea la actividad  
debe ser apropiada -  
particular, dirigir  
su hospitalidad por  
cambios productivos  
aliviando su tensión  
y su autopercepción  
y corrigiendo su im-  
agen deformada de sí  
misma.

Debe ser estimulado  
a estar con otras  
personas, debe permi-  
tirle participar -  
en cualquier nivel -  
en que pueda hacerlo  
y progresar a su ri-  
tmo propio.

La relación de enfer-  
mería con una pacien-  
te reprimido, debe  
ser la que existe in-  
termedio cual -  
quier reforzamiento  
de su imagen defor-  
ma, como lo cual, in-  
seguridad e inferior.

Depositar en el  
laboratorio  
tráfico.

Las  
Muestras orales  
son.

En la salud la com-  
posición de los lí-  
pidos de los líquidos  
semanecen metales  
baste constante. Se  
de a todas abundan-  
cia a amilas varia-  
ciones de impregna-  
diastático y de acti-  
vidad metabólica.  
Los mecanismos res-  
ponsables para la  
monitorización de  
facto hucosotasi  
son fuertemente re-  
lacionados entre sí.  
Así muchos traste-  
foco del metabolismo  
de los electrolitos  
y del ácido base  
son trastornos asin-  
tos.

El contenido de  
agua total del cuerpo  
del adulto varía desde  
un 50% del peso cor-  
poral, en el obeso  
a un 65% en los in-  
dividuos delgados.  
La cifra en la mu-  
jer adulta por fórmu-  
la no son de 10% menos  
aproximadamente 2/3  
del AIC se intracel-  
lular y un 1/3 parte  
extracelular. El  
volumen del plasma  
comprende aproxima-  
damente 1/3 del lí-  
quido extracelular  
(AIC total).

El contenido de AIC  
normalmente esta re-  
gulado por una com-  
binación de factores  
con inclusión de  
mecanismos de la

sed elaborada de  
hormona antidiurética  
de la ADH por la  
hipofisis posterior y  
sus riones. Además  
del agua liberada  
en el cuerpo se for-  
man de 200 a 300 ml  
por el catabolismo  
regular, las pérdi-  
das de agua por el  
respirar pueden ser  
cifras a solo 300 o  
500 ml./día, las  
pérdidas insensibles  
de agua y aire  
inspirado por la  
piel (sin sudor) re-  
constituyen aproxima-  
damente 0,4 a 0,5  
ml./h./kg. de peso  
corporal o unos 650  
o 850 ml./24 hrs.  
En un hombre de 70  
Kgs. en presencia de  
fiebre pueden ser  
pérdidas unos 50-75  
ml/día adicionales  
por cada grado de  
elevación de tempera-  
tura por encima  
de los normales, las  
pérdidas y el sudor  
varían desde despr  
cifras a grandes  
cantidades.

Dado que la paciente  
dura aproximada-  
mente 15 días con  
fiebre, secreción  
por heces quirófora  
y 3 cirujías a  
las que se sometió,  
hubo solo un ligero  
desequilibrio de lí-  
quidos y electrolí-  
tos.

Independientemente  
del origen, los tipos  
del clima, la mayor  
ría de las enfermeda-  
des de la nutrición  
ción, las interfe-  
ras y aun las hiper-  
termias se hallan  
estrechamente rela-  
cionadas con la sit-  
uación económica,  
en verdad los facto-  
res sociales tienen  
tal importancia que  
es posible que las  
formas políticas  
y sociales sean el  
recurso más proming  
rio para mejorar la  
salud de las pobla-  
ciones pobres.

Mientras los recur-  
sos económicos de  
la población sean  
precarios y amena-  
cen el nivel de nu-  
trición, o el mé-  
rito de ella sea  
grande y el nivel  
económico reflejar  
se con poca tenui-  
dad o rechazar la  
perspectiva de la  
planificación fami-  
liar y promover el  
paternalismo econó-  
mico, resulta imposi-  
ble la estabiliza-  
ción de la salud  
pública externa y  
social.

En la paciente en la  
deshidratación o en  
perdido una excesi-  
va cantidad de lí-  
quidos debe de ser  
atendida a tomar mé-  
dica de primera nece-  
sidad en la paciente  
de la asistencia de  
líquidos y electrolí-  
tos, en muchos ca-  
sos el médico recu-  
rta la cantidad de  
líquidos que  
hubiera el paciente  
sin embargo algunas  
veces es una fun-  
ción de enfermería,  
cuando son necesida-  
des por la boca,  
por ejemplo cuando  
enfermería decide  
que una paciente  
con fiebre o con in-  
fección requiera  
grandes cantidades  
de líquido (por lo  
menos 3 l. al día).

En algunos casos se  
pueden cambiar  
apreciables de lí-  
quidos por heces  
(por ejemplo, en mu-  
chos casos de diarrea  
y electrolitos son  
perdidos grandes  
cantidades de agua  
para ser corregidos  
con solo la inges-  
tión por la boca.  
Entonces los líqui-  
dos y electrolitos  
deben ser administra-  
dos por otras  
vías, por instalaa-

ción intravenosa, el  
médico toma las deci-  
siones de que vía  
utilizar y que tipo  
de solución se admi-  
nistre. Las medidas  
en el estado de la  
paciente y de los  
factores particulares  
que causan el de-  
sequilibrio.

La educación para  
la salud es un  
concepto que se  
refiere a la  
educación que  
proporciona a las  
personas el  
conocimiento y  
habilidades  
necesarias para  
que ellas mismas  
puedan tomar  
decisiones  
sobre su salud  
y el bienestar  
de su familia  
y comunidad.

El objetivo de la  
educación para la  
salud es que la  
población sea  
capaz de tomar  
decisiones  
sobre su salud  
y el bienestar  
de su familia  
y comunidad.

La educación para  
la salud es un  
concepto que se  
refiere a la  
educación que  
proporciona a las  
personas el  
conocimiento y  
habilidades  
necesarias para  
que ellas mismas  
puedan tomar  
decisiones  
sobre su salud  
y el bienestar  
de su familia  
y comunidad.

El valor de la  
salud además del  
bienestar físico y  
mental representa  
para quienes la  
posee una  
capacidad de pro-  
ducir que se colige  
en una mayor ef-  
iciencia en el tra-  
bajo y proporcióna  
al sano, mayores re-  
cursos para proce-  
sar su salud, por el  
contrario la inefi-  
cacia conduce al  
incumplimiento en  
un tipo victorioso,  
donde el deterioro de  
la salud lo lleva a  
las consecuencias  
que hacen más pre-  
cario un estado y así  
sucede.

El valor de la  
salud además del  
bienestar físico y  
mental representa  
para quienes la  
posee una  
capacidad de pro-  
ducir que se colige  
en una mayor ef-  
iciencia en el tra-  
bajo y proporcióna  
al sano, mayores re-  
cursos para proce-  
sar su salud, por el  
contrario la inefi-  
cacia conduce al  
incumplimiento en  
un tipo victorioso,  
donde el deterioro de  
la salud lo lleva a  
las consecuencias  
que hacen más pre-  
cario un estado y así  
sucede.

El valor de la  
salud además del  
bienestar físico y  
mental representa  
para quienes la  
posee una  
capacidad de pro-  
ducir que se colige  
en una mayor ef-  
iciencia en el tra-  
bajo y proporcióna  
al sano, mayores re-  
cursos para proce-  
sar su salud, por el  
contrario la inefi-  
cacia conduce al  
incumplimiento en  
un tipo victorioso,  
donde el deterioro de  
la salud lo lleva a  
las consecuencias  
que hacen más pre-  
cario un estado y así  
sucede.

El valor de la  
salud además del  
bienestar físico y  
mental representa  
para quienes la  
posee una  
capacidad de pro-  
ducir que se colige  
en una mayor ef-  
iciencia en el tra-  
bajo y proporcióna  
al sano, mayores re-  
cursos para proce-  
sar su salud, por el  
contrario la inefi-  
cacia conduce al  
incumplimiento en  
un tipo victorioso,  
donde el deterioro de  
la salud lo lleva a  
las consecuencias  
que hacen más pre-  
cario un estado y así  
sucede.

En la paciente en la  
deshidratación o en  
perdido una excesi-  
va cantidad de lí-  
quidos debe de ser  
atendida a tomar mé-  
dica de primera nece-  
sidad en la paciente  
de la asistencia de  
líquidos y electrolí-  
tos, en muchos ca-  
sos el médico recu-  
rta la cantidad de  
líquidos que  
hubiera el paciente  
sin embargo algunas  
veces es una fun-  
ción de enfermería,  
cuando son necesida-  
des por la boca,  
por ejemplo cuando  
enfermería decide  
que una paciente  
con fiebre o con in-  
fección requiera  
grandes cantidades  
de líquido (por lo  
menos 3 l. al día).

En algunos casos se  
pueden cambiar  
apreciables de lí-  
quidos por heces  
(por ejemplo, en mu-  
chos casos de diarrea  
y electrolitos son  
perdidos grandes  
cantidades de agua  
para ser corregidos  
con solo la inges-  
tión por la boca.  
Entonces los líqui-  
dos y electrolitos  
deben ser administra-  
dos por otras  
vías, por instalaa-

ción intravenosa, el  
médico toma las deci-  
siones de que vía  
utilizar y que tipo  
de solución se admi-  
nistre. Las medidas  
en el estado de la  
paciente y de los  
factores particulares  
que causan el de-  
sequilibrio.

La educación para  
la salud es un  
concepto que se  
refiere a la  
educación que  
proporciona a las  
personas el  
conocimiento y  
habilidades  
necesarias para  
que ellas mismas  
puedan tomar  
decisiones  
sobre su salud  
y el bienestar  
de su familia  
y comunidad.

El objetivo de la  
educación para la  
salud es que la  
población sea  
capaz de tomar  
decisiones  
sobre su salud  
y el bienestar  
de su familia  
y comunidad.

La educación para  
la salud es un  
concepto que se  
refiere a la  
educación que  
proporciona a las  
personas el  
conocimiento y  
habilidades  
necesarias para  
que ellas mismas  
puedan tomar  
decisiones  
sobre su salud  
y el bienestar  
de su familia  
y comunidad.

El valor de la  
salud además del  
bienestar físico y  
mental representa  
para quienes la  
posee una  
capacidad de pro-  
ducir que se colige  
en una mayor ef-  
iciencia en el tra-  
bajo y proporcióna  
al sano, mayores re-  
cursos para proce-  
sar su salud, por el  
contrario la inefi-  
cacia conduce al  
incumplimiento en  
un tipo victorioso,  
donde el deterioro de  
la salud lo lleva a  
las consecuencias  
que hacen más pre-  
cario un estado y así  
sucede.

El valor de la  
salud además del  
bienestar físico y  
mental representa  
para quienes la  
posee una  
capacidad de pro-  
ducir que se colige  
en una mayor ef-  
iciencia en el tra-  
bajo y proporcióna  
al sano, mayores re-  
cursos para proce-  
sar su salud, por el  
contrario la inefi-  
cacia conduce al  
incumplimiento en  
un tipo victorioso,  
donde el deterioro de  
la salud lo lleva a  
las consecuencias  
que hacen más pre-  
cario un estado y así  
sucede.

El valor de la  
salud además del  
bienestar físico y  
mental representa  
para quienes la  
posee una  
capacidad de pro-  
ducir que se colige  
en una mayor ef-  
iciencia en el tra-  
bajo y proporcióna  
al sano, mayores re-  
cursos para proce-  
sar su salud, por el  
contrario la inefi-  
cacia conduce al  
incumplimiento en  
un tipo victorioso,  
donde el deterioro de  
la salud lo lleva a  
las consecuencias  
que hacen más pre-  
cario un estado y así  
sucede.

El valor de la  
salud además del  
bienestar físico y  
mental representa  
para quienes la  
posee una  
capacidad de pro-  
ducir que se colige  
en una mayor ef-  
iciencia en el tra-  
bajo y proporcióna  
al sano, mayores re-  
cursos para proce-  
sar su salud, por el  
contrario la inefi-  
cacia conduce al  
incumplimiento en  
un tipo victorioso,  
donde el deterioro de  
la salud lo lleva a  
las consecuencias  
que hacen más pre-  
cario un estado y así  
sucede.

En la paciente en la  
deshidratación o en  
perdido una excesi-  
va cantidad de lí-  
quidos debe de ser  
atendida a tomar mé-  
dica de primera nece-  
sidad en la paciente  
de la asistencia de  
líquidos y electrolí-  
tos, en muchos ca-  
sos el médico recu-  
rta la cantidad de  
líquidos que  
hubiera el paciente  
sin embargo algunas  
veces es una fun-  
ción de enfermería,  
cuando son necesida-  
des por la boca,  
por ejemplo cuando  
enfermería decide  
que una paciente  
con fiebre o con in-  
fección requiera  
grandes cantidades  
de líquido (por lo  
menos 3 l. al día).

En algunos casos se  
pueden cambiar  
apreciables de lí-  
quidos por heces  
(por ejemplo, en mu-  
chos casos de diarrea  
y electrolitos son  
perdidos grandes  
cantidades de agua  
para ser corregidos  
con solo la inges-  
tión por la boca.  
Entonces los líqui-  
dos y electrolitos  
deben ser administra-  
dos por otras  
vías, por instalaa-

ción intravenosa, el  
médico toma las deci-  
siones de que vía  
utilizar y que tipo  
de solución se admi-  
nistre. Las medidas  
en el estado de la  
paciente y de los  
factores particulares  
que causan el de-  
sequilibrio.

La educación para  
la salud es un  
concepto que se  
refiere a la  
educación que  
proporciona a las  
personas el  
conocimiento y  
habilidades  
necesarias para  
que ellas mismas  
puedan tomar  
decisiones  
sobre su salud  
y el bienestar  
de su familia  
y comunidad.

El objetivo de la  
educación para la  
salud es que la  
población sea  
capaz de tomar  
decisiones  
sobre su salud  
y el bienestar  
de su familia  
y comunidad.

La educación para  
la salud es un  
concepto que se  
refiere a la  
educación que  
proporciona a las  
personas el  
conocimiento y  
habilidades  
necesarias para  
que ellas mismas  
puedan tomar  
decisiones  
sobre su salud  
y el bienestar  
de su familia  
y comunidad.

El valor de la  
salud además del  
bienestar físico y  
mental representa  
para quienes la  
posee una  
capacidad de pro-  
ducir que se colige  
en una mayor ef-  
iciencia en el tra-  
bajo y proporcióna  
al sano, mayores re-  
cursos para proce-  
sar su salud, por el  
contrario la inefi-  
cacia conduce al  
incumplimiento en  
un tipo victorioso,  
donde el deterioro de  
la salud lo lleva a  
las consecuencias  
que hacen más pre-  
cario un estado y así  
sucede.

El valor de la  
salud además del  
bienestar físico y  
mental representa  
para quienes la  
posee una  
capacidad de pro-  
ducir que se colige  
en una mayor ef-  
iciencia en el tra-  
bajo y proporcióna  
al sano, mayores re-  
cursos para proce-  
sar su salud, por el  
contrario la inefi-  
cacia conduce al  
incumplimiento en  
un tipo victorioso,  
donde el deterioro de  
la salud lo lleva a  
las consecuencias  
que hacen más pre-  
cario un estado y así  
sucede.

El valor de la  
salud además del  
bienestar físico y  
mental representa  
para quienes la  
posee una  
capacidad de pro-  
ducir que se colige  
en una mayor ef-  
iciencia en el tra-  
bajo y proporcióna  
al sano, mayores re-  
cursos para proce-  
sar su salud, por el  
contrario la inefi-  
cacia conduce al  
incumplimiento en  
un tipo victorioso,  
donde el deterioro de  
la salud lo lleva a  
las consecuencias  
que hacen más pre-  
cario un estado y así  
sucede.

El valor de la  
salud además del  
bienestar físico y  
mental representa  
para quienes la  
posee una  
capacidad de pro-  
ducir que se colige  
en una mayor ef-  
iciencia en el tra-  
bajo y proporcióna  
al sano, mayores re-  
cursos para proce-  
sar su salud, por el  
contrario la inefi-  
cacia conduce al  
incumplimiento en  
un tipo victorioso,  
donde el deterioro de  
la salud lo lleva a  
las consecuencias  
que hacen más pre-  
cario un estado y así  
sucede.

Bajo nivel  
socioeconó-  
mico y cul-  
tural.

Nutrición deficiente  
en cantidad y  
calidad.

Bajo nivel Educa-  
cional.

Ingresos deficien-  
tes.

Nutrición deficiente  
en cantidad y  
calidad.

Bajo nivel Educa-  
cional.

Ingresos deficien-  
tes.

Nutrición deficiente  
en cantidad y  
calidad.

Bajo nivel Educa-  
cional.