

Manual de autocuidado del puerperio, alteraciones gineco-obstétricas y rehabilitación de la mastectomía



Módulo: Enfermería en el Proceso Reproductivo



**Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza
Carrera de Enfermería**



Manual de autocuidado del puerperio, alteraciones gineco-obstétricas y rehabilitación de la mastectomía

Módulo: Enfermería en el Proceso Reproductivo

Mayo 2015



Datos para catalogación bibliográfica

Autores: María Teresa Cuamatzi Peña, José Gómez Pérez.
Colaboradores: Raúl Gaytán Serrano, Miguel Darío Reyes Peña.

Manual de autocuidado del puerperio, alteraciones gineco-obstétricas y rehabilitación de la mastectomía

UNAM, FES Zaragoza, mayo de 2015.
99 pp.

Diseño de portada: Carlos Raziel Leños
Diseño y formación de interiores: Claudia Ahumada Ballesteros

1. Índice: Presentación, Objetivo, Autocuidado, Puerperio, Puerperio Complicado, Alteraciones gineco-obstétricas y de la Estética pélvica, Rehabilitación de la Mastectomía.

Este manual es realizado gracias al apoyo y financiamiento del Proyecto PAPIME PE 208013.

Aprobado por el Comité Académico de Carrera.

DERECHOS RESERVADOS

Queda prohibida la reproducción o transmisión total o parcial del texto o las ilustraciones de la presente obra bajo cualesquiera formas, electrónicas o mecánicas, incluyendo fotocopiado, almacenamiento en algún sistema de recuperación de información, dispositivo de memoria digital o grabado sin el consentimiento previo y por escrito del editor.

Manual de autocuidado del puerperio, alteraciones gineco-obstétricas y rehabilitación de la mastectomía.

D.R. © Universidad Nacional Autónoma de México
Av. Universidad # 3000, Col. Universidad Nacional Autónoma de México, C.U.,
Delegación Coyoacán, C.P. 04510, México, D.F.

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza
Av. Guelatao # 66, Col. Ejército de Oriente,
Delegación Iztapalapa, C.P. 09230, México, D.F.

Índice



Presentación	5
Objetivos	7
I. GENERALIDADES DEL PUERPERIO	9
1.1 Cambios locales del puerperio	9
1.2 Cambios en el lugar de implantación de la placenta	11
1.3 Segmento inferior y cuello uterino	12
1.4 Cambios generales	13
1.5 Cambios en el peso, balance hídrico y electrolitos	14
1.6 Aspectos psicosociales del puerperio	18
1.7 Valoración de enfermería en el puerperio inmediato	21
1.8 Intervención de enfermería en el puerperio inmediato	24
II. CONTROL PRENATAL	29
2.1 Hemorragias posparto	29
2.2 Atonía uterina	30
2.3 Ruptura uterina	32
2.4 Inversión uterina	32
2.5 Desgarros del canal del parto	33
2.6 Retención de restos placentarios	34
2.7 Alteraciones de la coagulación	35
2.8 Shock hipovolémico	35
2.9 Infección puerperal	38
2.10 Endometritis puerperal	39
2.11 Infección herida quirúrgica (cesárea o episiotomía)	41
2.12 Mastitis puerperal	42
2.13 Tromboflebitis	45
III. ALTERACIONES GINECO-OBSTÉTRICAS Y DE LA ESTÉTICA PÉLVICA	49
3.1 Miomatosis uterina	49

ÍNDICE

3.2 Miomas en el embarazo	53
3.3 Quistes Ováricos	54
3.4 Cáncer cervicouterino	56
3.5 Cáncer de mama	59
3.6 Cistocele	65
3.7 Rectocele	67
3.8 Prolapso uterino	69
3.9 Climaterio y menopausia	72
IV. MASTECTOMÍA Y SU REHABILITACIÓN	77
4.1 Mastectomía	77
4.2 Linfedema	80
4.3 Ejercicios de rehabilitación	81
4.4 Tratamiento después de la cirugía	86
GLOSARIO DE TÉRMINOS	91
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97

Presentación



El propósito principal del presente Manual de Autocuidado en el Puerperio, Alteraciones Gineco-obstétricas y Rehabilitación de la Mastectomía, tiene la finalidad de que los alumnos del segundo año de la carrera de Enfermería del módulo de Enfermería en el Proceso Reproductivo y Módulo Integrador de Gineco-Obstetricia, cuenten con una herramienta que los guíe a proporcionar Educación para la Salud tanto en la comunidad como en los centros de salud, clínicas, hospitales de segundo y tercer nivel.

Esto reforzara los conocimientos adquiridos en los dos primeros años de la carrera. Porque aún con los logros tecnológicos y científicos la mujer mexicana continúa teniendo complicaciones, que pueden llegar hasta la muerte y que se pueden prevenir con autocuidado y con educación para la salud.

Según Cavanagh, el autocuidado podría considerarse como la capacidad de un individuo para realizar las actividades necesarias para vivir y sobrevivir.

Por otra parte, el concepto de autocuidado es un constructo conceptual muy utilizado en la disciplina de enfermería. La autora que ha desarrollado este concepto es Dorothea Orem y definió el autocuidado como “la práctica de actividades que los individuos inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar”. Según esta teorizadora, el autocuidado es una acción que tiene un patrón y una secuencia que cuando se realiza efectivamente, contribuye de manera específica a la integridad estructural, desarrollo y funcionamiento humano.

1. Investigación, formulación y expresión de los requerimientos regulatorios de la persona: los requisitos de autocuidado.
2. Fabricación de juicios sobre el curso que debe darse para regular los requisitos de autocuidado y de acuerdo a ello, tomar decisiones.
3. Llevar a cabo las acciones de autocuidado para producir la regulación de los requisitos.

Teniendo en cuenta la importancia del autocuidado en la promoción de la vida y el bienestar de los seres humanos, se hace un recuento histórico de las prácticas y creencias occidentales relacionadas con el cuidado, las cuales pueden explicar, en parte, la forma actual del cuidado, entender su significado y asumir la responsabilidad frente a éste. Luego, en el marco de las nuevas concepciones de salud y promoción de la salud, propone una nueva forma de asumir el autocuidado con rostro humano como estrategia fundamental para promover la vida y el bienestar de las personas, de acuerdo con sus características culturales de género, etnia y ciclo vital.

El Autocuidado, Orem lo define como “una actividad aprendida por la persona a lo largo de su vida y orientada hacia un objetivo”. Es, por tanto, una conducta ante la vida dirigida hacia uno mismo en beneficio de la salud y el bienestar.

Existen varias clases de Autocuidado: los que se derivan de las necesidades básicas y de crecimiento del individuo (alimento, descanso, oxígeno...), los asociados al proceso de desarrollo (niñez, embarazo, vejez...) y los provenientes de las desviaciones del estado de salud.

MANUAL DE AUTOCUIDADO DEL PUERPERIO

Por tanto, la persona que es autosuficiente es responsable de sus propios cuidados y de las personas que tiene a su cargo y tendrá capacidades para dar respuesta a toda una serie de necesidades para la vida; ello debe suponer la capacidad de llevar una vida sana, así como su comportamiento de forma tal que trate de alcanzar el bienestar y la salud óptima.

Otro de los propósitos de este manual es incluir más contenidos relacionados al puerperio por considerarse un estado fisiológico posterior al parto. En el puerperio las primeras dos horas después del parto, es decir, dentro del puerperio denominado: “inmediato”, en éste, si los fenómenos suceden naturalmente y sin alteraciones, el puerperio será normal o fisiológico, en caso contrario será irregular o patológico. Este lapso es muy importante, precisamente en este período (dos horas) suelen presentarse los factores que encabezan las causas de mortalidad materna más frecuentes, como son las hemorragias posparto, entre otras. Por ello, es imperante durante el inicio del puerperio estar alerta en el registro de los parámetros vitales y la pérdida de sangre maternos.

Es necesario que los alumnos tengan información suficiente y precisa sobre aspectos presentes en este módulo, anatomofisiología y fisiopatología,

manifestaciones clínicas, factores de riesgo, tratamiento y el autocuidado en cada situación que presenta la mujer; la cual utilice para orientar, educar y colaborar en la atención a las puérperas en esta etapa después del parto, y sobre todo para que la atención de enfermería sea adecuada y de calidad al proporcionar cuidados inmediatos a la madre, contribuyendo a prevenir complicaciones después del parto y durante el puerperio.

Por otra parte, es de suma importancia que los alumnos y todas aquellas personas que accedan a este manual, adquieran los elementos que constituyen el puerperio en sus tres estadios, las complicaciones más frecuentes en el posparto; como la Hemorragia Uterina o la Infección Puerperal. También algunas de las Alteraciones Ginecológicas más comunes y las Alteraciones de la Estática Pélvica y sobre todo se hace hincapié en la etapa de Rehabilitación para la mujer con Mastectomía sea parcial o total; incluye sugerencias acerca de cómo realizar ejercicios para prevenir complicaciones propias de esta cirugía, como el linfedema de brazo (por inmovilidad prolongada y cambio anatómico de la posición), considerando costos al nivel de su economía familiar.

El presente Manual se elaboró y diseñó con apoyo del proyecto PAPIME 208013.

Objetivos



1. Contar con un Manual que facilite en el Alumno del Módulo de Proceso Reproductivo la comprensión del Autocuidado en el Puerperio y sus complicaciones, así como las Alteraciones Gineco-Obstétricas más comunes y en la Rehabilitación de la Mastectomía.
2. Reforzar los conocimientos adquiridos en el Módulo de Proceso Reproductivo con énfasis en el Puerperio Fisiológico, así como en el Puerperio Patológico o Complicado, en las alteraciones Ginecoobstétricas y la Rehabilitación de la Mastectomía que evite un mayor riesgo y complicaciones en la mujer.
3. Contribuir en la reducción de alteraciones en el área ginecoobstétrica, a través de una adecuada atención y educación para la salud, por alumnos y profesores del área, con conocimientos científicos, humanos y técnicos para proporcionar cuidados de enfermería de calidad.

CAPÍTULO I

Generalidades del puerperio



El puerperio también llamado período posparto o cuarentena, es el intervalo de tiempo transcurrido desde que finaliza la atención del parto hasta el momento en que el organismo de la mujer (aparatos y sistemas) retorna a sus condiciones normales anteriores a la gestación.

Para la mayoría de los autores el puerperio abarca las seis semanas siguientes al parto, se le llama también “Cuarto Trimestre” y aunque el tiempo transcurrido no debe abarcar necesariamente tres meses, con esta terminología se demuestra la idea de continuidad que se le quiere dar con las etapas anteriores (embarazo y parto).

El período puerperal no ocurre como algo aislado y se ve determinado de manera importante por los acontecimientos que le preceden. Durante el embarazo el organismo de la mujer se ajusta gradualmente a los cambios físicos y psicológicos, pero ahora en el puerperio se ve forzado a reaccionar con mayor rapidez a los cambios que se están produciendo. También el tipo de parto (vaginal o cesárea), y las circunstancias que han rodeado a éste, pueden influir significativamente en la celeridad con que el organismo materno vuelva a la normalidad pre grávida.

Por otra parte, pero de forma simultánea, la mujer y cada uno de los miembros de la familia deben adaptarse a los nuevos papeles y responsabilidades que lleva consigo la llegada del recién nacido.

Esta etapa es de vital importancia para que la madre e hijo estén libres de complicaciones, que puedan llegar a que la madre se separe del recién nacido por alguna situación que requiera hospitalización (uno o ambos) para su tratamiento. Esto debilita la relación madre hijo porque abandona la lactancia materna, proceso que requiere de lazos afectivos (Mondragón, 2010).

Para que la etapa del Puerperio quede comprensible y se pueda dar autocuidado en los momentos necesarios, es importante saber cómo se dan los cambios anatómicos y fisiológicos a este proceso después del alumbramiento, a continuación se presentan estos cambios tanto locales como generales.

1.1 Cambios locales del puerperio

La involución, especialmente del aparato genital, y el establecimiento de la lactancia, son los hechos más característicos del puerperio, condicionando esta última, que el ciclo menstrual no se reajuste hasta unos meses después, incluso años si la lactancia es prolongada.

Primero analizaremos las adaptaciones físicas, las cuales hemos clasificado con fines prácticos en cambios o modificaciones locales o genitales y cambios o modificaciones generales. Inmediatamente después del alumbramiento de la placenta el útero involuciona drásticamente debido a contracciones uterinas,(se tiene que

valorar la presencia del llamado globo de seguridad de Pinard, el cual se podrá palpar regularmente para este período 2 centímetros por arriba de la cicatriz umbilical o a nivel de la cicatriz umbilical). Tenemos que considerar que el útero es un órgano abdominal que llega a mitad de distancia entre la cicatriz umbilical y la sínfisis del pubis, pero en las horas sucesivas (2-4 horas después del parto) se encuentra congestivo (duro) comienza a involucionar y a formarse el hematoma retro placentario lo cual impide que se presente una hemorragia y por ello incluso se pueden presentar coágulos transvaginales dentro de los llamados Loquios. Así como los cambios en el tejido muscular de sostén, el fondo uterino asciende y alcanza el nivel de la cicatriz umbilical, es decir semeja el fondo uterino presente en una gestación de 20 semanas.

En estos momentos el útero pesa 1 kg, es un órgano firme, aplanado en forma de Pera invertida y fácilmente movable. La firmeza se debe a la contracción constante de sus fibras musculares lisas, entrelazadas en una forma Arquitectónica única, que comprimen y eventualmente trombos los numerosos vasos sanguíneos que las atraviesan (Williams, 2010).

Mediante este hecho se consigue un mecanismo hemostático eficaz que evita la hemorragia desde los senos vasculares abiertos en el lugar de la inserción placentaria. Progresivamente se produce reducción del tamaño del útero, de tal forma que al final de la primera semana tiene el tamaño de una gestación de 12 semanas, el fondo se palpa inmediatamente por encima de la sínfisis del pubis, su peso aproximado es de 500 g. Al final de la segunda semana es un órgano totalmente intrapélvico, por tanto no se puede palpar, su peso es de unos 350 g y al concluir la sexta semana su tamaño es semejante al útero no gestante, siendo su peso de unos 100 g.

Durante este período su volumen disminuye 100 veces y su peso 10 g. Los cambios anatómicos se

deben principalmente a la reducción de la longitud del útero pues el diámetro transversal permanece relativamente constante durante el puerperio. Las contracciones uterinas durante el puerperio son proporcionalmente más intensas que durante el parto, pero menos dolorosas ya que no se dilata el cuello uterino ni se estira el suelo de la pelvis (Williams, 2010).

Contracciones del útero en el posparto (entuerτος)

Durante los primeros días del puerperio se perciben como episodios intermitentes de dolor localizados en la región hipogástrica, éstos son más comunes en pacientes multíparas (por la pérdida de tono muscular) que en primíparas, y se acentúan con la lactancia por la secreción de oxitocina (en el lóbulo posterior de la Hipófisis materna) provocada por la succión del pezón (reflejo neurohormonal).

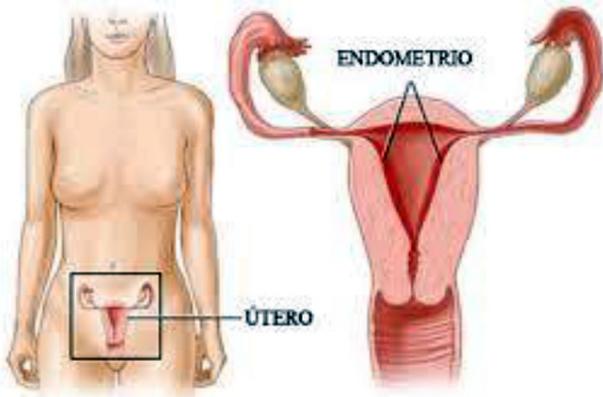


Regeneración del endometrio

Entre el 2º y 3º día después del parto, la decidua, se divide en dos capas:

Una capa superficial necrótica, que se descama progresivamente formando parte de los loquios. Una capa profunda, situada en contacto con el miometrio, que contiene los fondos de las glándulas endometriales, cuya proliferación dará lugar al nuevo endometrio.

La regeneración del endometrio es bastante rápida salvo en el sitio de inserción placentaria. Queda desarrollado a la tercera semana después del parto. Histológicamente presenta una reacción leucocitaria que no debe confundirse con una endometritis franca, sino que es un proceso reparador fisiológico.



1.2 Cambios en el lugar de implantación de la placenta

Después de la expulsión de la placenta el lugar donde estaba inserta es más delgado que el resto, sin embargo tras unas pocas contracciones uterinas el área se hace más gruesa, se presenta una zona sobre elevada con unos 5 ó 6 cm de diámetro. Esta área está formada por decidua necrótica y vasos trombosados. Su regeneración tarda alrededor de 6 semanas en producirse y lo hace mediante dos procesos:

1. Por crecimiento hacia arriba de la decidua basal de ese sitio.
2. Por crecimiento hacia abajo del endometrio desde los márgenes del sitio de inserción, socavando y eliminando el área de los vasos trombosados.



Loquios

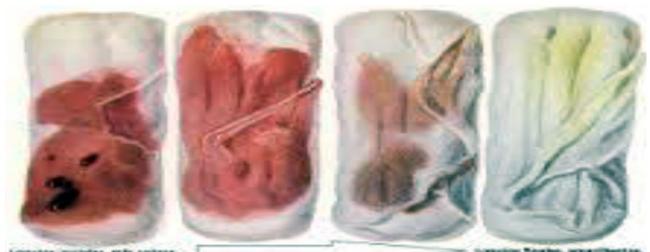
El término loquios hace referencia a la secreción vaginal posparto que se origina en la cavidad uterina. Están compuestos de sangre, tejido necrótico, restos de tejido de granulación y exudado de la superficie desnuda de la cavidad uterina.

Se estima que el peso total de loquios expulsados durante el puerperio es de 500 g. En la 1ª semana se eliminan 3/4 partes del total y su composición se modifica a lo largo del tiempo. Atendiendo a su aspecto y color se clasifican en:

Loquios Hemáticos; que duran hasta 7 días, contienen casi exclusivamente sangre con pequeños fragmentos de membranas restos del vórnix caseoso y meconio (Williams, 2010).

Loquios serohemáticos; se mantienen hasta el 15º día aproximadamente, se vuelven más pálidos, rosados y su composición principal es de exudado, leucocitos y decidua en estado de degeneración grasa, contienen menos sangre. A medida que aumenta el número de leucocitos, junto con el moco y microorganismos, los loquios se convierten en cremosos.

Loquios serosos; se presentan del 16 al 40º día del puerperio aproximadamente, de tal forma que alrededor de la 5ª semana después del parto cesa la expulsión de los loquios. Estos tienen un olor característico y depende del tipo de flora bacteriana de cada mujer, aun así no deben ser fétidos, puede ser indicativo de infección. Aunque este exudado es un excelente caldo de cultivo para el crecimiento de microorganismos, la

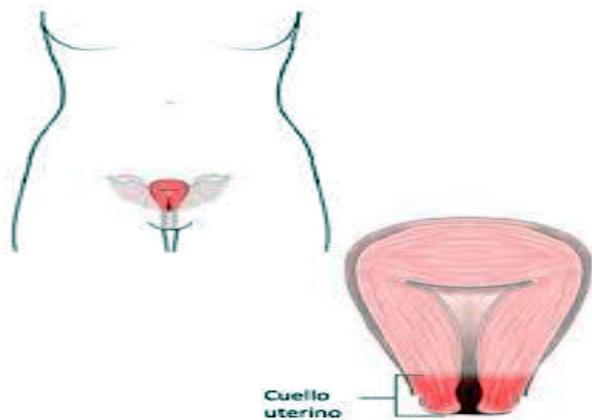


amplia vascularización uterina y las propiedades bactericidas del tejido de granulación uterino garantizan un medio estéril, siempre que exista un buen drenaje.

1.3 Segmento inferior y cuello uterino

Tras el parto el segmento inferior se retrae, aunque no de forma tan enérgica como el fondo del útero, tanto éste como el cuello uterino después del alumbramiento son estructuras finas, flácidas y colapsadas. El borde externo del cuello suele estar lacerado sobre todo lateralmente. La apertura cervical se retrae lentamente y durante los días siguientes admite fácilmente el paso de dos dedos.

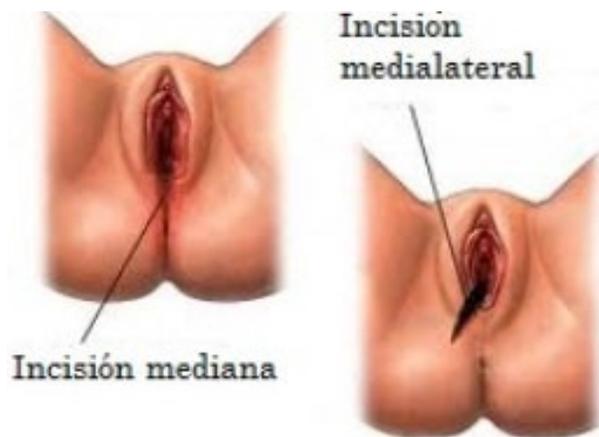
Pero al final de la primera semana sólo queda una abertura que admite la punta de un dedo. A medida que la abertura cervical se reduce, el cuello uterino se engruesa y vuelve a formar un canal, sin embargo el orificio externo puntiforme característico de la nulípara cambia a una hendidura hacia los lados, transversal, típica de la múltipara (Williams, 2010).



Vagina

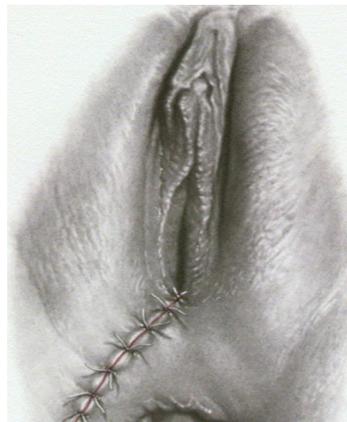
Inmediatamente después del parto, la vagina es blanda, flexible y fácilmente distensible. La mucosa está edematosa. El introito vaginal es laxo y está entreabierto con poco tono muscular, y pequeños y múltiples desgarros de las paredes de la vagina.

La vagina volverá a su forma y tamaño inicial a las tres semanas, aunque en la mujer lactante amenorreica la falta de estrógenos puede inducir a una atrofia de la mucosa. El himenW rasgado cicatrizará formando nódulos fibrosos de mucosa (carúnculas mirtiformes) (Williams, 2010).



Periné

Durante los primeros momentos después del parto, los tejidos blandos del periné y las zonas vecinas, pueden verse edematosos y con cierta equimosis. Si se ha efectuado episiotomía o ha existido desgarró, los bordes deben aproximarse. En ocasiones aparece el área equimótica que interfiere con la cicatrización. La musculatura del suelo pélvico vuelve gradualmente a su tono inicial, aunque a veces la sobre distensión y los desgarros imposibilitan una total recuperación.



1.4 Cambios generales en el puerperio

Sistema músculo esquelético

Los músculos abdominales sufren un estiramiento y pierden gran parte de su tono durante el embarazo, en el posparto inmediato tienen aspecto flácido, que normalmente responde bien al ejercicio físico y a la involución. Se llama diástasis de los rectos abdominales a la separación de los músculos de este nombre, esto puede ocurrir durante el embarazo especialmente en mujeres con pobre tono muscular en esta zona (Williams, 2010).

El tono muscular se recupera paulatinamente y de forma mayor en primíparas que en mujeres que ya tienen varios hijos.

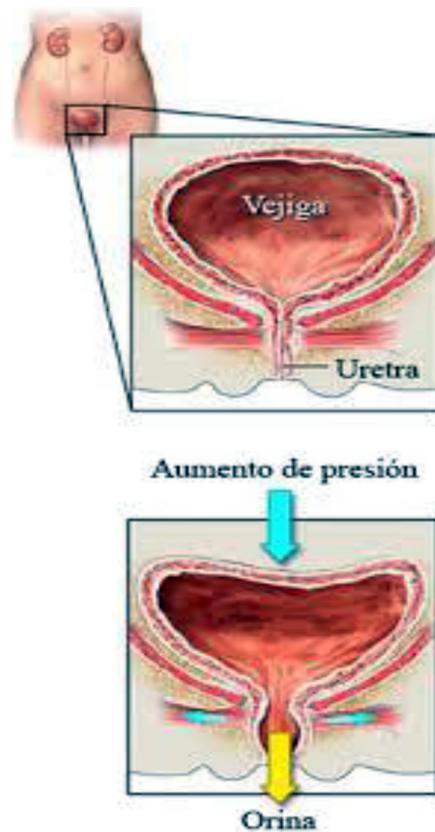
Sistema tegumentario

Las estrías de color rojo que se produjeron durante el embarazo principalmente en abdomen, muslos y mamas, resultado del estiramiento y rotura de las fibras elásticas de la piel, adquieren de forma progresiva durante el puerperio un aspecto nacarado. A menudo estas marcas no desaparecen por completo. Con respecto al exceso de pigmentación de algunas zonas del cuerpo como ejemplo la línea morena en región abdominal, van recobrando su color previo al embarazo de forma gradual. La eliminación del exceso de líquidos y los productos de desecho por la piel con frecuencia da lugar a una sudoración profusa, acentuada por la noche, llamada diaforesis posparto. Esta carece de importancia clínica (Williams, 2010).



Sistema urinario

En el posparto inmediato la mucosa vesical presenta un grado variable de edema e hiperemia como consecuencia del traumatismo del parto. El tono de la vejiga está disminuido, especialmente tras un parto prolongado. Por tanto puede existir una menor sensibilidad ante una mayor presión, mayor capacidad y sobre distensión de la vejiga. También disminuye el deseo de miccionar, de manera que todo lo anterior da lugar a incontinencia por rebosamiento y vaciamiento incompleto de la vejiga. La vecindad del útero y la vejiga hace que esta última sea objeto de una valoración muy especial. Normalmente el tono vesical se recupera en las siguientes 24-48 horas posteriores al parto (DeCherny, 2010).



Los uréteres y pelvis renal están dilatados e hipotónicos, normalizándose en el plazo de 3 a 6 semanas.

De manera fisiológica se produce un aumento de la diuresis en los primeros días del puerperio, necesaria para eliminar los 2 ó 3 litros de líquidos tisulares retenidos durante el embarazo. Así se mantiene un elevado filtrado glomerular durante la primera semana, después la función renal vuelve a la normalidad rápidamente, disminuyendo el filtrado glomerular y el flujo renal.

1.5 Cambios en el peso, balance hídrico y electrolitos

La gestante pierde aproximadamente una media de 5 kg tras el parto y 4 kg durante el puerperio. La pérdida de peso en el período puerperal se debe principalmente a la excreción de líquido antes comentada. La disminución de progesterona produce una liberación de la inhibición impuesta a la aldosterona lo que causa un aumento de la concentración de sodio y otros cationes.

La mayoría de las mujeres se acercan al peso anterior a la gestación 6-8 semanas después del parto, aunque algunas conservan un exceso aproximado de 1.5 kg. Un aumento de peso durante el embarazo superior a 9 kg se asocia a mayores diferencias en el peso antes y después de la gestación (Mondragón, 2010).



Sistema cardiovascular

La mayoría de los cambios cardiovasculares significativos que se producen en el embarazo desaparecen a la segunda semana del puerperio. A los pocos días después del parto la presión arterial,

la frecuencia cardiaca, el consumo de oxígeno y los líquidos totales del organismo regresan a sus promedios anteriores al embarazo. Otros cambios necesitan varias semanas para llevarse a cabo.

CONTROL DE SIGNOS VITALES



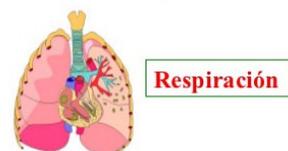
Temperatura



Pulso arterial



Presión Arterial



Respiración

Volumen sanguíneo

El volumen sanguíneo se normaliza hacia la tercera semana del posparto y suele elevarse en las primeras 12-48 horas posteriores al mismo.

La hipervolemia del embarazo se puede considerar como un mecanismo protector para que la mayoría de las mujeres puedan tolerar las pérdidas de sangre que se producen en el alumbramiento. La cantidad de sangre que se pierde durante el parto promedia los 500 ml. Esta pérdida determina las características de la volemia y la necesidad de producción del hematocrito durante el puerperio. Los cambios vasculares maternos hacen que la respuesta a la pérdida de sangre sea diferente a la que existe fuera del embarazo (DeCherny, 2010).



Gasto cardiaco

El aumento del retorno venoso y la desaparición del lecho placentario, junto al aumento transitorio del volumen sanguíneo hacen que el gasto cardiaco aumente en el puerperio inmediato. Más tarde, hacia la tercera semana, el gasto cardiaco regresa a los niveles normales anteriores al embarazo.



Valores sanguíneos

Tras la hemodilución temprana por la movilización de líquidos extravasculares, se produce una elevación del hematocrito en los 3 a 7 días que siguen al parto debido más a la pérdida de volumen plasmático que de células sanguíneas. Los valores de hematocrito están influenciados también por la pérdida hemática durante el alumbramiento. Hacia la 4^a-5^a semana se regresa a los valores normales.

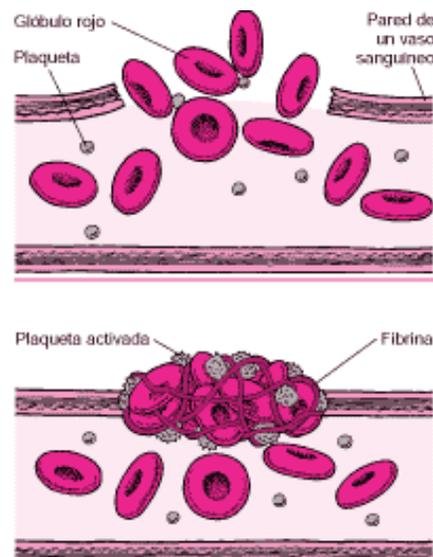
Presión arterial y frecuencia cardiaca

La presión arterial, aumenta durante el trabajo de parto por las contracciones uterinas y el esfuerzo, alcanzando valores normales durante el tiempo que dura el puerperio. Es frecuente observar que la presión descienda en los primeros días del posparto como consecuencia de la pérdida del territorio de baja resistencia que suponía el útero y la placenta.

En otras ocasiones puede darse hipotensión ortostática debido al desplazamiento de líquidos y al descenso de la presión intrabdominal (DeCherny, 2010).

La puérpera presenta normalmente una bradicardia fisiológica entre 40 y 60 latidos/min, durante las primeras horas posparto debido a una respuesta vagal al aumento de la actividad nerviosa simpática durante el parto. También influye en la bradicardia de los primeros días, los cambios producidos en el gasto cardiaco y volumen sistólico (Beltrán, 2014).

La leucocitosis del embarazo aumenta durante los primeros 10-12 días del puerperio con cifras de hasta 30.000/mm³. El dolor, la inflamación, el estrés y la ansiedad contribuyen a esta elevación. Los neutrófilos son las células que más se incrementan. Estos son los encargados de la fagocitosis de la decidua necrótica durante el proceso de regeneración del sitio placentario.



El aumento de los factores de coagulación durante el embarazo se mantiene durante los primeros días del puerperio para después disminuir, aunque el fibrinógeno y la tromboplastina se mantienen elevados hasta la 3ª semana del posparto.

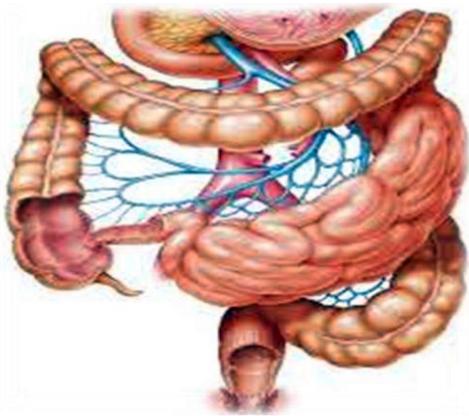
Sistema respiratorio

Los cambios en la presión abdominal y de capacidad de la caja torácica después del parto producen rápidas modificaciones del funcionamiento pulmonar. Se observan aumento de volumen residual, de la ventilación en reposo y del consumo de oxígeno. Disminuye la capacidad de inspiración y la capacidad respiratoria máxima (Beltrán, 2014).

Sistema gastrointestinal

El tono y la motilidad gastrointestinal se normalizan en el plazo de 2 semanas. Los dos o tres primeros días del puerperio la puérpera está sedienta, tal vez por las restricciones de líquidos durante el parto y la redistribución de los líquidos extravasculares. La mayor parte de las mujeres sienten hambre poco después del parto.

Se destaca que el estreñimiento es común durante el puerperio, se debe a la relajación intestinal durante el embarazo y a la distensión de los músculos abdominales. La limitación de alimentos y líquidos durante el parto, en ocasiones los enemas antes del mismo, y la medicación influyen para que se presente esta molestia.



La evacuación intestinal puede retrasarse dos o tres días después del parto. El dolor por hemorroides, laceraciones o episiotomía contribuyen a que no se produzca la evacuación (DeCherny, 2010).

Sistema endocrino

Se hace referencia fundamentalmente al descenso sufrido por las hormonas placentarias una vez que ha ocurrido el alumbramiento. Este descenso posibilita un aumento de la prolactina y, en consecuencia, la instauración de la secreción láctea materna.

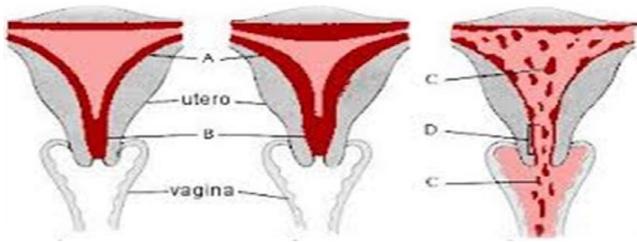
El mecanismo responsable del reinicio del ciclo menstrual no se conoce de forma precisa. La menstruación se restablece generalmente antes que la ovulación, la mayoría de los primeros ciclos son anovulatorios después de la amenorrea. El ovario parece ser refractario a la acción de las gonadotrofinas tanto en mujeres que se encuentran lactando como en las que no.

Al suprimir la lactancia esta refractariedad persiste por lo que no sólo la hiperprolactinemia inhibe la acción de las gonadotrofinas; por lo tanto se admite que la mayoría de las mujeres que no amamantan a sus hijos menstruarán antes que las que si lo hacen. El lapso de tiempo para el regreso de la menstruación es variable. Las mujeres que no lactan al recién nacido suele presentarse entre la 6ª y 8ª semana después del parto en el 50% de los casos. Para las mujeres que si lactan a su hijo suele ocurrir entre la 12ª y 36ª semana en el 75% de los casos, sin embargo ello significa que la mujer puede quedar embarazada nuevamente si ha iniciado relaciones sexuales, ya que el hecho de no haber presencia de menstruación no quiere decir que tal circunstancia actúa como método de anticoncepción (DeCherny, 2010).

Cambios en la temperatura

La elevación de la temperatura corporal las primeras 24 horas del puerperio puede ser causada por fatiga, deshidratación y reabsorción de material proteico del útero, posterior a ello, la

puérpera debe encontrarse eutérmica. Cuando la puérpera experimente discreto incremento en la temperatura durante 12 a 16 horas en el 3° ó 4° día del puerperio debe indagarse si está condicionada por la ingurgitación mamaria (mamas hinchadas y dolorosas) (Williams 2010).



Mamas

El último de los cambios generales del puerperio que mencionaremos es el referido a las mamas, Solamente diremos que en función de que la madre escoja entre lactancia al pecho o artificial, la glándula mamaria reaccionará en consecuencia. Cuando aparece la oleada de sangre y linfa hacia la mama adelantándose a la producción de leche, las mamas se agrandan y se congestionan volviéndose muy consistentes y calientes hacia el 3° día después del parto. Las madres que no optan por la lactancia al pecho también experimentan plenitud y turgencia (DeCherny, 2010).



Tratamiento y cuidados para la ingurgitación mamaria durante la lactancia

Una reciente investigación encontró que el dolor en los senos es la segunda razón más frecuente para interrumpir la alimentación al seno materno dentro de las dos primeras semanas del

nacimiento, siendo la ingurgitación mamaria una importante causa de dicho dolor.

Posterior al nacimiento, no es inusual que las mujeres experimenten una sensación de repleción, calor y pesadez en las mamas, todos ellos cambios fisiológicos que resultan de la producción de leche (Beltrán, 2014).

AUTOCUIDADO EN LACTANCIA MATERNA

1. Si la leche no es removida mientras se está formando, el volumen de leche en la mama puede exceder la capacidad de almacenamiento de los alvéolos llevando a la ingurgitación mamaria. Una vez que se alcanza la distensión alveolar, adicionalmente la producción de leche comienza a suprimirse.
2. La ingurgitación lleva entonces a limitaciones en la frecuencia y duración de la lactancia así como a molestias para colocar correctamente el bebé al pecho, puede también ocurrir el ofrecimiento prematuro de suplementos alimenticios, o suspensión abrupta de la lactancia por otros motivos.
3. Por todo ello, se desprende la importancia de una política de promoción de comportamientos que pueden llevar a prevenir la ingurgitación mamaria.
4. Así, cuando ocurre ingurgitación, es importante sugerir a la madre los más efectivos tratamientos para la ingurgitación mamaria como los; masajes en la región, aplicación local de calor, paños fríos, o medios físicos alternos (frío-calor) hormonas (como el etilbestrol, oxitocina, deben ser prescritas por el obstetra), el uso de plantas medicinales como las hojas de col, se puede aplicar localmente ultrasonido y también se prescriben antiinflamatorios (naproxeno, ibuprofeno, en general todos los AINES) (INP, 2012).
5. La prevención de la ingurgitación mamaria continúa siendo prioritaria, debiendo promover alimentación al seno materno a libre demanda, y a través de una adecuada técnica de alimentación al seno; lo cual es todavía

el método más efectivo para el tratamiento y prevención de la ingurgitación mamaria (Programa arranque parejo de la vida 2007-2012).



1.6 Aspectos psicosociales del puerperio

Valoración psicológica inicial

La valoración psicológica de la madre es una parte integral de la evaluación puerperal. En estas primeras horas resulta atrevido hablar de una valoración psicológica que nos ponga en sospecha de conflictos en la mujer o su entorno.

Valoramos en primera instancia su estado emocional, nos podemos encontrar con una mujer eufórica contenta o, por el contrario, extenuada, enojada, frustrada, deprimida incluso. Su estado emocional estará en función de las molestias que tenga en ese momento, del desenlace del parto y de la planeación o no del embarazo que ha concluido.

La experiencia dice que la mujer con trabajo de parto prolongado o que lleva varios días sin dormir por falsas alarmas de parto, o porque éste ha transcurrido por la noche, nos puede dar una errónea impresión de desinterés por el neonato.

Frecuentemente la primera y reiterada pregunta a la enfermera es si se encuentra bien su hijo, tras confirmárselo, la mujer esboza una amplia sonrisa.

Para no confundir un estado de cansancio con problemas potenciales de vinculación, la enfermera deberá repetir la valoración tras períodos de descanso de la madre. A pesar del cansancio de algunas madres, le preocupa conocer cuándo deben ponerse al pecho a su hijo (Burroughs, 2010).

La compañía de la mujer en este momento puede dar una idea aproximada de los sistemas de apoyo y ayuda con que cuenta.

Una vez hecha la valoración inicial a la puérpera se encuentra en disposición de saber si esta cómoda y segura. A partir de aquí debemos registrar todas las valoraciones en la historia de Enfermería.

Dependiendo del estado de la madre se debe empezar desde el primer momento la valoración de su nivel de conocimientos acerca de su cuidado personal. En este contacto inicial no podemos llenarla de contenidos educativos, esto se hará paulatinamente a lo largo de su estancia



I GENERALIDADES DEL PUERPERIO

hospitalaria, Normalmente es la mujer la que dicta el ritmo de la enseñanza en función de sus necesidades (Burroughs, 2010).

Además de los numerosos cambios fisiológicos que ocurren durante el posparto, es frecuente que la madre, su pareja y los miembros de la familia se vean desbordados por una serie de cambios psicosociales. Estos cambios son normales y la mayoría esperados. Algunos de los cambios que se mencionarán son la respuesta de los padres; materna y paterna, la vinculación entre los padres y el recién nacido y la respuesta de los hermanos.

A menudo los padres relatan a los demás la experiencia vivida durante el trabajo de parto y nacimiento. Esto ayuda a los padres a integrar la experiencia en sus vidas diarias. La comparación entre el parto real vivido y las expectativas previas idealizadas ayudan a la adaptación de los padres a la nueva situación (DeCherny, 2010).



Adaptaciones maternas

A principios de los años 60 una enfermera de maternidad (Rubín) que observaba a las mujeres en el período posparto inicial, identificó ciertas conductas que se repetían a medida que las mujeres asumían su nuevo papel maternal. Aunque la asistencia a la maternidad ha cambiado y la mujer de hoy es más independiente, todavía se siguen identificando estas conductas y reacciones en la generalidad de las mujeres (INP, 2012).

Rubín describió tres etapas después del nacimiento, estas son:

Etapa de aceptación

- Es la primera etapa después del nacimiento. Se caracteriza por una conducta dependiente y puede durar desde varias horas hasta dos días después del parto. Durante este período la mujer presta una intensa atención sobre ella misma.
- La madre suele estar agotada y sólo desea alimentos y descanso.
- Durante estos primeros días está introspectiva y meditabunda, retrocediendo la “película del parto” y se forma un concepto de la experiencia del nacimiento.
- Emergen dudas sobre su capacidad como madre y cuidadora. Acepta de buena gana todo lo que suponga ayuda para cubrir sus necesidades físicas.



Etapa de apoyo

También llamada de hacerse cargo, es la segunda etapa. La mujer comienza a recuperar su energía y experimenta una mejoría del bienestar físico. Se preocupa de su normalidad funcional y empieza a asumir responsabilidades sobre el cuidado de su hijo. Es una etapa muy receptiva para la educación y enseñanza de la lactancia, y otros procedimientos sobre el cuidado. Necesita que se le confirme que realiza bien su papel de madre (INP, 2012).



Etapa de abandono

También llamada de dejar hacer, coincide esta etapa con el alta de la gestante. La mujer adopta conductas más independientes en su papel maternal. Comienza a ver al recién nacido como un ser independiente. La mujer necesita desarrollar su relación con su pareja y el resto de la familia. Las nuevas responsabilidades y las exigencias añadidas pueden llevar a sentimientos de tristeza o depresión posparto.

La depresión puerperal

Está considerada como una reacción emocional pasajera de corta duración que ocurre entre el 50 y el 70% de las mujeres durante el período posparto. Suele aparecer al tercer día y resolverse en el plazo de una semana a 10 días.

Tras la excitación del parto a veces la madre experimenta un sentimiento de decepción, pudiendo estar llorosa, irritable, cansada, sin capacidad para concentrarse, triste, intranquila y angustiada, en definitiva, extremadamente sensible (DeCherny, 2010).

Los cambios en el estado de ánimo coinciden con la caída brusca de las hormonas estrogénicas y la progesterona, que alcanzan los niveles más bajos en esos días. Otros factores que se creen relacionados con este estado son la falta de sueño, las molestias, el dolor, la incomodidad, la preocupación por el hijo, las dificultades para dar el pecho y los problemas con la pareja, los familiares, laborales, etc. Cuando los síntomas continúan o se agravan pueden desembocar en una psicosis posparto que

requiere actuación profesional más especializada (INP, 2012).



Adaptación paterna

Aunque está menos estudiado, es frecuente que el padre sufra adaptaciones muy similares a las de la madre. El padre puede encontrar dificultad para entender los cambios físicos y psicológicos que están ocurriendo en su pareja. Mientras ella se recupera, la responsabilidad se desvía hacia él. Normalmente es el encargado de organizar la vuelta social de la madre e hijo al hogar.

Vinculación afectiva padres-hijo

La unión inicial entre los padres y el hijo se fundamenta en parte, en la capacidad de éste para reaccionar. Las reacciones del recién nacido animan a los padres a una interacción constante. El resultado es un vínculo afectivo estable. Se considera vínculo afectivo al brote de afecto recíproco de estímulos y respuestas, y lazos afectivos que ayudan a formar una relación social coordinada y constructiva.



Los indicadores que se han utilizado para valorar el vínculo afectivo son ciertos comportamientos como besar, acariciar, abrazar, sonreír y mantener el contacto cara a cara (INP, 2012).

Los hermanos

La presentación precoz del nuevo miembro, ayuda a los hermanos a integrarlo en la unidad familiar, pero cabe esperar que cuando éstos son de corta edad, reaccionen con conductas regresivas. De alguna forma todos los hermanos experimentan sentimientos de rivalidad cuando un hermano menor se integra en el seno familiar (INP, 2012).

Acabamos la descripción de las adaptaciones psicosociales con un tema de investigación reciente, como es la asunción del papel materno. El logro del papel materno es un proceso por el cual la mujer aprende los comportamientos de maternidad y se siente cómoda con su identidad como madre. Mecer (1985) describió 4 etapas para el logro de este papel:

- **Etapla anticipatoria.** La mujer durante el embarazo busca modelos de papel de madre, sobre todo en su propia madre.
- **Etapla formal.** Empieza cuando nace el niño, la mujer sigue influenciada por otras personas y actúa en función de cómo otras personas esperan de ella.
- **Etapla informal.** Empieza cuando la madre inicia sus propias decisiones sobre la maternidad, desarrolla su propio estilo y encuentra formas que le van bien.
- **Etapla personal.** Es la etapa final de asunción del papel materno, al llegar a esta etapa la madre se siente cómoda con la idea de sí misma como madre.

Como **resumen** de esta primera parte se dice que el período posparto o puerperio conlleva multitud de adaptaciones fisiológicas y psicológicas, entre las que se encuentran:

- La involución de las modificaciones anatomofisiológicas que se producen durante el embarazo y el parto.
- La instauración de la secreción láctea.
- La adaptación psicosocial de la madre y la familia a la nueva situación.
- El establecimiento de una nueva relación padres-hijo (Programa arranque parejo en la vida 2009-2012).

1.7 Valoración de enfermería en el puerperio inmediato

Valoración física inicial:

El profesional de Enfermería debe recabar información de la historia de la mujer recolectada del expediente clínico en su ingreso para el parto. Resulta fundamental conocer todos los datos referidos al desarrollo del parto, como: tipo de parto, hora, tipo de alumbramiento y hora, medicación utilizada, particularidades del desarrollo del parto, datos de laboratorio, información psicológica significativa, etc. (INP, 2012).

También los datos se pueden obtener mediante entrevista con la púérpera.

Una vez comprobado el estado inicial de la mujer, ya son condiciones de identificar los problemas reales, potenciales o de riesgo y el de salud, para poder planificar las intervenciones.

➤ **Coloración de piel y mucosas**

El color de la piel y mucosas es un fiel reflejo de la circulación y perfusión, por tanto se valora la existencia de palidez, enrojecimiento y/o cianosis.

➤ **Signos vitales**

Con la medición de la tensión arterial, pulso y respiraciones se valora la normalidad de la volemia y de los primeros reajustes fisiológicos. Con la medición de la temperatura se puede determinar si la mujer está deshidratada o existe algún problema de infección.



➤ **Vejiga urinaria**

Se debe valorar el estado de la vejiga urinaria, una vejiga distendida y palpable por encima de la sínfisis del pubis puede interferir en la normal contracción uterina y poner a la mujer en riesgo de atonía. No se debe olvidar que la vejiga puede encontrarse llena y la mujer no tener necesidad de orinar por el traumatismo del parto, por atonía o porque ha aumentado su capacidad al liberarse de la presión abdominal. Hay procurar que la mujer orine para proceder a la siguiente valoración (De Cherny, 2010).

➤ **Involución uterina**

Para valorar los cambios que ocurren en el útero inmediatamente después del parto, se debe proceder de la siguiente forma.

➤ **Determinar la localización y tamaño del útero**

Se coloca una mano sobre el segmento inferior del útero y con el lado de la mano dominante se precisa la altura del fondo uterino. Se encontrará a medio camino entre la cicatriz umbilical y la sínfisis del pubis. La altura se mide por medio de una cinta métrica. Una elevación del útero por encima de la cicatriz umbilical o una desviación de su línea media

se puede sospechar de una vejiga urinaria llena que impide su correcta contracción y acomodación o una inadecuada involución uterina (Williams, 2010).

➤ **Determinar la consistencia o firmeza uterina**

La consistencia del útero después del parto debe ser dura, leñosa. Esto es indicativo de una correcta contracción o formación del globo de seguridad y su palpación no debe llevar a una sensibilidad excesiva. La yema de los dedos corrobora la consistencia. Un útero pastoso, esponjoso, pone a la mujer en riesgo de hemorragia. Aprovechando la valoración de la involución uterina se palpa el abdomen de la mujer revisando distensión, flacidez, dureza, rigidez o sensibilidad. También se explora la existencia de separación de los músculos rectos abdominales.

➤ **Loquios**

La valoración de la pérdida hemática. Las características que debemos observar son cantidad, color, consistencia y olor de los loquios.

➤ Durante las primeras horas del puerperio los loquios deben ser rojo oscuro, de apariencia similar al flujo menstrual. Son normales

pequeños coágulos de sangre acumulados en la vagina (DeCherny, 2010).

- Sin embargo debe investigarse la aparición de los loquios con grandes y numerosos coágulos. Normalmente estos coágulos son expulsados cuando hacemos una compresión suave del fondo uterino.
- En cuanto al olor, no debe ser fétido aun cuando tienen un olor característico, el mal olor es indicio de infección.
- Quizás lo que resulte más conflictivo sea valorar la normalidad de la cantidad de loquios expulsados. Esta valoración depende de la absorción de la compresa o toalla obstétrica utilizada y de la frecuencia con que se cambie.
- Se han dado varias fórmulas para inquirir si la cantidad es normal o por el contrario la pérdida resulta excesiva (Williams, 2010).
- Los loquios no deben exceder de una cantidad moderada, entendiendo ésta como una mancha hemática en el apósito perineal menor a 15 cm en una hora.
- Con la saturación de una compresa estándar hospitalaria en menos de una hora, hablamos de cantidad importante o abundante. Esto nos debe llevar a una valoración más exhaustiva.
- La pérdida hemática compatible con una mancha de 10 cm o menos sugiere una cantidad escasa. Si observamos un goteo de sangre roja brillante y continuo debe comunicarse al equipo obstétrico para averiguar si existen desgarros de partes blandas sin suturar o estamos ante un problema de coagulación (Williams, 2010).
- **Área vulvo perineal**
Al hablar de la asistencia en el período expulsivo, a veces se practica una incisión quirúrgica en el periné, la episiotomía, posteriormente llamada episiorrafia en el puerperio, para facilitar la salida del feto. En otras ocasiones ocurren desgarros espontáneos. En esta valoración del área vulvo perineal se comprueba la existencia de episiorrafia o desgarros. Si resulta afirmativo, valoramos la integridad de las suturas (DeCherny, 2010).
- Davidson desarrollo un método válido para valorar la episiotomía y su proceso de cicatrización, basado en la observación de 5 parámetros, y que se corresponden con el anacronismo REEDA o EEEDA; rubor o enrojecimiento, edema, equimosis, drenaje y aproximación de los bordes.
- Normalmente se encuentra en las primeras horas un perineo ligeramente edematoso, con los bordes bien aproximados, que puede ser mínimamente sensible a la palpación suave. La equimosis o hematomas en esta región pueden interferir con el bienestar de la puerpera, con la cicatrización y predisponer a la infección (Williams, 2010).
- Esto requiere una mayor valoración. Aun cuando no se ha realizado episiotomía, el periné se puede encontrar edematoso debido al traumatismo del parto.
- Simultáneamente, la enfermera valorará la existencia de hemorroides alrededor del ano, su tamaño, número, dolor y sensibilidad (Williams, 2010).
- **Mamas**
En estos primeros momentos del puerperio lo normal es que encontremos unas mamas blandas a la palpación y lisas. Es frecuente que exista secreción de calostro. La valoración inicial de su consistencia, color, tamaño y protrusión del pezón sirve de referencia para los cambios que se aproximan en los días siguientes con la “bajada de la leche”. La valoración de las mamas es el momento ideal para preguntar a la madre sobre la opción de alimentación que ha pensado para su hijo y procurar sugerir la Lactancia Materna Exclusiva por los primeros 6 meses aun cuando la madre labore.
- Todas las valoraciones físicas que se han descrito durante las dos primeras horas se realizan cada 15 min., excepto la temperatura, que se hace cada hora. No hay

necesidad de valorar las mamas con esta frecuencia.

- En las 6 horas siguientes la valoración se debe hacer cada 2 horas y de las 8 a las 24 horas cada 8 horas, si todo transcurre con normalidad (NOM-007-SSA2-1993).

Extremidades inferiores

Diariamente se deben valorar las extremidades inferiores, en busca de calor, edema, rubor y sensibilidad dolorosa. Para hacer la valoración se debe estirar y relajar el miembro inferior, a continuación se toma el pie y se realiza una flexión dorsal enérgica. No debe presentarse molestia alguna. Si se produce dolor en la pantorrilla, la mujer tiene un signo de Homans positivo que debe comunicarse.

- El dolor se localiza normalmente en la cara posterior de la pierna, es causado por la inflamación de los vasos, lo que puede deberse a una tromboflebitis. La temperatura de la piel y el edema también deben valorarse, cuando el signo de Homans es positivo. La deambulación precoz, evitar cruzar las piernas, así como evitar la presión sobre la parte posterior de las rodillas, es la mejor forma de prevenir este problema (NOM-007-SSA2-1993).

1.8 Intervenciones de enfermería en el puerperio inmediato

La amplitud del puerperio hace que las necesidades de la puérpera sean variables y, por tanto, los cuidados. Para efectos prácticos y clínicos dividimos este período en tres etapas:

- Puerperio Inmediato: Comprende las primeras 24 horas posparto.
- Puerperio Mediato: Del 2º al 7º día del posparto.
- Puerperio Tardío: Del 8º hasta el día 40 en el posparto.

En el puerperio inmediato la mayoría de las mujeres permanecen hospitalizadas, para vigilar

la evolución clínica de la paciente; entre otros aspectos, el útero debe contraerse eficazmente para evitar problemas hemorrágicos, a la vez que deben instaurarse los mecanismos de hemostasia correctos. Por otra parte, en este período se llevan a cabo los principales reajustes hemodinámicos y cardiovasculares, manifestado en los signos vitales.

Antes de ejecutar la valoración inicial de enfermería deben considerarse algunas acciones durante el manejo de la paciente.

- Uso de guantes cuando se esté en contacto con sangre o fluidos corporales (NOM-045-SSA2-2005), Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales. NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.
- Orientar a la puérpera antes y después de realizar cada procedimiento (Trato Digno INDICAS).
- Promover la participación de la puérpera en los cuidados personales (Teoría del Autocuidado D. OREM).
- Proporcionar intimidad a la hora de realizar los procedimientos (Trato Digno INDICAS).
- Apoyar a los padres durante su estancia hospitalaria del binomio (Programa Arranque Parejo de la Vida 2009-2012).

Inmediatamente después del parto, la mujer junto con su hijo son trasladados a la unidad de recuperación posparto, denominada Alojamiento Conjunto, sobre todo en los hospitales que tienen la certificación como Hospital amigo de la niña y el niño, aquí se da continuidad con la valoración puerperal.

Normalmente, el tiempo de estancia en la unidad de recuperación, si está habilitada, suele ser de dos horas para los partos normales (INP, 2012).

AUTOUIDADO

Es importante ya que la madre amamantara al Recién Nacido debe estar en buenas condiciones nutricionales por lo que es necesario una buena alimentación rica en nutrientes importantes para la mujer puérpera, así como la higiene personal adecuada.

Estado nutricional

La normalidad del parto y las valoraciones siguientes determinan el momento en el que se puede iniciar la ingesta de alimentos. Normalmente la puérpera puede tomar alimentos a las dos horas del parto normal.

Valorar los hábitos alimenticios durante las horas de las comidas proporción a la oportunidad de observar qué alimentos prefiere la mujer y cuales evita.

Estas observaciones pueden ayudar a planificar con la mujer una alimentación equilibrada. Si ha pensado amamantar a su hijo debe aumentar la ingesta calórica en 500 cal/día, más que las que consumía en el estado previo al embarazo. Además debe aumentar la ingesta de líquidos hasta 2-3 litros/día (NOM-007-SSA2-1993).



Higiene

A menudo la puérpera pregunta cuándo puede ducharse, se siente incómoda por la diaforesis antes mencionada. Puede hacerlo tan pronto como ella quiera, al principio es conveniente que esté acompañada por algún familiar o la enfermera, por la posibilidad de desvanecimientos a causa del tiempo que ha permanecido acostada y la cantidad de sangre perdida. Es un momento ideal para enseñar sobre el cuidado personal.



Eliminación intestinal

El personal de enfermería debe valorar el patrón de eliminación intestinal, ritmo habitual, hora y consistencia. Cabe esperar que la evacuación constituya un problema por los acontecimientos acaecidos antes y durante el parto (Beltrán, 2014).

Sueño y descanso

La valoración del reposo y sueño es fundamental para proporcionar a la mujer medidas que contribuyan a favorecerlos. Indagar sobre las horas que habitualmente duerme, hora de acostarse y ayudas para dormir que necesita.

Procuramos que la mujer tenga un descanso reparador tras el parto cuando se encuentra extremadamente cansada (Programa arranque pareja de la vida 2007-2012).



Autocuidado a la puérpera

Una buena preparación para el alta evita complicaciones y ayuda a la mujer a afrontar la llegada a casa, con el nuevo rol de ser madre y con la necesidad de autocuidados para una pronta y satisfactoria recuperación.

- Reducir al mínimo el dolor.
- Indicar a la mujer que coloque bolsas de hielo en el área perineal en las primeras 24 horas para aliviar el traumatismo o edema en la zona. Aplicar a intervalos para evitar daño tisular. Colocar una barrera delgada entre la bolsa de hielo y la piel (un paño o toalla delgada).
- Iniciar baños de asiento para aliviar la molestia perineal luego de las primeras 24 horas. Usar tres veces al día durante 15-20 minutos.
- Indicar que contraiga las nalgas antes de sentarse para reducir la molestia perineal.
- Ayudar a usar almohadillas para posición y almohadas mientras está sentada o acostada (Beltrán, 2014).
- Enseñarle a usar la botella perineal y a rociar agua caliente contra el perineo mientras orina.
- Explicar las características de los loquios.
- Entre el tercer y cuarto día, este sangrado vaginal se vuelve sonrosado y es similar a una regla. A partir del sexto día suele ser más blanquecino y escaso, desapareciendo generalmente a partir de la primera quincena, aunque puede prolongarse hasta 4 ó 6 semanas. El primer sangrado tras desaparecer los loquios, ya es la regla. Si la mujer está

amamantando, suele tardar más tiempo en aparecer.

- Cuidados e higiene del periné.
- Dejar escurrir agua caliente sobre el perineo después de cada micción y defecación varias veces al día para promover el bienestar, la limpieza y la cicatrización.
- Enseñar a la madre a colocarse los apósitos perineales tocando sólo el exterior, lo que mantiene limpia la porción en contacto con el perineo.
- Cuidados de las hemorroides y medidas de prevención del estreñimiento.
- Alimentación adecuada (para las madres que lactan).
- Indicarle a la madre que si alimenta al seno que añada al consumo normal entre 500 y 750 calorías diarias para la producción de leche. Informarle que también requiere dos o tres litros de líquido al día, 20 gramos más de proteínas, y calcio adicional, fósforo, vitaminas D, A, C, E, B6 y B12, niacina, zinc e iodo.
- Alrededor de los 6 meses se recupera la forma física y el peso habitual. Es importante informar a la puérpera de que no tenga prisa y no haga ninguna dieta, sobre todo si va a dar de mamar. Además la lactancia materna ayuda a perder peso.
- La no utilización de tampones durante las dos o tres semanas mientras dura la eliminación del exudado vaginal (loquios) (Burroughs, 2004).



I GENERALIDADES DEL PUERPERIO

- Ejercicio físico de recuperación abdominal. Enseñar a la mujer ejercicios para el puerperio inmediato y tardío.
- Los ejercicios para el puerperio inmediato pueden realizarse en la cama:
- Estiramiento de los dedos de los pies: en decúbito dorsal, mantener rectas las piernas y dirigir hacia abajo los dedos de los pies; luego dirigirlos hacia el tórax. Repetir diez veces.
- Ejercicios del piso pélvico; contraer los glúteos contar hasta 5 y relajarse.
- Contraer los glúteos y apretar los muslos; contar hasta siete y relajarse.
- Contraer los glúteos, apretar los muslos y contraer el ano. Contar hasta diez y relajarse.
- No realizar esfuerzo físico intenso (levantar pesos o subir escaleras), limitar algunas actividades durante el puerperio mediano y tardío.
- Reanudación de la actividad sexual y contracepción. Informar que reiniciar el coito debe efectuarse cuando las condiciones anatómicas del posparto lo permitan.
- Orientar sobre metodología anticonceptiva antes y posterior al parto (NOM 005-SSA2-1993 Sobre servicios de Planificación Familiar).
- Satisfacer necesidades de reposo y sueño.
- Higiene y cuidado de las mamas. Valorar la situación de las mamas y los pezones. Inspeccionar éstos para detectar rubor, erosiones o fisuras. Las áreas enrojecidas pueden mejorar si se aplica un ungüento, crema de lanolina o secado mediante aire durante minutos varias veces al día (NOM-007-SSA2-1993 Programa Lactancia Materna).

Los ejercicios para el puerperio tardío pueden realizarse después de la primera visita posparto (NOM-007-SSA2-1993).

- Acostarse boca arriba en el piso con los brazos a los lados y las palmas hacia abajo. Comenzar a mover las piernas como en una bicicleta, acercando lo más posible las rodillas hacia el tórax y luego estirándolas y enderezándolas lo más posible. Respirar en forma profunda y uniforme. Realizar los ejercicios a velocidad moderada y no cansarse.
- Ejercicios para fortalecer los músculos glúteos: colocarse sobre el estómago y mantener rectas las piernas. Levantar la pierna izquierda en el aire y luego repetir con la pierna derecha. Mantener fija la cadera en el piso y repetir diez veces.
- Animar a la pareja a dedicar tiempo para restablecer su propia relación y renovar sus intereses y relaciones sociales.
- Indicar a la mujer que reserve para ella momentos tranquilos en el hogar y ayudarla a establecer objetivos realistas y renovar sus intereses y relaciones sociales (INP, 2012).
- Informar a la madre y a la pareja de la posible aparición de tristeza puerperal en los primeros días después del parto. Informarlos también de los síntomas de una psicosis o neurosis puerperal, indicando la necesidad de acudir a un especialista si los síntomas persisten o se agravan (INP, 2012).

CAPÍTULO II

Puerperio complicado



El estado de puerperio, proceso después del parto, puede convertirse en ocasiones en un verdadero estado patológico que amenaza seriamente la vida de la madre y el nuevo ser. Después de haber revisado la parte Fisiológica del puerperio, este capítulo tratará del puerperio complicado. En la actualidad, se presentan: estado de shock secundario a hemorragia posparto, atonía uterina o de trastornos placentarios, que conllevan a una histerectomía de urgencia, la sepsis puerperal, los trastornos de coagulación como la coagulación intravascular diseminada (CID), entre otros, constituyen una verdadera amenaza para la vida de la paciente puerpera. La identificación de las pacientes de alto riesgo previo al parto permite planear un procedimiento específico, a modo de evitar con ello defunciones maternas.

2.1 Hemorragias posparto

Alrededor de medio millón de mujeres en todo el mundo mueren anualmente por causas relacionadas con el embarazo y el parto. La mortalidad materna en nuestro país, a pesar de haber disminuido en la última década, aún se presenta con una frecuencia alta en relación a los países desarrollados. El embarazo en mujeres jóvenes o añosas y el aumento en la frecuencia de nacimientos por cesárea, pueden incrementar la incidencia de patologías asociadas a hemorragia obstétrica.

En el régimen ordinario del IMSS, las hemorragias obstétricas son la segunda causa de mortalidad materna, así como en las otras instituciones de Salud, sólo precedidas por preeclampsia-eclampsia.

Las hemorragias posparto son una complicación relativamente frecuente que se debe a diversas causas, no siempre controlables, requieren actuación inmediata y el instrumento es la prevención y el autocuidado.

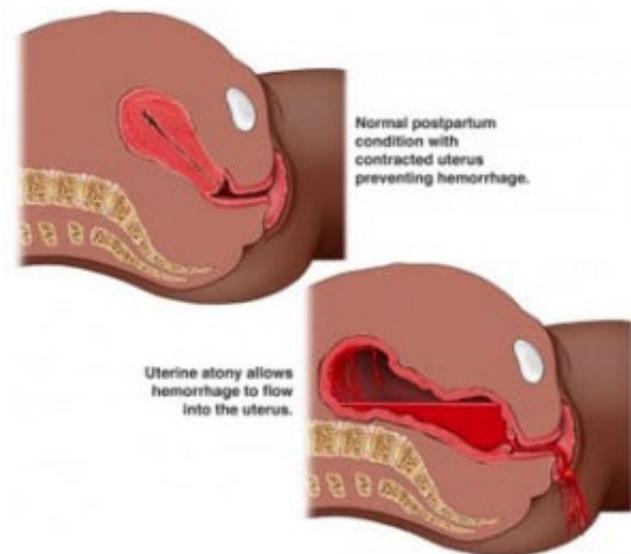


Clásicamente se definía la hemorragia posparto precoz o hemorragia del alumbramiento, como la pérdida superior a 500 ml de sangre en las primeras 24 horas tras el parto. Pero esta definición es muy ambigua, por lo que es preferible diagnosticar el cuadro por los signos y síntomas de anemia y por los datos del hemograma (descenso superior al 10% en el valor del hematocrito).



Los factores de riesgo principales de la hemorragia en el alumbramiento o posparto son:

1. Atonía uterina (falta de contracción uterina tras el parto).
2. Desgarros en cuello de útero, vagina o vulva.
3. Retención de la placenta o de restos placentarios.
4. Alteraciones de la coagulación.
5. Rotura uterina.



Factores de riesgo

La hemorragia posparto puede ser más frecuente en mujeres asiáticas e hispanas.

Entre los factores que preceden al parto que pueden incrementar la probabilidad de padecer hemorragia posparto se encuentran los siguientes:

- Antecedentes de hemorragia posparto anterior.
- Preeclampsia.
- Problemas con la placenta.
- Obesidad.
- Primer embarazo.
- Embarazo múltiple, lo que puede generar niveles elevados de líquido amniótico.

Entre las complicaciones del parto que pueden incrementar la probabilidad de padecer hemorragia posparto se encuentran las siguientes:

2.2 Atonía uterina

Es la causa más frecuente de hemorragia posparto temprana. Con la expulsión de la placenta, en el útero queda un lecho sangrante que requiere de la contracción uterina adecuada. Cualquier situación que lleve a una falta de contracción, va a provocar la pérdida continua de sangre a través de la herida placentaria (DeCherny, 2010).

En la tercera fase del parto, conocida como alumbramiento, tiene lugar el desprendimiento de la placenta, que previamente se ha separado de las paredes del útero. Durante este proceso, el útero suele contraerse para que los vasos sanguíneos que conectaban las paredes de éste con la placenta se cierren. Pero puede ocurrir que el útero no se contraiga por falta de tono, lo que provoca que los vasos sanguíneos permanezcan abiertos y se produzca una hemorragia severa, es decir, una pérdida de más de 1,000 mililitros de sangre (Williams, 2010).

A esta falta de tono que impide la contracción tras el parto se le llama atonía uterina y es la primera causa de hemorragia después del parto. Según los expertos, alrededor del 70% de los casos de hemorragia tras el parto se deben a una atonía uterina.

Especialistas en ginecología del hospital determinan que la atonía uterina es una anomalía y se da en una paciente tras una cesárea o parto

y está entre las principales causas de mortalidad materna.

Señalan que el útero no se contrae y por esta razón se presentan sangrados abundantes, que pueden llegar a provocar la muerte si no se atienden de manera correcta (IMSS, 2013).

Las principales causas de la atonía uterina pueden incluir; trabajo de parto muy activo, hasta contracciones severas presentes hasta el nacimiento y alumbramiento, distensión abdominal excesiva por productos grandes, abundante líquido amniótico y multiparidad (haber tenido varios embarazos previos).

Los factores de riesgo para que ocurra una complicación como la atonía uterina son deficiencia de plaquetas en la paciente, insuficiencia renal, anemia, problemas de coagulación de la sangre y diabetes (DeCherny, 2010).

Asimismo, todas las enfermedades crónicas degenerativas pueden representar un riesgo obstétrico e inclusive a las pacientes que tienen estas enfermedades previas a la gestación, se les recomienda no embarazarse.

La incidencia es más frecuente en mujeres de más de 35 años de edad; sin embargo, también se puede presentar en mujeres jóvenes.

Se ha comprobado que la atonía uterina es más recurrente en partos vaginales, debido a que hay una mayor distensión del útero, mientras que en las cesáreas, dado que se programan con 15 días antes de la fecha de parto, no es tan alto este riesgo aunque sí llega a presentarse de forma esporádica.

La principal complicación que puede desencadenar la atonía uterina es la hemorragia severa, que se traduce en pérdida del conocimiento por choque hipovolémico (pérdida importante de sangre), paro cardíaco o respiratorio, y alto riesgo de muerte.

Por estas razones, en algunos casos se recurre a la extirpación del útero (histerectomía).



Si no se controla a tiempo puede tener importantes riesgos, entre ellos la muerte de la mujer. Pero, por suerte, este incidente no es demasiado frecuente y suele ser fácil de controlar para los profesionales que conducen el parto (Williams, 2010).

Tipos de atonía uterina

La atonía uterina suele ocurrir después del parto, pero, dependiendo del momento exacto en el que suceda, se pueden diferenciar dos tipos:

Atonía precoz. Es más frecuente tiene lugar cuando la mujer está aún en la sala de expulsión “Es debido a que la mujer no produce suficiente oxitocina de manera natural”. La oxitocina es la hormona que favorece la contracción en el parto y también en el posparto; en este último momento, su finalidad es permitir que el útero se contraiga para evitar que se produzcan hemorragias.



Atonía tardía. Si se produce en el posparto más inmediato, antes de que el útero consiga su involución a las condiciones normales (DeCherny, 2010).

Factores que favorecen la aparición de la atonía uterina:

- ❖ Sobre distensión uterina (embarazo múltiple, polihidramnios, macrosomía fetal).
- ❖ Trabajo de parto prolongado.
- ❖ Miomas.
- ❖ Parto precipitado.
- ❖ Manipulación uterina.
- ❖ Desprendimiento de placenta.
- ❖ Placenta previa.
- ❖ Uso de relajantes uterinos (sulfato de magnesio, agentes anestésicos halogenados).
- ❖ Infección intramniótica.
- ❖ Óbito (feto muerto *in utero*).

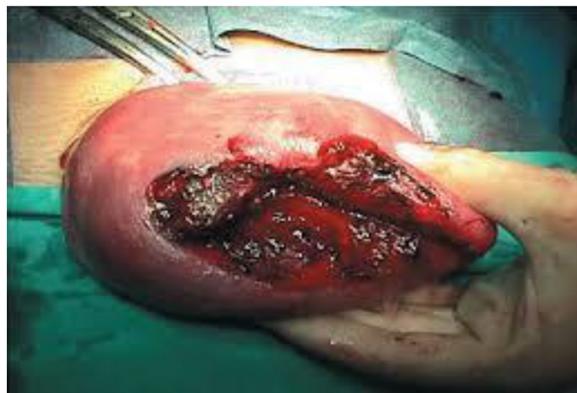
Manejo de la atonía uterina

El manejo habitual de la hemorragia por atonía uterina incluye el uso de oxitócicos, ergóticos y prostaglandinas, antes de proceder a la ligadura de las arterias hipogástricas o de realizar una histerectomía posparto. La técnica descrita por B. Lynch *et al.* es un procedimiento quirúrgico capaz de frenar, en un gran número de casos, la hemorragia por atonía uterina, con la ventaja de preservar el útero y, por tanto, la fecundidad de la mujer (Williams, 2010).

Aunque se actúe precozmente sobre la causa del sangrado, en muchos casos ya se ha puesto en marcha una coagulopatía de consumo que debe ser corregida de inmediato para evitar consecuencias fatales. Por tanto, la actuación oportuna del cuadro no es suficiente un adecuado manejo quirúrgico, sino que además requiere un correcto control hemodinámico y de los factores de la coagulación.

2.3 Ruptura uterina

La rotura del útero gestante se define como una solución de continuidad patológica de la pared uterina, situada con mayor frecuencia en el segmento inferior. La rotura uterina completa o catastrófica se considera la complicación obstétrica más grave debido a su alta morbimortalidad materna y fetal.



Según profundidad

Rotura uterina completa es la disrupción de todas las capas de la pared uterina, incluyendo la serosa, por lo que hay comunicación directa con la cavidad abdominal.

Rotura uterina incompleta o dehiscencia la serosa permanece intacta, por lo que no hay comunicación con la cavidad abdominal (DeCherny, 2010).



2.4 Inversión uterina

La inversión uterina es una entidad clínica poco frecuente y grave, descrita como una emergencia

obstétrica relacionada con las complicaciones del tercer estadio del parto cuyo tratamiento inmediato-urgente es de resolución quirúrgica.

Algunos autores relacionan su incidencia con la vía del parto (1:1 860 en la cesárea y 1:3 737 en el parto por vía vaginal).



La inversión uterina es poco frecuente. Habitualmente se presenta en su forma puerperal aguda, como una complicación del 3er. estadio del parto. Su diagnóstico temprano es indispensable para poder optar por un tratamiento que permita conservar la fertilidad de la mujer, los cuales incluyen opciones por vía vaginal, laparoscópica y laparotomía. Las formas crónicas de presentación resultan aún menos frecuentes y su reporte en la literatura médica es prácticamente nulo.

2.5 Desgarros del canal del parto

Constituyen la segunda causa de hemorragia posparto.

Suelen estar relacionados con partos instrumentales (fórceps, espátulas, vacío) o en fetos muy grandes.

El sangrado suele ser de menor cuantía, pero constante, de sangre más roja y puede comenzar desde la expulsión del feto y antes del alumbramiento de la placenta, o tras el alumbramiento, con el que aunque el útero se contraiga persiste el sangrado.

Los desgarros vaginales son rasgaduras de la piel y los músculos que se encuentran sobre el orificio vaginal o a su alrededor. En la mayoría de los casos, los desgarros se producen en el perineo. El perineo es la región que se encuentra entre el ano y el orificio de la vagina. Existen cuatro grados de desgarros vaginales:

- Desgarros de primer y segundo grado: se pueden reparar con mayor facilidad.
- Desgarros de tercer y cuarto grado: su reparación es más compleja porque son más grandes, más profundos y afectan el tejido muscular.

Esta afección grave no es frecuente. Cuando ocurre, normalmente se produce durante un parto vaginal.

Causas

Los desgarros vaginales pueden producirse por cualquiera de las siguientes causas:

- La cabeza del bebé es demasiado grande para pasar fácilmente por el orificio vaginal.
- El bebé viene de nalgas y atraviesa la vía del parto primero con los pies o las nalgas.
- El parto se produjo muy rápidamente y el perineo no tuvo tiempo de estirarse lentamente.
- La madre no puede controlar el pujos.

Factores de riesgo

Si la mujer es muy pequeña y su bebé es demasiado grande, el médico reconocerá este riesgo antes del parto y podrá ayudarla:

- Tener un bebé demasiado grande.
- Tener una estructura muy pequeña, especialmente en la zona de la pelvis.
- Ser madre primeriza.
- Haber sufrido esta afección previamente.

Síntomas

En general, los desgarros vaginales no presentan síntomas. Un signo puede ser el aumento de sangrado proveniente de la vagina.

Diagnóstico

El médico que atendió el parto tiene que observar, si se produce un desgarro, podrá ver. La gravedad dependerá del tamaño de los desgarros y de los músculos afectados. Si el médico cree que usted puede sufrir un desgarro, es posible que le recomiende una *episiotomía*. Consiste en hacer una incisión quirúrgica del perineo. Con la episiotomía, el orificio vaginal se amplía temporalmente para que el bebé no desgarre la vagina ni los músculos que la rodean.

Tratamiento

Los desgarros de primer grado son superficiales. A menudo no requieren suturas y se curan naturalmente. Los desgarros de segundo grado se producen en las partes más profundas de los tejidos, requieren algunas suturas y luego se curan correctamente. Los desgarros de tercer grado afectan los músculos del recto y los desgarros de cuarto grado afectan el interior del recto. Estos desgarros requieren más tiempo y suturas para repararse. En casos poco frecuentes de curación anormal, a veces es necesario practicar una cirugía adicional para reparar desgarros considerables.

AUTOCUIDADO

Para ayudar a reducir las probabilidades de sufrir desgarros vaginales, debe tomar las siguientes medidas:

- ❖ Masaje perineal: cuando tenga 34 semanas de embarazo, usted o su pareja pueden comenzar a masajear el perineo con los dedos y con un gel lubricante, como el gel K-Y. Después de eso, debe hacerse a diario. Esta medida permitirá ablandar y suavizar la piel y puede ayudar a que se estire con mayor facilidad en el parto.
- ❖ Ejercicios de Kegel: contraiga y mantenga contraídos los músculos del piso pélvico. Son los mismos músculos que utiliza para retener el flujo de orina. Practique contraer, mantener contraídos y relajar lentamente estos músculos para fortalecerlos.

- ❖ Mantenga una nutrición adecuada: la piel sana se estira más fácilmente.
- ❖ Un período expulsivo lento: al controlar el pujo permite que el perineo se estire lentamente.
- ❖ Otros tratamientos que se pueden usar en el hogar para aliviar el dolor de las suturas.
- ❖ Antiinflamatorios no esteroideos (p. ej. ibuprofeno), normalmente, los médicos recomiendan tomar ibuprofeno para aliviar cualquier tipo de dolor a causa de las suturas. Si el dolor continúa a pesar de haber tomado ibuprofeno, comuníquese con el médico.
- ❖ Baños tibios: a veces, sentarse en un baño tibio que sólo cubra las caderas y las nalgas puede ayudar. Se suelen llamar baños de asiento.
- ❖ Hielo o almohadillas empapadas con agua de hamamelis: a veces, se coloca hielo envuelto en un paño o almohadillas frías empapadas con agua de hamamelis en el área para calmar el dolor.

Si se le diagnostican desgarros vaginales, siga las instrucciones del médico y enfermera (DeCherny, 2010).

2.6 Retención de restos placentarios

La ausencia de alumbramiento de la placenta tras un tiempo de 15-30 minutos puede deberse a:

- Encarcelación de la placenta desprendida que permanece en cavidad uterina o parcialmente en vagina por espasmo uterino.
- Retención placentaria por debilidad de las contracciones uterinas o adherencia patológica de la placenta (acretismo placentario). En esta última situación patológica, la placenta se adhiere directamente al miometrio sin una capa de decidua basal interpuesta.

Se diferencian tres grados según la profundidad alcanzada por las vellosidades:

1. Ácreta: llegan al miometrio.
2. Íncreta: invaden el miometrio.
3. Pércreta: perforan la pared uterina.

La más frecuente es la primera forma, y sus factores predisponentes son la multiparidad, los legrados puerperales previos, la placenta previa. El aumento de la cirugía uterina (cesáreas, miomectomías) también parece estar relacionado con el incremento progresivo de esta patología.

Los restos placentarios retenidos tras la salida de la mayor parte de la placenta son otra causa de sangrado, ya que impiden la correcta contracción del útero. La retención de restos placentarios puede ocurrir en cualquier parto, por lo que es obligatoria la revisión sistemática de la placenta por el obstetra que atiende el parto tras el alumbramiento para comprobar la total integridad de éstas y sus membranas.

Tratamiento de una placenta retenida

En caso de no conseguir la expulsión de la placenta, debe realizarse un alumbramiento manual bajo anestesia. Si en esta maniobra no se consigue extraer completamente puede tratarse de un acretismo, que precisará de un legrado uterino posterior cuando es parcial o de una histerectomía (extirpación del útero) cuando es completo (Williams, 2010).

2.7 Alteraciones de la coagulación

Durante el embarazo existe un delicado equilibrio entre la coagulación y la anticoagulación que se ve alterado con cierta facilidad en el puerperio, bien en un sentido (hemorragias) como en otro (trombosis).

Las coagulopatías hemorrágicas pueden ser congénitas o adquiridas (desprendimiento de placenta, preeclampsia, feto muerto, sepsis, etc.), y cuando son graves o mantenidas pueden provocar, a su vez, un cuadro que las agrava

llamado coagulopatía de consumo, producido por el agotamiento de los factores de coagulación.

Por tal motivo, el éxito del tratamiento de la hemorragia posparto está relacionado con la rapidez en cómo se realiza el diagnóstico y en la instauración inmediata de la conducta adecuada. Las situaciones graves como la coagulopatía de consumo pueden corregirse mediante la reposición urgente de los productos sanguíneos (plasma y crioprecipitados necesarios) y al mismo tiempo actuar sobre la causa de origen.

2.8 Shock hipovolémico

El shock se caracteriza por la incapacidad del aparato circulatorio para mantener el riego sanguíneo adecuado de los órganos vitales. El shock es un evento potencialmente mortal que requiere tratamiento inmediato e intensivo. Si se presenta al menos una de las siguientes manifestaciones:

- Sangrado en la etapa inicial del embarazo (por ejemplo, aborto, embarazo ectópico o molar).
- Sangrado en la etapa avanzada del embarazo o en el trabajo de parto (por ejemplo, placenta previa, desprendimiento prematuro de la placenta, rotura uterina).
- Sangrado después del parto (por ejemplo, rotura uterina, útero atónico, desgarros del tracto genital, retención de placenta o de fragmentos placentarios).
- Infección (por ejemplo, aborto realizado en condiciones de riesgo o séptico, amnionitis, endometritis, pielonefritis).
- Traumatismo (por ejemplo, lesión del útero o intestino durante el aborto o en la cesárea, rotura uterina, desgarros del tracto genital) (Williams, 2010).

SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Taquicardia, es decir pulso rápido y débil (110 por minuto o más).
- Hipotensión o presión arterial baja (sistólica menos de 90 mm de Hg).

MANUAL DE AUTOCUIDADO DEL PUERPERIO

- Palidez (especialmente en el interior de los párpados, la palma de las manos y alrededor de la boca).
- Sudoración o piel fría y húmeda.
- Taquisfigmia o respiración rápida (frecuencia de 30 respiraciones por minuto o más).
- Ansiedad, confusión, estupor o inconsciencia.
- Oliguria o producción escasa de orina (menos de 30 ml por hora). Incluso anuria.

MANEJO INMEDIATO

- Pedir ayuda. Movilizar urgentemente a todo el personal disponible.
- Monitoreo de signos vitales (pulso, presión arterial, respiración, temperatura).
- Hay que colocar a la mujer en decúbito lateral para reducir al mínimo el riesgo de aspiración en caso de vómito y mantener despejada la vía aérea.
- Abrigar pero sin exceder en calor, el cual aumenta la circulación periférica y disminuye el suministro de sangre a los centros vitales.
- Manejo de la posición de Trendelenburg para favorecer el riego sanguíneo al corazón (si fuera posible, eleve la parte de los pies de la cama).

MANEJO ESPECÍFICO

- Disponer de una o dos vías venosas permeables, utilizando el catéter de mayor calibre disponible.
- Obtener muestra de sangre para la determinación de hemoglobina, pruebas cruzadas y pruebas de coagulación.
- Ministración de líquidos intravenosos en carga (solución salina normal o lactato de Ringer) inicialmente a razón de 1000 ml en 15–20 minutos administre al menos 2 L de líquidos en la primera hora.
- Nota: el empleo de sustitutos del plasma queda a consideración del estado de la paciente, disponibilidad del producto y criterio médico.
- No administrar líquidos por vía oral a una mujer en shock.

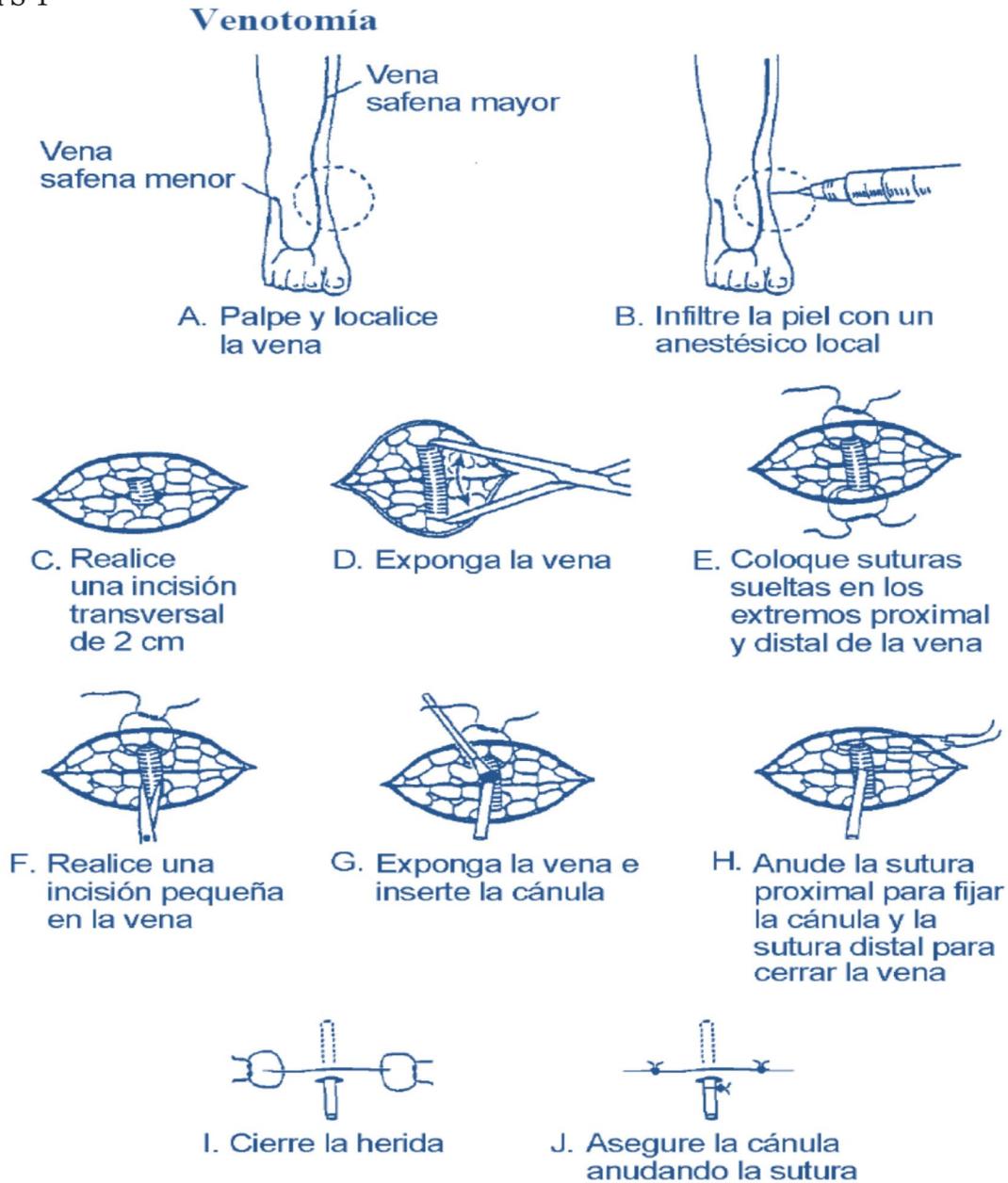
- Si no puede canalizarse una o dos accesos en venas periféricas, se debe instalar un catéter central (subclavio o yugular), una tenotomía (figura S-1), o venodisección por parte del área médica.
- Continúe monitoreando los signos vitales (cada 15 minutos) y alterno la vigilancia en la pérdida de sangre.
- Instale sonda transuretral y monitoree el ingreso de líquidos y la producción de orina.
- Coloque catéter nasal o mascarilla facial para el suministro de oxígeno, a dosis respuesta (inicie con 2 litros x minuto).
- Adopte medidas simultáneas para detener el sangrado (por ejemplo, oxitócicos, masaje uterino, compresión bimanual, compresión aórtica y en su caso preparar para intervención quirúrgica).
- Transfunda lo más pronto posible para reemplazar la pérdida de sangre (Burroughs, 2010).

DETERMINACIÓN Y MANEJO DEL SHOCK

Determinar la causa del shock después de que la mujer se ha estabilizado.

- Si el sangrado se produce durante las primeras 22 semanas del embarazo, se debe sospechar de un aborto, embarazo ectópico o molar.
- Si el sangrado se produce después de las 22 semanas o durante el trabajo de parto pero antes de que se produzca el parto, se sospecha de placenta previa, desprendimiento prematuro de la placenta o rotura uterina.
- Si el sangrado se produce después del parto, se puede deber a rotura uterina, útero atónico, desgarros del tracto genital, retención de la placenta o de fragmentos placentarios.
- Reevaluar el estado de la mujer para determinar si hay signos de mejoría.
- Recoger las muestras (de sangre, orina, pus) apropiadas para el cultivo microbiano antes de comenzar la administración de antibióticos, si hay instalaciones disponibles.

Figura S-1



- Administrar a la paciente tratamiento farmacológico para protegerla por infecciones de aerobios, anaerobios o ambos y no interrumpir hasta completar esquema indicado.
- Notificar curva térmica.
- Reevaluar el estado de la mujer para determinar si hay signos de mejoría.
- Si un traumatismo es la causa del shock, se prepara para la intervención quirúrgica (Williams, 2010).
- Reevaluar la respuesta de la paciente a la terapia de infusión dentro de los 30 minutos para determinar si su estado mejora.
- Continuar con monitoreo de signos vitales.

Considerar:

- Pulso que se estabiliza (frecuencia de 90 latidos por minuto o menos).
- Presión arterial en aumento (sistólica 100 mm de Hg o más).
- Mejoría del estado mental (menos confusión y ansiedad).
- Producción de orina en aumento (30 ml por hora o más).
- Regular la velocidad de infusión de líquidos IV a 1 L en 6 horas.

Continuar el manejo para la causa subyacente del shock (DeCherny, 2010).

MANEJO ADICIONAL

- Continuar la infusión de líquidos intravenosos regulando la velocidad de infusión a 1 L en 6 horas y mantenga el oxígeno a razón de dosis respuesta.
- Monitoree estrechamente el estado de la paciente.
- Tomar muestras para laboratorio, incluyendo hematocrito, determinación del grupo sanguíneo y del Rh y pruebas cruzadas de sangre, según la necesidad. Si hay instalaciones disponibles, verifique los valores de electrolitos en suero, creatinina en suero y el pH de la sangre (Mondragón, 2010).



Participación de enfermería y autocuidado

Debe vigilar y enseñar a la paciente que el sitio de inserción debe estar siempre cubierto y seco. Ante alguna incidencia (dolor, calor, rubor, inflamación, desprendimiento, que se desprege el tegaderm, etc...), llamar o acudir con personal calificado.

- Prevenir infecciones mediante una adecuada higiene, proteger el catéter durante la misma, evitando dirigir el chorro de agua hacia esa zona.
- Evitar objetos cortantes, punzantes, filosos u objetos que pueda comprimirlo, o que pueda dañar el acceso vascular periférico, así como los movimientos bruscos o forzados.
- Si el catéter se encuentra en ingle, no flexionar la pierna excesivamente.

2.9 Infección puerperal

Se produce en los primeros 15 días del puerperio como consecuencia de las modificaciones y penetraciones que el embarazo y parto causan sobre el aparato genital. Aunque el término fiebre puerperal sigue siendo descrito en la literatura, se trata de organizar como categoría diagnóstica. En lugar de ello, la terminología contemporánea suele especificar:

1. La forma clínica específica de la infección.
 - Endometritis, inflamación del revestimiento interior del útero,
 - Flebotrombosis, inflamación de las venas del útero y
 - Peritonitis o inflamación de la membrana de revestimiento del abdomen.
2. La severidad de la infección, sin complicaciones y sepsis puerperal con riesgo para la vida de la madre.

Se define también como fiebre puerperal cuando se presenta incremento en la temperatura corporal superior a 38°C en un lapso menor a seis

horas, desde las 24 horas hasta seis semanas del posparto. En las primeras 24 horas la temperatura se incrementa a 38.5° C para considerarla clínicamente significativa (Williams, 2010).



Los principales factores de riesgo de fiebre puerperal son:

- Endometritis puerperal.
- Infección herida quirúrgica (incluye celulitis, infección episiotomía).
- Mastitis puerperal.
- Pielonefritis aguda.
- Otras infecciones sistémicas.
- Tromboflebitis pélvica séptica.

DIAGNÓSTICO ANTE CUADRO FEBRIL DE ORIGEN DESCONOCIDO

Anamnesis

Identificar factores de riesgo intrínsecos maternos (antecedentes patológicos) así como factores de riesgo relacionados con el parto:

1. Si fiebre intraparto especificar si realizó tratamiento antibiótico (fármaco, dosis, duración).
2. Vía del parto si cesárea confirmar si recibió profilaxis antibiótica (fármaco, dosis, duración).
3. Tipo de alumbramiento si es manual confirmar si recibió profilaxis antibiótica (fármaco, dosis, duración).

Exploración física

1. Exploración física por sistemas: es importante descartar cualquier foco infeccioso que

justifique el cuadro febril (signos meníngeos, adenopatías, exploración orofaríngea, auscultación pulmonar, exploración abdominal, signos de tromboflebitis... etc.).

2. Exploración ginecológica completa (valoración de leucorreas, condiciones cervicales, descartar masas anéxales, etc.).

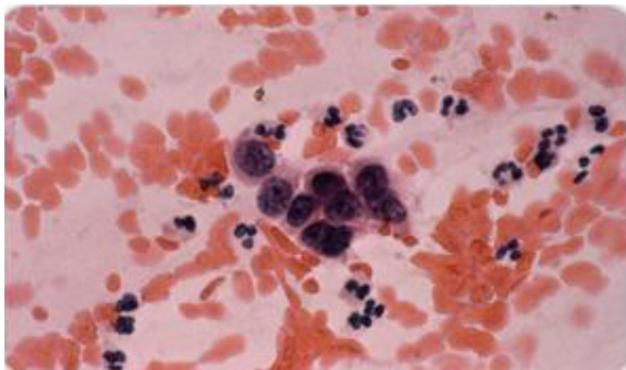
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

1. Analítica general que incluye hemograma, química sanguínea, pruebas cruzadas, pruebas de coagulación.
2. Ecografía ginecológica transvaginal o abdominal.
3. Urinocultivo (obtenido mediante micción espontánea o sondaje vesical).
4. Dos hemocultivos (espaciados 30 minutos y de dos venas distintas).
5. Cultivo endometrial obtenido mediante aspirado endometrial:
 - a. Previamente a la obtención de la muestra, lavado vaginal y exocervical con suero fisiológico.
 - b. Aspirado endometrial con una cánula de Cornier.
 - c. Tras retirar la cánula, lavado de la porción externa de la cánula con suero fisiológico antes de introducir el aspirado en el recipiente estéril.
6. En los casos de cuadro febril con foco presente, se realizarán los cultivos específicos oportunos (ej. herida quirúrgica, leche materna... etc.).
7. Valorar la realización de pruebas de imagen ante sospecha clínica de origen del foco (ej. radiografía tórax). Los frotis vaginales y las muestras endocervicales NO han demostrado ser útiles por lo que NO es necesario solicitarlos al ingreso como prueba complementaria (DeCherny, 2010).

2.10 Endometritis puerperal

Cuadro infeccioso bacteriano consecuencia de la infección posparto del tejido endometrial.

Dependiendo de la extensión del proceso se clasifica como endometritis, endomiometritis o endoparametritis. Son cuadros clínicos potencialmente graves que sin tratamiento puede evolucionar a una pelvi peritonitis difusa e incluso a una septicemia puerperal.



Etiología

Se trata de un cuadro habitualmente poli microbiano (aerobios/anaerobios) causado por una infección ascendente (los microorganismos alcanzan la cavidad endometrial a través del canal del parto).

Los gérmenes más frecuentemente implicado son:

- Aerobios (*Escherichia coli* y otras enterobacterias, estreptococos., *Enterococcus faecalis*, *Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealitycum*).
- Anaerobios (*Prevotella* spp., *Bacteroides fragilis*, *Peptostreptococcus* spp.) (a pesar de ser dos gérmenes que se aíslan con frecuencia en los cultivos, su relación causal directa con los cuadros de endometritis no está bien definida).
- La endometritis de aparición precoz (primeras 24 horas posparto) es más frecuentemente monomicrobiana y los agentes causales más frecuentes son: *Staphylococcus aureus*, estreptococos beta-hemolíticos del grupo A (*S. pyogenes*) y B (*S. agalactiae*), *Clostridium* spp.

- La *Chlamydia trachomatis* está relacionada con la endometritis de aparición tardía (más de una semana posparto).

Factores de riesgo

El factor de riesgo más importante en la endometritis puerperal es la vía del parto.

El parto por cesárea, especialmente si es urgente o como opción ante parto eutócico fallido, multiplica el riesgo de endometritis x 10. Es por ello que se recomienda la profilaxis antibiótica sistemática (dosis única parenteral), ya que permite una reducción del riesgo de endometritis en un 60-70%. El fármaco que se utilice como profilaxis, queda excluido para esquemas terapéuticos.

Factores de riesgo maternos: inmunodepresión, anemia puerperal (Hb inferior a 8 g/dl), diabetes mellitus, tratamiento inmunosupresor, corticoterapia, enfermedades sistémicas (lupus eritematoso sistémico, esclerodermia...), positividad del cultivo vagino-rectal para *Streptococcus agalactiae* (grupo B).

Características del parto, duración del trabajo de parto, intervalo de tiempo entre la amniorrexis y el parto, rotura prematura de membranas, prematuridad.

Los partos vaginales instrumentados, constituyen un factor de riesgo para la endometritis. La profilaxis antibiótica sistemática no está indicada, aunque puede valorarse ante importantes traumatismos de los tejidos blandos, hematomas y/o equimosis extensas.

Alumbramiento manual o revisión manual de cavidad uterina

Favorecen el ascenso de los microorganismos a través del canal del parto. Se realizará la misma profilaxis antibiótica (dosis única parenteral) que en el caso de la cesárea.

En el procedimientos intraparto no existe evidencia de que la utilización de guantes estériles o los lavados con clorhexidina o suero reduzcan el riesgo; es importante intentar reducir: a) el número de tactos vaginales y b) la utilización de registros internos (Williams, 2010).

Clínica

Aunque la forma de presentación es muy variable, el diagnóstico es fundamentalmente clínico.

La endometritis puerperal es un cuadro clínico caracterizado por fiebre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ en dos ocasiones separadas 6 horas (excluyendo el día del parto), asociado a dolor abdominal hipogástrico, dolor movilización uterina, útero subinvolucionado, metrorragia persistente, loquios malolientes.

El momento de presentación más frecuente es al tercer o cuarto día posparto (excepto para los mono microbianas que se presentan en las primeras 24 horas).

Tratamiento

La endometritis puerperal es criterio de ingreso hospitalario en todos los casos. Insistir en la importancia de realizar hemocultivos que serán útiles para el diagnóstico hasta en un 30-40% de los casos. Sin embargo, la existencia de bacteriemia no es útil como valor pronóstico en cuanto a la evolución del cuadro clínico (Williams, 2010).

El tratamiento antibiótico hospitalario (parenteral IV) de elección, CEFTRIAXONA 1 g/ 12-24 h + METRONIDAZOL 500 mg/ 12 h.

Alérgicas a penicilina, se sugiere CLINDAMICINA 600 mg/8h + GENTAMICINA 240 mg/24h (adaptar a 3-5 mg/kg en caso de IMC extremos). Iniciar esta pauta aun cuando estos antibióticos se hayan utilizado en la profilaxis quirúrgica.

En los casos de endometritis de aparición tardía (más de una semana posparto) y sin respuesta clínica al antibiótico, considerar la eventualidad de

infección por *Chlamydia* como germen causante (muy raro en nuestro medio):

DOXICICLINA 100 mg/12 h vía oral x 14 días. Debe suspenderse la lactancia materna durante el tratamiento con doxiciclina puesto que no existe alternativa terapéutica (Williams, 2006).

2.11 Infección herida quirúrgica (cesárea o episiotomía)

La infección de la pared abdominal a nivel de la herida quirúrgica complica aproximadamente el 5% de los partos por cesárea.

Etiología

Los microorganismos causantes de la infección pueden proceder de la propia flora cutánea (*Staphylococcus aureus*) o de la cavidad amniótica (flora aerobia y anaerobia como en la endometritis puerperal).

Factores de riesgo maternos inmunodepresión, obesidad, anemia puerperal hemoglobina inferior a 8 g /dl, etc. (Williams, 2010).

Características de la herida quirúrgica: limpieza y/o cuidado insuficiente, existencia previa de soluciones de continuidad o erosiones cutáneas; seromas / hematomas; drenajes.

Medidas profilácticas intraoperatorias para disminuir riesgo de infección herida quirúrgica:

- Lavado previo a la intervención con povidona yodada.
- El rasurado se ha de realizar inmediatamente antes de la intervención y no durante la noche anterior.
- Realizar una incisión lo más limpia posible.
- Evitar separar la fascia del tejido subcutáneo supra yacente (disminuye la irrigación sanguínea y puede favorecer la infección).
- Hemostasia cuidadosa.
- Minimizar el uso de materiales de sutura reabsorbibles.

- Minimizar el uso de drenajes.
- Exploraciones complementarias.
- Seguir mismo protocolo que fiebre puerperal.
- Insistir en toma de cultivos de herida quirúrgica: tiene un mayor rendimiento un ASPIRADO DE LA MUESTRA que el frotis.

Tratamiento de la infección herida quirúrgica (episiorrafia):

- 1) Comprobar correcta vacunación antitetánica.
- 2) Realizar desbridamiento amplio.
- 3) En casos seleccionados, con respuesta óptima al tratamiento antibiótico, es posible realizar nueva episiorrafia cuando desaparezcan los signos de infección local. El riesgo de recidiva no aumenta si está controlado el proceso infeccioso y sin embargo mejora el resultado tanto estético como funcional. En estos casos seleccionados en los que se plantee nueva episiorrafia valorada.
- 4) Profilaxis antibiótica con CEFAZOLINA 2 g IV (pre quirúrgico).
- 5) Preparación intestinal previo (enema), comprobación de integridad de la mucosa rectal y esfínter anal (Williams, 2010).

2.12 Mastitis puerperal

La mastitis es la inflamación de la glándula mamaria. Hay múltiples causas que pueden provocar esta inflamación: puede aparecer durante la lactancia en forma de mastitis puerperal o en cualquier otro momento como mastitis no puerperal.

Una mastitis aguda puede exteriorizarse mediante fiebre, dolor generalizado y sensación de tirantez en el pecho, así como enrojecimiento y sobrecalentamiento del mismo, por lo general, sólo se inflama una de las mamas. Los agentes causales de la mastitis suelen ser bacterias, principalmente el *Staphylococcus aureus*. En ocasiones, la producción masiva de la hormona prolactina (que estimula la producción de leche) o una alteración benigna (mastopatía) pueden

ocasionar la inflamación de la glándula mamaria (Williams, 2010).



Para establecer el diagnóstico de la mastitis, el médico investiga con la paciente sobre sus molestias y palpa ambas mamas. Una ecografía puede apoyar el diagnóstico. A veces puede ser necesaria una mamografía para descartar un cáncer de mama inflamatorio.

El tipo de mastitis más frecuente es el que se produce durante la lactancia y se denomina mastitis puerperal. Las inflamaciones de la glándula mamaria fuera del período de lactancia son poco frecuentes y su evolución es a menudo crónica, es decir, la inflamación vuelve a recurrir una y otra vez.

Si se trata de una simple mastitis no puerperal y no se ha formado ningún absceso (cavidades llenas de pus), el médico receta, entre otros, medicamentos contra la elevada producción de prolactina, antibióticos y antiinflamatorios (antiflogísticos). Colocación de compresas frías y un sujetador adecuado que no oprima la mama, ayuda a aliviar las molestias.

Si se ha formado un absceso, el médico desbrida, lava y cura.



La mastitis puede tener estadios diversos aunque en ocasiones la inflamación de la glándula mamaria remite por sí sola, al drenar la cantidad de leche retenida ante la falta de succión por el recién nacido.

La mastitis es la inflamación de la glándula mamaria. Existen dos tipos la inflamación durante el período de lactancia (la denominada mastitis puerperal) y la inflamación que se da fuera del puerperio (la mastitis no puerperal).

Incidencia

La mastitis que se da fuera del período de lactancia (mastitis no puerperal) es poco frecuente. Sin embargo, se da en dos grupos de edad con más frecuencia: la más común es entre las mujeres menores de 30 años, aunque también aparece en mujeres entre los 50 y los 60. Aproximadamente la mitad de las inflamaciones se producen por bacterias (Foley, 2011).

Etiología

Existen numerosas causas posibles para la mastitis (inflamación de la glándula mamaria). Los expertos distinguen entre la inflamación de la glándula mamaria bacteriana (es decir, causada por gérmenes) y la no bacteriana. En una mastitis no bacteriana también puede desarrollarse de todos modos una bacteria si los gérmenes del tejido inflamado se activan y reproducen.

Inflamación bacteriana de la glándula mamaria

El principal causante de la mastitis bacteriana es el *Staphylococcus aureus*, aunque existen algunas infecciones mixtas con otros gérmenes que pueden influir. Los patógenos llegan al cuerpo, por ejemplo, por grietas en la piel del pezón.

Mastitis no bacteriana

La causa de una mastitis no bacteriana suele ser un aumento de la producción de secreción en la mama. Si la secreción no puede fluir libremente, se acumula. El sistema de conductos de leche se ensancha y el líquido penetra en los tejidos conjuntivos colindantes. La secreción constituye un “cuerpo extraño” para los tejidos conjuntivos, por lo que provoca una reacción inflamatoria. Posteriormente, pequeñas bacterias pueden invadir tanto los conductos dañados como el foco inflamado y ocasionar así una mastitis bacteriana.

Las razones del aumento de secreción y su consiguiente almacenamiento en la inflamación de la glándula mamaria casi nunca se saben con certeza. A menudo las afectadas producen demasiada hormona prolactina. La mastopatía, una alteración benigna de la mama, puede provocar también una acumulación de secreción y, por lo tanto, una mastitis. En casos aislados, la tuberculosis o la actinomicosis pueden ser la causa de la mastitis (Foley, 2011).

Síntomas

Los síntomas que presenta la mastitis son los siguientes:

- Fiebre.
- Dolor generalizado y sensación de tirantez.
- Enrojecimiento.
- Inflamación.
- Sobrecaentamiento de la mama.

Los síntomas de la inflamación de la glándula mamaria fuera del período de lactancia (mastitis no puerperal) suelen ser menos agudos que los

de una inflamación de la glándula mamaria en el período de lactancia (mastitis puerperal). Por eso, estas inflamaciones de la glándula mamaria tienden a repetirse (recidivas). En muy raras ocasiones se forman inflamaciones purulentas encapsuladas (abscesos), y en inflamaciones crónicas, las denominadas fístulas, es decir, conexiones que van desde los conductos de leche hacia fuera por la piel.

Diagnóstico

Por lo general, el médico puede diagnosticar la mastitis por la descripción de las molestias y la exploración táctil. Mediante una ecografía puede determinar con exactitud la inflamación de la mama.

Si el pezón (mamila) se ve más grande de lo normal o secreta líquido, el médico toma un frotis y lo analiza en busca de posibles patógenos. Además, mide la concentración de la hormona prolactina en la sangre. Si encuentra un aumento de prolactina en la sangre hay que buscar las causas (por ejemplo, trastornos en la tiroides o la ingesta de determinados medicamentos). Si las inflamaciones de la glándula mamaria son recurrentes, se necesita una mamografía para continuar con el diagnóstico y descartar un cáncer de mama (carcinoma mamario).

Tratamiento

El tratamiento de una primera inflamación de la glándula mamaria (mastitis) consiste en el enfriamiento de la mama (por ejemplo, compresas frías). Las afectadas deben llevar un sujetador adecuado que no les oprima el pecho. Según cuales sean las causas, el médico receta a las mujeres que padecen mastitis un tratamiento con medicamentos que inhiban la producción de prolactina y, adicionalmente, antibióticos y antiinflamatorios (antiflogísticos).

Si se ha formado un absceso (material purulento encapsulado), el desbrida y lava.

En los casos de focos inflamatorios crónicos, úlceras residuales de mastitis anteriores o fístulas, el tratamiento consiste en una pequeña cirugía. En las inflamaciones de las glándulas mamarias causadas por otras enfermedades (por ejemplo, mastopatía), se necesita tratar también dichas enfermedades de base.

Evolución

La evolución de la mastitis no es uniforme. Si aparece por primera vez, suele desaparecer por sí sola o se cura rápidamente con el tratamiento.

Las fístulas son conexiones a la piel o al sistema de conductos de leche por las que pueden infiltrarse bacterias en el tejido del seno.

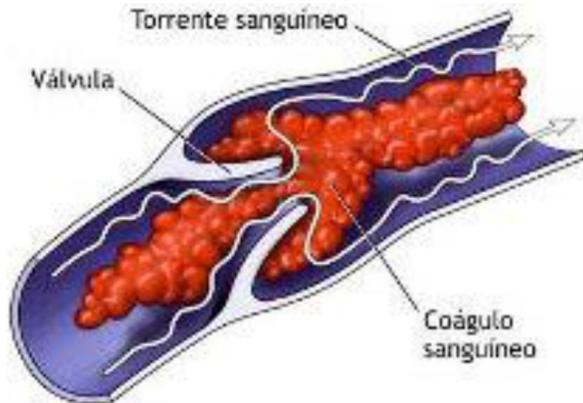
En una mastitis fuera del período de lactancia (mastitis no puerperal), la evolución suele ser crónica, es decir, que las afectadas tienen que ser intervenidas una y otra vez (Foley, 2011).

AUTOCUIDADO

Anteriormente no se establecía ninguna medida para prevenir eficazmente la mastitis fuera del período de lactancia; sin embargo hoy día la exploración mamaria debe efectuarse de manera regular en mujeres que estén o no lactando. Si una mamá sigue expulsando secreción mucho tiempo después del destete, es recomendable acudir al ginecólogo (Olds, 1991).



2.13 Tromboflebitis



Definición y factores de riesgo

La flebitis es la inflamación de una vena. La tromboflebitis puede definirse como la presencia de trombos dentro de las venas, que ocasionan una obstrucción en el normal pasaje de la sangre por ellas, en lo que está implicada una inflamación de la vena afectada. La gravedad de estos procesos se debe a las posibles complicaciones que conllevan. La tromboflebitis puede afectar a las venas superficiales o a las venas profundas, siendo este último cuadro el que mayor riesgo de complicaciones tiene.

Aproximadamente el 90% de las trombosis ocurren en las venas de los miembros inferiores, con una frecuencia exacta difícil de determinar, ya que en muchos casos no produce manifestaciones clínicas.

Los factores de riesgo que se relacionan con la aparición de este cuadro clínico son los conocidos como la triada de Virchow: estasis, hipercoagulabilidad y trauma de los vasos venosos. El reposo prolongado en cama, las alteraciones en la coagulación sanguínea, la insuficiencia cardíaca, las técnicas terapéuticas o diagnósticas invasivas como los cateterismos y la administración prolongada de anticonceptivos orales son alguna de las situaciones en las que se

ven incrementados alguno de estos factores de riesgo (Foley, 2011).

Datos clínico para la valoración de enfermería

La trombosis venosa profunda se caracteriza por:

- Dolor en pantorrilla o muslo, que aumenta al caminar.
- Cambios en la temperatura local.
- Edema (acumulación de líquido) en la extremidad afectada.
- Aparición de un cordón indurado.
- Dilatación del sistema venoso superficial.
- Puede aparecer febrícula y taquicardia.
- Parestesias recurrentes.

La tromboflebitis superficial afecta más a personas mayores, portadoras de várices. Si bien puede no producir molestia alguna, generalmente se presenta con:

- Dolor local.
- Aumento de la temperatura localizada en el trayecto de la vena afectada, adquiriendo este además, un tono rojo-violáceo.
- Generalmente la pierna afectada no se encuentra hinchada.

Sin embargo, en un alto porcentaje de los casos, estos dos procesos resultan asintomáticos.

El médico hace el diagnóstico basado, inicialmente, en la clínica y en la apariencia del área afectada. Suele ser útil el control del pulso, presión sanguínea, temperatura, condición de la piel y circulación. Algunas maniobras exploratorias como el signo de Hommans, que consiste en la aparición de dolor en la pantorrilla a la dorsiflexión pasiva del pie, pueden ayudar en el diagnóstico, aunque son poco sensibles (resulta negativa en alrededor de un 50% de los casos).

Para confirmar el diagnóstico se pueden realizar diferentes pruebas.

Exámenes auxiliares

- Ultrasonido Doppler mediante esta técnica podemos localizar con exactitud la localización de la trombosis y la gravedad de la afectación. Es una prueba nada agresiva y muy eficaz.
- Arteriografía de la extremidad, prácticamente en desuso desde la incorporación de la tecnología Doppler.
- Determinación del dímero D mediante un análisis sanguíneo, este marcador puede indicarnos la posibilidad de un proceso de trombosis. Si resulta negativo, prácticamente se descarta este proceso (Foley, 2011).
- Estudios de coagulación sanguínea pueden ayudarnos a dilucidar la causa subyacente a la trombosis, pero no la presencia de la trombosis en sí.

Complicaciones

Las dos complicaciones principales de estos procesos se dan casi exclusivamente en la trombosis venosa profunda son; el síndrome postflebítico y el embolismo pulmonar. El primero consiste en la lesión de las válvulas de las venas del sistema venoso profundo por inflamación y trombosis, produciendo insuficiencia venosa crónica por inadecuado funcionamiento del sistema venoso. El embolismo pulmonar es la complicación más temida, ya que suponen un riesgo elevado para la vida. Consiste en la emisión de pequeños émbolos que se desprenden del trombo principal y ocluyen la red capilar pulmonar, provocando insuficiencia respiratoria aguda (Foley, 2011).

Tratamiento

La mejor manera de tratar estos procesos es controlar los factores subyacentes de riesgo. Se deben pues adoptar medidas encaminadas a su prevención en las situaciones en las que el riesgo sea elevado:

- Elevación de las piernas con las rodillas levemente flexionadas en los pacientes que tengan inmovilidad prolongada en cama.
- Promover la deambulacion lo antes posible o

en caso contrario, realizar ejercicios activos o pasivos.

- Compresión con medias o dispositivos de compresión intermitente.
- Tratamiento farmacológico indicado, como la anticoagulación con heparina o sus derivados.

En la tromboflebitis superficial, el tratamiento puede incluir:

- Fármacos (indicación médica).
- Calor local (indicación médica).
- Elevación del miembro (indicación médica).
- Procedimiento quirúrgico para extirpación de la vena afectada (criterio medico).

En la trombosis venosa profunda, el tratamiento consiste en:

- Fármacos anticoagulantes para prevenir la formación de nuevos coágulos (heparina y derivados; y warfarina o acenocumarol): puede ser necesario prolongar su uso hasta 6 meses después del episodio, o incluso toda la vida, para evitar la recurrencia de la trombosis.
- Fármacos trombolíticos para disolver un coágulo existente, tan sólo están indicados en casos muy precisos, en los que la trombosis afecte al sistema íleo femoral y condicione una obstrucción tal que comprometa gravemente el drenaje de la pierna afecta.
- Fármacos antiinflamatorios no esteroides (AINES), como el ibuprofeno, para reducir el dolor y la inflamación bajo indicación médica.
- Antibioticoterapia (si se presenta infección).
- Vendaje indicado y medias de compresión.
- Elevar la extremidad afectada para reducir la inflamación (el médico indica los grados de elevación).
- Evitar presionar el área para reducir el dolor y disminuir el riesgo de un daño mayor.
- Aplicar calor húmedo para reducir la inflamación y el dolor (estricta prescripción médica).

II PUERPERIO COMPLICADO

La extirpación quirúrgica, remoción o derivación de la vena rara vez se necesita, pero se puede recomendar en algunas situaciones.

En coordinación con el departamento de nutrición se pueden seguir algunas pautas alimentarias que pueden ayudar a prevenir la formación de trombos.

Se conoce como síndrome postflebítico al dolor y edema que se produce en la extremidad posterior a un evento trombótico.

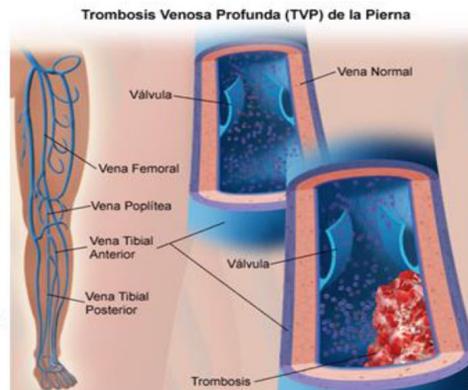
Durante una trombosis, se interrumpe la circulación desde el lugar de la obstrucción hacia el resto de la vena, lo cual provoca daños en las válvulas venosas. Las válvulas son estructuras que impiden el adecuado retorno de la sangre al corazón, al funcionar inadecuadamente, se puede producir estasis venosa lo que puede provocar edema dolor y cambios en la estructura de la vena.

En los síntomas del síndrome postflebítico, se visualiza edema, dolor, enrojecimiento, estiramiento de la piel del trayecto afectado, e incluso, en algunos casos, la aparición de úlceras.

Para evitar el síndrome postflebítico, lo ideal es establecer tratamiento, tanto preventivo como paliativo:

- Reposo con extremidad afectada elevada a los grados de inclinación que indique el médico.
- Utilizar medias de compresión gradual, con indicación médica.
- Evitar mantener inmovilidad prolongada o en una misma posición por períodos prolongados.
- Realizar actividades que estimulen la circulación con prescripción médica (Foley, 2011).

La tromboflebitis de las piernas, tras reposo prolongado, es el cuadro más frecuente de tromboflebitis, ya que aúna factores de alteración del flujo vascular por válvulas incompetentes, con una mayor susceptibilidad de sufrir traumatismos que dañen la pared vascular.



CAPÍTULO III

Alteraciones gineco-obstétricas y de la estética pélvica



3.1 Miomatosis uterina

Los miomas, o leiomiomas, son tumores benignos que se forman a consecuencia de una proliferación alterada de las fibras musculares del miometrio (capa muscular del útero) y constituyen la neoplasia benigna más frecuente del aparato genital femenino.

Los miomas pueden ser asintomáticos, por lo que no se tiene certeza de su incidencia real, pero se estima que los presenta una de cada cuatro mujeres en edad reproductiva, llegando a afectar al 20-40% de las mujeres mayores de 30 años.

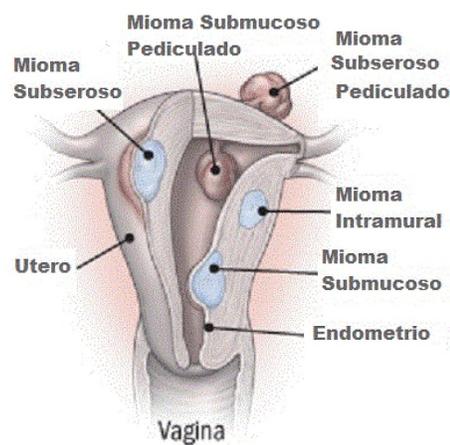
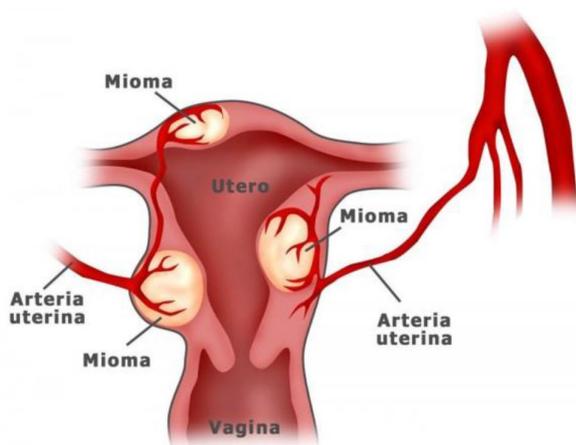
La miomatosis uterina suele diagnosticarse en la tercera y cuarta década de la vida. Los miomas

son muy raros antes de la pubertad y después de la menopausia no suelen aparecer nuevos. Los que tenga la paciente en ese momento probablemente disminuirán de tamaño, aunque no desaparecen. Si crecen después de la menopausia es señal de que se está produciendo una degeneración secundaria, que en algunos casos (los menos) podría ser una transformación tumoral maligna (Leiomioma sarcoma) (Beltrán 2014).

Etiología

No se conocen las causas por las que aparecen los miomas, aunque se han observado ciertos factores predisponentes a la miomatosis uterina como:

- Raza negra (50%, frente al 25% en la raza blanca).



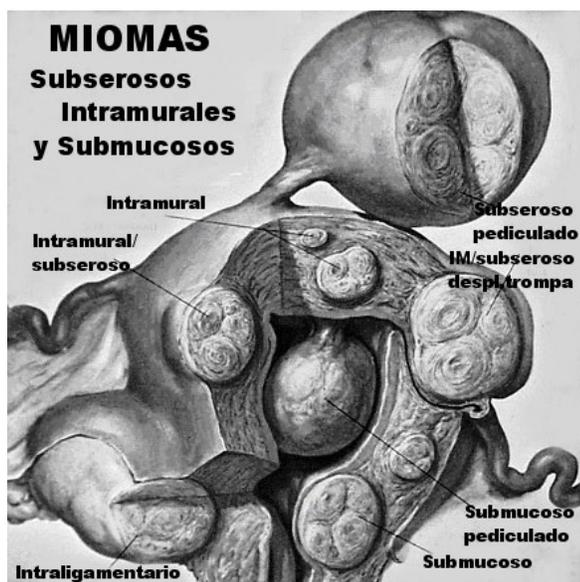
- Mujeres nulíparas.
- Factores hereditarios. Parece que puede haber algún tipo de influencia hereditaria, porque es frecuente que se presenten en mujeres de la misma familia.
- Factores hormonales. La cantidad de estrógenos está aumentada en las mujeres con miomas uterinos.

Clasificación

Las características de los miomas son:

- Número, pueden ser únicos o múltiples, lo cual es más frecuente.
- Tamaño, muy variable, desde muy pequeños hasta algunos que llegan a pesar varios kilos (el más grande extirpado pesaba unos 60 kilos).
- Localización, suelen localizarse en el cuerpo uterino, pero podrían estar en cualquier zona del útero (Beltrán, 2014).

Los miomas del cuerpo uterino se forman por una proliferación patológica de la capa muscular, pero en su crecimiento pueden desarrollarse hacia la cavidad abdominal (miomas subserosos), hacia la cavidad endouterina (miomas submucosos) o mantenerse en el espesor del miometrio (miomas intramurales).



Estos son los tipos de miomas existentes:

- *Miomas subserosos*: constituyen el 40% de los miomas uterinos. Pueden alcanzar un tamaño considerable sin producir síntomas, o revelarse por una complicación mecánica al comprimir a órganos vecinos.
- *Miomas intramurales*: son los más frecuentes (55%), proliferando en la porción central del miometrio y produciendo un aumento del tamaño del útero.
- *Miomas submucosos*: son los menos frecuentes, pero son los que más síntomas dan, ya que suelen producir un aumento del sangrado menstrual, que en algunos casos puede ser muy abundante, y originar problemas a la paciente como anemia ferropénica. Además, estos son los que más posibilidades tienen de malignizar.

Síntomas

La sintomatología del mioma uterino depende de la localización, el tamaño y la dirección de crecimiento del tumor. Aproximadamente en la mitad de los casos son asintomáticos y no constituyen ningún riesgo para la mujer. En el resto de mujeres, estos suelen ser los síntomas que presentan (Beltrán, 2014):

Hemorragia

Es el síntoma más frecuente de un mioma uterino y se caracteriza por unas menstruaciones más abundantes y prolongadas, con presencia de coágulos en muchas ocasiones; sin embargo, las pérdidas entre una menstruación y otra no son habituales, salvo en los miomas submucosos, o en el caso de que existan otras alteraciones en el endometrio asociadas.

Las hemorragias pueden provocar anemia de mayor o menor importancia, dependiendo de la cantidad de sangrado o el tiempo de evolución del mismo.

III ALTERACIONES GINECO-OBSTÉTRICAS Y DE LA ESTÉTICA PÉLVICA

Dolor

Se produce en el 30% de los casos. Puede ser agudo, más o menos intenso y persistente, aunque también puede presentarse en forma crónica con una sensación de pesadez, sobre todo cuando la mujer está mucho tiempo de pie.

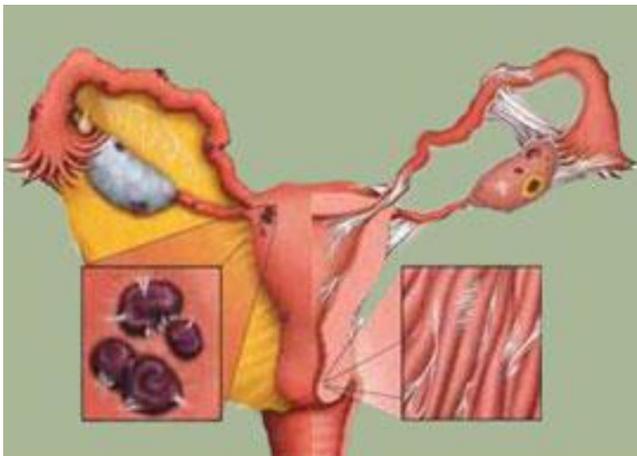


Fenómenos de compresión

El aumento del tamaño uterino a causa de los miomas origina una presión sobre los órganos vecinos, como recto, vejiga, uréteres e intestino; así, pueden aparecer molestias al orinar, incontinencia, estreñimiento (Chesley, 2011).

Esterilidad e infertilidad

Normalmente los miomas uterinos no tienen repercusión sobre la fecundidad, pero hay ocasiones en que se produce esterilidad por



compresión y alteración en el funcionamiento de las trompas de Falopio si los miomas son muy grandes, o en otros casos si alteran la cavidad endometrial, impidiendo la correcta implantación y crecimiento del embrión (DeCherny, 2010).

Diagnóstico

El diagnóstico de los miomas uterinos se basa en la historia clínica, la exploración física y pruebas de imagen como la ecografía.

Historia clínica

Reservando información para el diagnóstico diferencial. Buscar información asociada a trastornos del tránsito intestinal o de la micción.

Exploración física

Con la exploración se puede detectar el tamaño, la forma y la consistencia del útero y la presencia de uno o más miomas, aunque en mujeres obesas, o que no se relajan suficientemente, estas exploraciones pueden resultar difíciles de valorar. De cualquier forma, es preciso confirmar los hallazgos con las pruebas de imagen.

Ecografía

La ecografía es el método más útil para el diagnóstico del mioma, ya que permite precisar su tamaño, localización y muchas de sus complicaciones.

La ecografía transvaginal (a través de la vagina) es la que mayor información ofrece, pero en los casos en que haya grandes nódulos, la ecografía abdominal ayuda a completar la exploración y, en ocasiones, es imprescindible.

El mioma se localiza fácilmente y, en los casos de miomatosis, el útero puede estar tan deformado que resulta difícil delimitar su contorno y cavidad; además, la ecografía permite medir el tamaño del mioma con mucha precisión, reconocer el número de miomas y hacer una valoración global.

Tomografía axial computarizada (TAC)

pélvica y abdominal

Lo mejor es la claridad con que se determinan las relaciones anatómicas con los órganos adyacentes y su posible repercusión negativa sobre esos órganos.

Resonancia magnética nuclear

Es la técnica de imagen más precisa para la detección y localización de los miomas uterinos y permite visualizar tumores muy pequeños.

Sin embargo, la ecografía sigue siendo el método de elección para los miomas uterinos, debido al elevado coste de la resonancia magnética y además no todos los centros disponen de este método.

Ante la presencia de miomas, se suele instaurar tratamiento en los siguientes casos:

- Cuando hay sintomatología persistente.
- Cuando son muy grandes (más de 6 cm de diámetro).
- Cuando crecen rápidamente.

Los miomas que no producen clínica y que son de pequeño tamaño no requieren ningún tipo de tratamiento y solamente es necesario realizar controles cada seis meses.

Tratamiento farmacológico

Se emplean hormonales para reducir el tamaño de los miomas y disminuir temporalmente los síntomas. Como los estrógenos influyen en el incremento del tamaño de los miomas, se induce mediante fármacos (agonistas de la GnRH), es decir, hormona liberadora de gonadotropina, para producir un estado hipoestrógeno similar al de la menopausia.

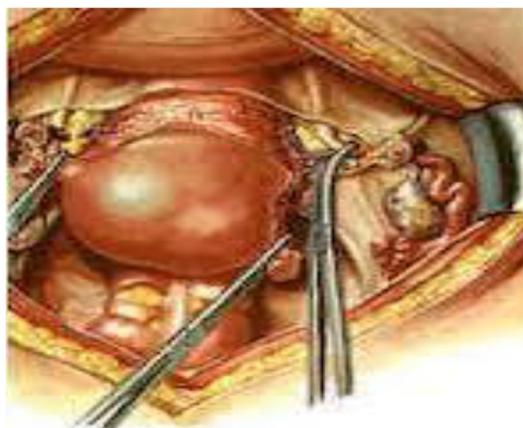
El tratamiento con agonistas de la GnRH dura entre tres y seis meses y consigue reducir el volumen de los miomas entre un 30 y un 60%, y alrededor de un 50% el volumen uterino. Sin embargo, a los tres o cuatro meses los miomas recuperan su tamaño inicial, por lo que el tratamiento está indicado

antes de la cirugía, para facilitar la misma gracias a la disminución del tamaño de los miomas y, en mujeres perimenopáusicas, a las que se alivian los síntomas en espera de la menopausia.

Para disminuir síntomas como la hemorragia se utilizan progestágenos y anticonceptivos orales. Para el dolor se administran antiinflamatorios no esteroideos.

Tratamiento quirúrgico

En la actualidad, los progresos de la cirugía endoscópica han modificado espectacularmente las técnicas quirúrgicas en los tratamientos de estos tumores, mejorando los resultados y disminuyendo el período de recuperación.



Resección histeroscópica

Es el procedimiento de elección, sobre todo en mujeres jóvenes, y en aquellas que quieran conservar la función reproductora; además, el postoperatorio es rápido y la estancia hospitalaria suele ser inferior a 24 horas si no hay ninguna complicación (como hemorragias o perforaciones). También hay que tener en cuenta que deja el útero restaurado, sin cicatrices, de manera que pueda recuperar la capacidad funcional (DeCherny, 2010).

Cirugía laparoscópica

La vía laparoscópica permite realizar extracciones de los miomas y coagulación de los mismos, en

casos similares a los descritos en la resección mediante histeroscopia, y también permite realizar histerectomías (extracción del útero), e histerectomías vaginales, en aquellos casos en los que la paciente tenga el deseo reproductivo cumplido.

Cirugía tradicional

Mediante una incisión y abertura en el abdomen o la vagina se procede a la extracción de los miomas.

3.2 Miomas en el embarazo

Entre el 0.5 y el 4% de los embarazos coinciden con miomas, que suelen ser únicos pero han de ser evaluados, ya que durante la gestación los miomas suelen crecer, están sujetos a mayor número de complicaciones y pueden alterar el desarrollo de la gravidez y el curso del parto.



Factores de riesgo durante el embarazo

Parece que el factor hormonal placentario favorece el crecimiento de los miomas durante la gestación, pero sólo ocurre en el 20% de los casos (DeCherny, 2010).

Diagnóstico

La existencia del mioma puede ser conocida antes del embarazo. De todas formas, el diagnóstico

del mioma, así como de su crecimiento, se realiza por exploración física y por ecografía, como en los casos en que se producen fuera de la gestación.

Durante la exploración habitual de la embarazada podría sospecharse la existencia de miomas cuando el útero es mayor que el correspondiente al tiempo de gestación y, en algunos casos, mediante la palpación de los mismos.

La ecografía, que hoy es un método de rutina, permite ver el número y tamaño de los miomas y precisar su localización y la evolución durante la gestación. En casos especialmente difíciles puede emplearse la resonancia magnética nuclear, ya que es inocua para el feto y podría permitir un diagnóstico más preciso.

Evolución del embarazo, parto y puerperio

Los miomas, incluso los que son muy voluminosos, son compatibles con embarazos y partos normales, pero lógicamente pueden aparecer complicaciones en cualquiera de los tres trimestres de la gestación, en el parto y después del mismo.

Complicaciones en la gestación

Es mayor la incidencia de abortos por las dificultades que tiene el óvulo fecundado para implantarse en el útero.

- Incremento de partos prematuros (por la misma razón que en el caso anterior).
- Puede alterarse el desarrollo fetal.
- Pueden producirse degeneraciones del mioma, así como modificarse la localización de éste.

Complicaciones en el parto

- Hemorragias.
- Alteraciones en el expulsivo, si el mioma obstruye el canal del parto.
- Alteraciones en la contractibilidad del útero.
- Alteraciones en la presentación del feto.

Evolución tras el embarazo

Los miomas casi siempre disminuyen sensiblemente de tamaño, hasta casi desaparecer, con la involución del útero tras el parto. Si esto no sucede así, habrá que valorar la posibilidad de eliminarlos antes de una nueva gestación (DeCherny, 2010).

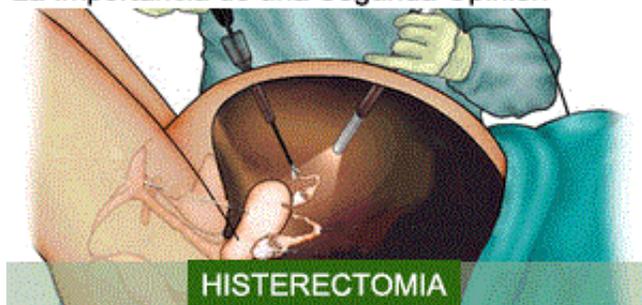
Tratamiento durante el embarazo

Durante el embarazo la conducta debe ser expectante, interviniéndose sólo en caso de fuerza mayor, siempre de manera conservadora, es decir, de la forma menos invasiva posible, para no afectar a la evolución de la gestación.

En el parto hay un incremento del número de cesáreas debido a alteraciones en la dinámica uterina (es decir, a las contracciones), al aumento de placentas previas y alteraciones en la posición del feto y a obstrucciones del canal del parto, como se ha comentado.

Histerectomía

La Importancia de una Segunda Opinión



3.3 Quistes ováricos

Un quiste es un saco lleno de líquido que se forma sobre o dentro de un ovario.

Este artículo es acerca de los quistes que se forman durante su ciclo menstrual mensual, llamados quistes funcionales. Los quistes funcionales no son lo mismo que los quistes causados por cáncer u otras enfermedades.



Etiología

Cada mes, durante el ciclo menstrual, crece un folículo (donde el óvulo se está desarrollando) en el ovario. La mayoría de los meses, se libera un óvulo de este folículo, lo cual se denomina ovulación. Si el folículo no logra abrirse y liberar un óvulo, el líquido permanece dentro del folículo y forma un quiste, el cual se denomina quiste folicular.

Otro tipo de quiste, llamado quiste del cuerpo lúteo, se presenta después de que un óvulo ha sido liberado de un folículo. Este tipo de quiste a menudo contiene una pequeña cantidad de sangre.

Los quistes ováricos son más comunes en los años de la edad reproductiva desde la pubertad hasta la menopausia. La afección es menos común después de la menopausia.

Tomar fármacos para la fecundidad puede causar una afección en la cual se forman múltiples quistes



III ALTERACIONES GINECO-OBSTÉTRICAS Y DE LA ESTÉTICA PÉLVICA

grandes en los ovarios, lo cual se denomina síndrome de hiperestimulación ovárica. Por lo general, los quistes desaparecen después del período de una mujer o después de un embarazo (Chesley, 2011).

Síntomas

Los quistes ováricos con frecuencia no causan síntomas la aparición de dolor puede deberse; si crece, sangra o se rompe, si interfiere con el riego sanguíneo al ovario, si se lesiona durante el coito, si causa torsión de las trompas de Falopio.



Los síntomas de los quistes ováricos pueden abarcar:

- Distensión o distensión abdominal.
- Dolor durante la defecación.
- Dolor pélvico poco después del comienzo o finalización del período menstrual.
- Dolor con las relaciones sexuales o dolor pélvico durante el movimiento.
- Dolor pélvico constante y sordo.
- Dolor pélvico intenso y repentino, a menudo con náuseas y vómitos, que puede ser un signo de torsión o retorcimiento del ovario en su riego sanguíneo o ruptura de un quiste con sangrado interno (Chesley, 2011).

Los cambios en los períodos menstruales son infrecuentes con los quistes foliculares y son más comunes con los quistes del cuerpo lúteo.

Se puede presentar manchado o sangrado con algunos quistes.

Diagnóstico

El médico o el personal de enfermería pueden descubrir un quiste durante un examen pélvico o cuando a usted le hagan una ecografía por otra razón.



La ecografía se puede hacer para diagnosticar un quiste. El médico o el personal de enfermería tal vez necesiten examinarla de nuevo en 6 a 8 semanas para verificar que éste haya desaparecido.

Otros exámenes imagenológicos que se pueden hacer cuando sea necesarios abarcan:

- Tomografía computarizada.
- Estudios de flujo Doppler.
- Resonancia magnética.

Se pueden hacer los siguientes exámenes de sangre:

- Examen Ca-125 para buscar posible cáncer si usted ha llegado a la menopausia o ya la pasó o tiene una ecografía anormal.
- Niveles hormonales (como la HL, FSH, estradiol y testosterona).
- Prueba de embarazo (GCH en suero).

Tratamiento

Los quistes ováricos funcionales generalmente no necesitan tratamiento. Por lo regular, desaparecen al cabo de 8 a 12 semanas de manera espontánea.

Los medicamentos hormonales pueden reducir el riesgo de nuevos quistes ováricos, sin embargo no disminuyen el tamaño de los ya existentes.

Se puede requerir cirugía para extirpar el quiste o el ovario con el fin de verificar que no sea cáncer ovárico (biopsia).

- Quistes ováricos complejos que no desaparecen.
- Quistes que estén causando síntomas y que no desaparecen.
- Quistes ováricos simples que sean mayores a 10 centímetros.
- Mujeres que estén cerca de la menopausia o que sean posmenopáusicas.

Los tipos de cirugía para los quistes ováricos abarcan:

- Laparotomía exploratoria.
- Laparoscopia pélvica para extirpar el quiste o el ovario.

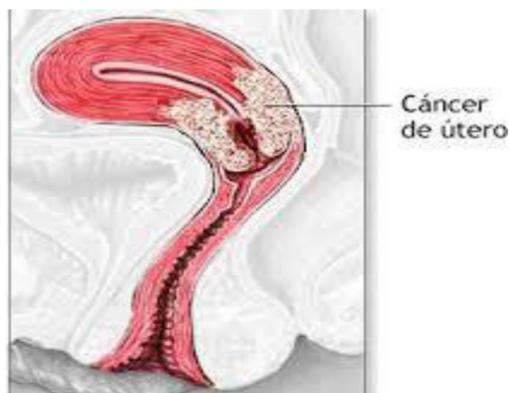
Usted puede necesitar otros tratamientos si tiene poliquistosis ovárica u otro trastorno que pueda causar quistes (Chesley, 2011).



3.4 Cáncer cervicouterino

Según la Organización Mundial de la Salud, el cáncer cervicouterino (CaCu) es la segunda mayor causa de mortalidad femenina, por cáncer, en todo el mundo, con unas 300,000 muertes al año. El 80% de los casos corresponden a los países en vías de desarrollo (1) y cerca de 500,000 casos nuevos se presentan cada año. Tan sólo en el año 2002 se presentaron 493,243 y de éstos, 273,505 fueron decesos.

En México, en el año 2002 se presentaron 12,512 nuevos casos de cáncer cervicouterino, de los cuales 5,777, el 46% de los casos, fueron decesos. Esta enfermedad fue la primera causa de muerte en mujeres con cáncer ocupando un 16.6 % de otros cánceres, con edad de 40 a 50 años.



FACTORES DE RIESGO

- Promiscuidad.
- Actividad sexual a temprana edad (antes de 18 años).
- Tener historia de otras enfermedades de transmisión sexual (VPH).
- Verrugas genitales (test de Papanicolaou con resultados anormales).
- Pareja sexual con cáncer de cérvix o pene.
- Edad (18 a 39 años).
- Persistencia viral.
- Uso prolongado de anticonceptivos orales.
- Confección con otros virus (como el herpes simple).

III ALTERACIONES GINECO-OBSTÉTRICAS Y DE LA ESTÉTICA PÉLVICA

- Carga viral.
- Predisposición genética.
- Variantes virales intratipo.
- Desnutrición.
- Tabaquismo.
- Deficiencia de antioxidantes.
- Pacientes con inmunodeficiencias.
- Nunca haberse practicado el estudio citológico.

DIAGNÓSTICO

- Histopatología (Papanicolaou).
- Colposcopia.
- Biometría hemática.
- Pruebas de función renal y hepática.
- Resonancia magnética y/ o tomografía por emisión de protones: para la planeación del tratamiento en pacientes con etapas no operables, sin embargo su realización dependerá de los recursos de la estancia hospitalaria.
- Cono cervical.
- El reporte histopatológico definitivo de la pieza quirúrgica de los tumores cervicales deben incluir (Williams, 2006):

Tipo histológico
Tamaño tumoral (en al menos dos dimensiones)
Grado
Extensión tumoral
Profundidad de invasión
Patrón de invasión
Invasión al espacio linfovascular
Estado del margen
Estado ganglionar (debe incluir sitio y número de ganglios afectados)
Presencia de enfermedad pre-invasiva

TRATAMIENTO

Para los estadios tempranos de la cirugía conserva los ovarios evitando la menopausia temprana, vagina más corta y fibrosa preservando la función sexual, en comparación con la radioterapia radical.

La cirugía es la primera opción en pacientes jóvenes sin contraindicaciones quirúrgicas. Con la realización de la cirugía se obtienen muchos factores pronósticos que incluye el tamaño del tumor primario, profundidad de la invasión estromal, presencia o ausencia de márgenes del tumor cerca de la vagina o parametrios y estado ganglionar.

- Las pacientes con estadio IA1, el tratamiento estándar consiste en Conización con márgenes libres y/o histerectomía extrafacial (Williams, 2006).

AUTOCUIDADO

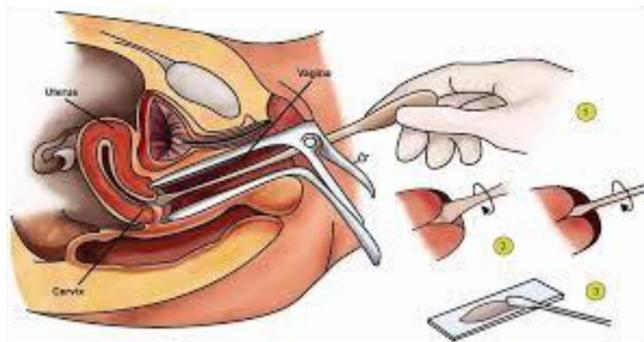
Hoy en día podemos recomendar, orientar, dar educación para la salud a la población, sobre todo a la más vulnerable, para que ejerza su autocuidado y evite riesgos como lo es el desarrollo de un cáncer, en específico el cáncer cervicouterino. Sabemos que uno de los principales factores predisponentes de esta grave enfermedad es la papilomatosis o condilomatosis la cual se origina al estar en contagio con el virus del papiloma humano. La vacunación contra el VPH está dirigida a las niñas de 9 a 13 años de edad, la vacunación en las escuelas es una posibilidad; sin embargo, se necesitan diferentes enfoques para alcanzar a las niñas no escolarizadas que quizá sean especialmente vulnerables (por ejemplo niñas de la calle o migrantes, las que no asisten a clases, etc.). Atraer a las niñas jóvenes para que acudan reiteradamente a los establecimientos de salud y a las sesiones de extensión probablemente



MANUAL DE AUTOCUIDADO DEL PUERPERIO

exija esfuerzos especiales, pero el profesional de enfermería está capacitado y tiene los elementos para implementar las estrategias pertinentes para dar una cobertura cubriendo un amplio porcentaje para aplicar la vacuna del VPH.

También es muy importante que se promocióne la práctica de la citología vaginal o Papanicolaou, se tiene que hacer difusión, realizar campañas, invitar a las mujeres que ya tengan el inicio de prácticas sexuales y aquéllas que tengan una actividad u oficio de alto riesgo a que acudan a los centros de salud a que les practiquen este examen.



También se puede practicar el estudio llamado colposcopia, el cual a través de una sonda y una cámara se visualiza la condición del epitelio cervical el cual ya sea por la observación o mediante la aplicación de sustancias como el ácido acético se puede diagnosticar con oportunidad una displacia y dar un tratamiento oportuno para evitar mayor riesgo.

No se olvide que también las prácticas sexuales seguras como lo es el de “sólo con tu pareja”, evitar las múltiples parejas sexuales, la promiscuidad y sobre todo la promoción, difusión y distribución del Preservativo, así como la educación en cuanto a la técnica de su uso y aplicación siempre será una de las labores muy importantes que tengamos que realizar como profesionales de la enfermería para producir el autocuidado en las personas.



Comunicación, Educación: En las campañas educativas nacionales para la introducción de la vacuna se debe sensibilizar a la comunidad acerca del cáncer cervicouterino y su prevención. Es esencial que los mensajes estén bien formulados para educar a las comunidades, los progenitores, los docentes, los adolescentes y otros interesados directos acerca de la vacuna contra el VPH, la infección por el VPH, las pruebas que se pueden practicar, el uso del preservativo, el cáncer cervicouterino y la disponibilidad de servicios.

Los programas pueden verse rápidamente debilitados por rumores o desinformación si no se comunican plena y sensiblemente las razones de dirigirse solo a las niñas. La educación de los varones, incluidos padres y niños, acerca de las vacunas contra el VPH y el cáncer cervicouterino es particularmente importante a este respecto. El suministro de información sobre el cáncer cervicouterino a las mujeres de más edad y las madres de las niñas a las que se ofrece vacunación es una posible manera de incluir a los progenitores. El consentimiento fundamentado para la vacunación contra el VPH puede ser otra oportunidad de comunicación para educar a los progenitores y las niñas acerca de las cuestiones de salud de los adolescentes o la detección del cáncer cervicouterino.

Para el tratamiento de las lesiones precancerosas, la tecnología preferida es la escisión electroquirúrgica con asa. En los entornos donde no pueda realizarse este procedimiento o en los entornos de escasos recursos, las directrices recientes de

III ALTERACIONES GINECO-OBSTÉTRICAS Y DE LA ESTÉTICA PÉLVICA

la OMS recomiendan la crioterapia como un buen tratamiento alternativo de las lesiones con IVA positiva elegibles. En los entornos de altos recursos pueden utilizarse otras técnicas, como la conización por criocirugía.

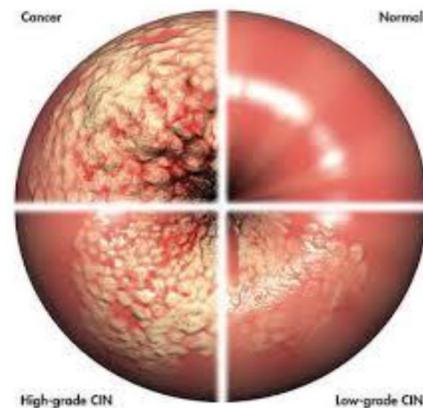
Las opciones actuales para prestar servicios de detección y tratamiento de las lesiones precancerosas incluyen lo siguiente:

- » Cribado y tratamiento, mediante una prueba de detección que dé resultados inmediatos (como métodos visuales, IVA) seguida de un tratamiento inmediato (por ejemplo crioterapia) de las lesiones detectadas, sin más pruebas a menos que se encuentre un presunto cáncer.
- » Pruebas secuenciales, con una segunda prueba de detección (prueba de triaje) en quienes hayan tenido un resultado positivo en la primera prueba de detección, seguidas de tratamiento si se reconfirma una lesión precancerosa.
- » Detección y, en las mujeres positivas, colposcopia, biopsia y tratamiento según el resultado de la biopsia. La primera opción puede proporcionarse en una “única visita”, mientras que las otras requieren varias visitas, lo cual tiene importantes implicaciones programáticas.
- » Cuidados paliativos: conseguir que a las pacientes con un cáncer cervicouterino potencialmente mortal se les proporcione alivio del dolor y del sufrimiento (tanto físico

como psicológico) requiere recursos, aptitudes especiales y supervisión. Para proporcionar cuidados paliativos eficaces se requiere un equipo de médicos, enfermeras, otros especialistas y miembros de la comunidad que colaboren en los establecimientos de salud, la comunidad y los hogares.

Es importante vigilar y evaluar los progresos realizados en pos de los objetivos y las metas de la estrategia nacional en su conjunto. Los indicadores clave de los programas de prevención primaria, secundaria y terciaria en el marco del enfoque de prevención y control del cáncer cervicouterino son los siguientes:

- » Vacunación contra el VPH: cobertura de vacunación, por año de edad y por dosis
- » Detección y tratamiento de las lesiones precancerosas: cobertura con tamizaje, tasa de positividad en las pruebas de detección y tasa de tratamiento.
- » Tratamiento del cáncer: proporción de pacientes con cáncer curable que reciben tratamiento adecuado, y tasas de supervivencia.
- » Cuidados paliativos: acceso a opioides para las mujeres con cáncer cervicouterino avanzado.



3.5 Cáncer de mama

El cáncer de mama es el cáncer más frecuente en las mujeres tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo. La incidencia de

cáncer de mama está aumentando en el mundo en desarrollo debido a la mayor esperanza de vida, el aumento de la urbanización y la adopción de modos de vida occidentales.

Aunque reducen en cierta medida el riesgo, las estrategias de prevención no pueden eliminar la mayoría de los casos de cáncer de mama que se dan en los países de ingresos bajos y medios, donde el diagnóstico del problema se hace en fases muy avanzadas. Así pues, la detección precoz con vistas a mejorar el pronóstico y la supervivencia de esos casos sigue siendo la piedra angular del control del cáncer de mama.

Las estrategias de detección precoz recomendadas para los países de ingresos bajos y medios son el conocimiento de los primeros signos y síntomas, y el cribado basado en la exploración clínica de las mamas en zonas de demostración. El cribado mediante mamografía es muy costoso y se recomienda para los países que cuentan con una buena infraestructura sanitaria y pueden costear un programa a largo plazo.

Muchos países de ingresos bajos y medios que afrontan la doble carga de cáncer cervicouterino y cáncer de mama deben emprender intervenciones costosas y asequibles para hacer frente a esas enfermedades altamente prevenibles. La OMS promueve el control del cáncer de mama en el marco de los programas nacionales de lucha contra el cáncer, integrándolo en la prevención y



el control de las enfermedades no transmisibles (DeCherny, 2010).

Las mamas o senos se componen de grasa, tejido conectivo y glandular. En este tejido se encuentran las glándulas productoras de leche de las que nacen unos 15 o 20 conductos mamarios, para transportar la leche hasta el pezón, rodeado por la areola. Estos lobulillos y conductos se encuentran en el estroma, un tejido adiposo, en el que también están los vasos sanguíneos y linfáticos. Los tejidos mamarios están conectados, además, con un grupo de ganglios linfáticos, localizados en la axila.

Estos ganglios son claves para el diagnóstico del cáncer de mama, puesto que las células cancerosas se extienden a otras zonas del organismo a través del sistema linfático. Cuando se habla de ganglio centinela se alude, precisamente, al ganglio más cercano al lugar donde se localiza el cáncer.

El cáncer de mama constituye un importante problema en los países occidentales por su elevada incidencia. En los últimos años se ha detectado una notable mejoría tanto en la prevención, como en el tratamiento de la enfermedad, gracias a los avances científicos y al esfuerzo de todos los profesionales implicados en esta materia.

SÍNTOMAS

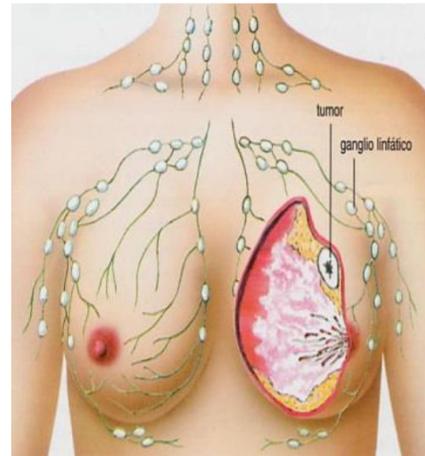
Diversas investigaciones han encontrado un grupo de factores de riesgo, o circunstancias, que hacen a una persona más propensa para desarrollar el tumor.

- ❖ **Edad:** el riesgo aumenta con la edad. La mayoría de cánceres de mama se produce sobre los 50 años; a los 60 el riesgo es más elevado y resulta muy poco frecuente por debajo de los 35 años, aunque también es posible.
- ❖ **Sexo:** las mujeres son las más propensas a desarrollar cáncer de mama. Los hombres también pueden sufrirlo, pero la probabilidad es de uno por cada cien mujeres.
- ❖ **Antecedentes familiares:** las posibilidades

III ALTERACIONES GINECO-OBSTÉTRICAS Y DE LA ESTÉTICA PÉLVICA

aumentan si una hermana, madre o hija ha sufrido esta enfermedad. Además este riesgo se eleva si el familiar que ha padecido cáncer lo ha hecho antes de la menopausia, o si ha afectado a los dos senos.

- ❖ Haber sufrido otro cáncer: el riesgo de cáncer de mama aumenta si se ha sufrido previamente otro cáncer, especialmente de ovario o de colon, o un carcinoma lobular o ductal in situ (dos tipos de tumor maligno que aparecen en los lóbulos o en los conductos galactóforos de los senos, o conductos mamarios). Otro posible factor de riesgo es una hiperplasia benigna, una especie de tumor no maligno, que altera el tejido del seno.
- ❖ Menopausia tardía (posterior a los 55 años).
- ❖ No haber tenido hijos, o el primer parto a partir de los 30 años.
- ❖ Factores medioambientales: se está investigando la posible influencia de pesticidas, campos electromagnéticos o contaminantes en agua y comida.
- ❖ Estilo de vida: algunas investigaciones han hallado un posible vínculo entre el consumo de alcohol y el desarrollo de cáncer de mama.
- ❖ Obesidad : A pesar de no tener ninguna constatación científica definitiva, muchos investigadores indican que seguir una dieta baja en grasas y rica en frutas y verduras, así como practicar ejercicio físico de forma regular pueden ayudar a prevenir la aparición del cáncer de mama.
- ❖ Estrés: Una vida activa hasta límites excesivos no es conveniente ni beneficiosa. Llevar una vida estresante es nocivo para la salud y, en consecuencia, puede favorecer la aparición de enfermedades.
- ❖ THS: Ciertos investigadores indican que a partir de los 10 años con terapia hormonal sustitutiva (THS) puede aumentar el riesgo de cáncer, mientras que otros destacan que no importa durante cuánto tiempo se ha tomado en el pasado, puesto que el riesgo de cáncer existe entre las que siguen la terapia hormonal, no entre las que la siguieron en un pasado.



Autocuidado y Prevención

La autoexploración y las mamografías son las herramientas más útiles para encontrar bultos sospechosos en los pechos. En general, la técnica de la mamografía facilita la detección de pequeños bultos, difíciles de predecir mediante la palpación de la mama. Este tipo de prueba debe repetirse anualmente a partir de los 45 años.



TIPOS DE CÁNCER DE MAMA

No todos los bultos que aparecen en las mamas son un síntoma de cáncer. De hecho, nueve de cada diez bultos son benignos. Estos bultos no cancerosos pueden ser fibrosis o tumores de tejido conectivo y glandular, o bien, quistes o bolsas llenas de líquido. Los tumores benignos de mama (fibroadenomas) no constituyen un peligro para la vida y suelen tener fácil tratamiento. El principal tipo de cáncer de mama es el adenocarcinoma, que se produce en tejidos glandulares de cualquier parte del organismo. Los tumores específicos del seno son:

Carcinoma ductal (Localizado en los conductos)

El carcinoma ductal *in situ* se encuadra en los conductos mamarios o galactóforos, a través de los cuales la leche llega hasta el pezón. Si no se trata, puede extenderse más allá de los conductos mamarios y originar metástasis. Por esto es muy importante detectar a tiempo su presencia, para evitar la progresión hacia el cáncer. Esta detección sólo puede realizarse a través de pruebas específicas, como una mamografía, puesto que el carcinoma *in situ* no suele producir ningún síntoma. El carcinoma ductal invasor, o infiltrante invade el tejido adiposo del seno, desde uno de los conductos. El carcinoma invasor es el más frecuente de los cánceres de mama; supone aproximadamente el 80 por ciento de todos los que se producen.

Carcinoma lobulillar o lobular

Dentro de este tipo se encuentra el carcinoma lobular *in situ*, también llamado neoplasia lobular. El carcinoma lobular invasor sigue el mismo proceso de filtración que el carcinoma ductal invasor hacia el tejido adiposo, pero desde los lobulillos. Cáncer inflamatorio de mama.

Menos frecuente. Se trata de un cáncer bastante agresivo, que crece rápido. Se denomina inflamatorio porque las células cancerosas bloquean los vasos linfáticos y esto se manifiesta en la piel, que adquiere una apariencia gruesa y ahuecada, similar a la de una cáscara de naranja.

Otros tipos también poco frecuentes de cáncer de mama son el mucinoso o coloide, en el que las células cancerosas producen cierta mucosidad, y el medular, un tumor infiltrante, pero con mejor pronóstico que otros cánceres invasores.

DIAGNÓSTICO

La mamografía es una prueba de imagen por rayos X que detecta la presencia del tumor en la mama, antes de que sea perceptible al tacto. Al ser el mejor método de detección, los especialistas

recomiendan que todas las mujeres se realicen esta prueba cada año, a partir de los 50-55 años.

Estas pruebas pueden completarse con otras más específicas, para detectar la gravedad del cáncer, tales como una resonancia magnética (RM), una ultrasonografía, o una biopsia, en la que se toma parte del tejido afectado para analizar en el laboratorio las características de las células cancerosas (DeCherny, 2010).



TRATAMIENTO

Existen varios tipos de tratamiento que pueden emplearse en un cáncer de mama. La terapia que se aplique depende de muchos factores, entre los que se incluye el estadio o etapa en que se encuentre el tumor, si hay o no metástasis, el tamaño del cáncer y también de cómo sean las células cancerosas. Con la clasificación realizada por los médicos se establecen el tamaño del tumor, los ganglios linfáticos afectados y el grado de metástasis o propagación a otros órganos, si es que hay. La más utilizada es el sistema TNM, creado por el Comité Conjunto Americano del Cáncer. Cada letra alude a una característica, que se define con un número:

- T (tamaño), seguido de un número del 0 al 4, se refiere al tamaño del tumor, cuanto más grande es el cáncer, mayor es el número.
- N (nódulos), del 0 al 3, hace alusión a los ganglios linfáticos que se encuentran afectados por las células cancerosas.

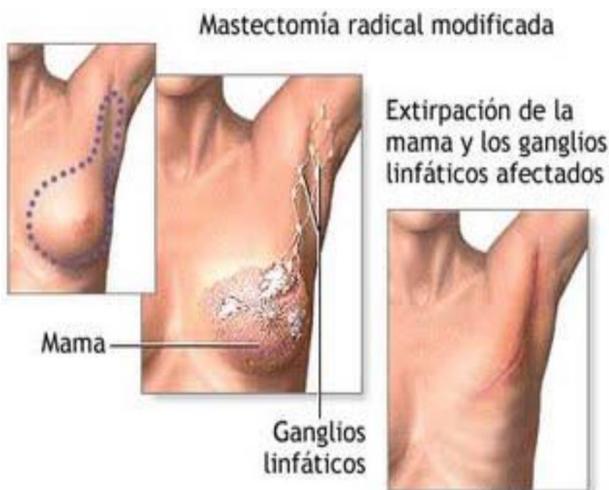
III ALTERACIONES GINECO-OBSTÉTRICAS Y DE LA ESTÉTICA PÉLVICA

- M (metástasis) seguida de un 0 ó 1, indica si el cáncer se ha extendido (1) o no (0) a otros órganos.

En las etapas primeras del cáncer, se recurre a la cirugía para extirpar el tumor, aunque a menudo el abordaje quirúrgico se complementa con radioterapia para eliminar las células tumorales que hayan podido escapar al bisturí. Si el cáncer se encuentra diseminado en otras zonas del organismo, se emplea la quimioterapia o la terapia hormonal. Aquí también tiene cabida la administración de radioterapia, en zonas concretas donde se encuentren localizados grupos de células cancerosas (DeCherny, 2010).

Cirugía

El tipo de intervención quirúrgica depende de la extensión del tumor. Si el tamaño del tumor lo permite, el cirujano puede realizar una lumpectomía, que consiste en la extirpación de parte del tejido mamario. Con la mastectomía, en cambio, se extirpa la mama por completo. Ambas intervenciones pueden requerir la erradicación de los ganglios linfáticos más próximos (situados en la axila).



Radioterapia

Es un tratamiento local, al igual que la cirugía. De hecho, en ocasiones se administra radioterapia

después de una intervención quirúrgica, para eliminar las células cancerosas que no hayan sido extirpadas. La radioterapia es una eleva concentración de rayos X dirigida a un punto concreto. Al aplicar este tratamiento tras extirpar un cáncer, los médicos se aseguran de erradicar por completo el tumor.



Quimioterapia

La terapia hormonal, es el tratamiento más utilizado en cáncer de mama alterando los niveles de hormonas femeninas. En cambio, la quimioterapia erradica las células cancerosas, destruyéndolas. Estas son las principales familias de quimioterápicos empleados contra el cáncer de mama (DeCherny, 2010).

Alquilantes

Actúan sobre el ADN evitando que la célula cancerosa se reproduzca. A esta familia pertenece: busulfán, cisplatino, ciclofosfamida, dacarbazina, ifosfamida, mecloretamina y melfalán.

Antimetabolitos

Interfieren en el crecimiento del ADN y del ARN celular. Se encuentran en este grupo: 5-fluoracilo, metotrexato, gemcitabina, citarabina y fludarabina.

Antibióticos antitumorales

Actúan en el ADN deteniendo la acción de ciertas enzimas causantes de la mitosis (división por la que se reproducen las células). Algunos de ellos

son la bleomicina, dactinomicina, daunorubicina, doxorubicina e idarrubicina.



Inhibidores de la mitosis son sustancias de origen natural que frenan la mitosis (fórmula de reproducción celular). Estos inhibidores incluyen el paclitaxel, docetaxel, etoposida, vinblastina, vincristina y vinorelbina.

La quimioterapia se administra generalmente por vía intravenosa, aunque algunos por vía oral e intramuscular. Normalmente se deja de una a cuatro semanas entre una administración y otra de quimio. Estos ciclos o cursos los establece el oncólogo según el grado de enfermedad y la tolerancia a los efectos secundarios de la quimioterapia.

Terapia hormonal

- **Tamoxifeno** constituye el tratamiento hormonal utilizado con más frecuencia en el cáncer de mama. Este fármaco evita la liberación de estrógenos, con el fin de que las células afectadas por el cáncer no sigan extendiéndose.
- **Toremifeno** al igual que el tamoxifeno, es un modulador del receptor estrógeno y parece haber demostrado eficacia en el tratamiento de ciertos tipos de cáncer de mama.
- **Progestágenos** estas hormonas se producen de forma natural en el organismo de las mujeres, pero sus derivados artificiales pueden ser útiles en determinados tumores de mama. Junto con los progestágenos, otras terapias hormonales pueden ser la aromatasa, los

análogos de la LHRH y la somatostatina, estos últimos suelen utilizarse entre las pacientes postmenopáusicas.

Efectos Secundarios

- ❖ Náuseas y vómitos para evitarlos se pueden requerir medicamentos antieméticos (contra los vómitos). El médico le indicará no sólo los que debe tomar antes de la sesión de quimio, sino también los que tendrá que tomar en su casa. Procure beber mucho líquido, pues es útil frente a las náuseas. Irán remitiendo cuando pasen unos días tras el tratamiento.



- ❖ Pérdida de cabello a pesar de no ser un efecto grave, es motivo de angustia e insatisfacción para la mayoría de las pacientes, pues influye en la percepción de su propia imagen. Generalmente, la caída del cabello comienza a las dos o tres semanas del primer ciclo de terapia, remite al finalizar el tratamiento y el pelo vuelve a crecer a su velocidad normal.
- ❖ Irritaciones en la boca con la quimioterapia son frecuentes las mucositis o irritaciones bucales. Es un trastorno más molesto que preocupante pues produce ardores en la boca. Para reducir esta alteración se recomienda extremar la higiene bucal y emplear cepillos de dientes con cerdas suaves, que no dañen las encías. También ayudan los enjuagues antisépticos.
- ❖ Anemia uno de los efectos secundarios más importantes en la quimioterapia es la reducción

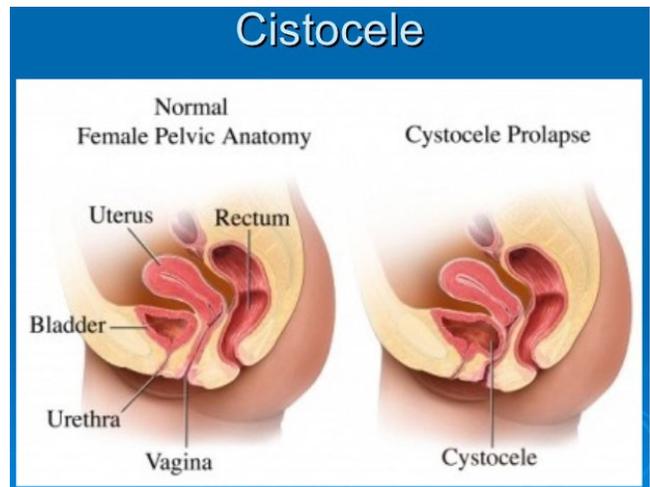
de la cantidad de glóbulos rojos en sangre. La anemia se manifiesta a través del cansancio, la debilidad y la palidez extrema. En ocasiones puede requerir una transfusión de sangre. También puede aparecer plaquetopenia o disminución excesiva de las plaquetas (las células sanguíneas que coagulan la sangre en caso de heridas). Este efecto produce un aumento de los hematomas (cardenales) o sangrado en encías y nariz.

- ❖ Neutropenia es otro de los efectos más vigilados por los médicos debido a la gravedad. Consiste en la reducción de los glóbulos blancos o leucocitos (las células que nos defienden de la intrusión de elementos patógenos, como virus o bacterias). La neutropenia favorece la aparición de infecciones (fiebre, infección de orina, dolor de garganta). Cáncer de mama en hombres. Uno de cada 100 casos de cáncer de mama se produce en un varón.
- ❖ Pese a que la frecuencia es menor que en mujeres, los hombres que sufren un cáncer de mama suelen tener un peor pronóstico de la enfermedad. Esta circunstancia se debe a se diagnostica más tarde que entre las mujeres sobre todo por desinformación.
- ❖ El riesgo de que un hombre desarrolle cáncer de mama aumenta si hay antecedentes en su familia y también si ha sufrido el llamado síndrome de Klinefelter, una alteración que no produce testosterona. Otros factores de riesgo son haber padecido enfermedades testiculares o sufrir sobrepeso. Los tratamientos que recibe un varón afectado por este tumor son los mismos que los aplicados a las mujeres.
- ❖ La técnica quirúrgica más frecuente empleada en el cáncer de mama es la mastectomía.

3.6 Cistocele

Definición

Un cistocele ocurre cuando una parte de la vejiga sobresale dentro de la vagina. El prolapso sucede por defecto en la fascia, tejido conjuntivo que separa la vagina de la vejiga.



El prolapso de la vejiga por debilidad de la pared que la separa de la vagina suele deberse a alteraciones que se producen durante el parto o tras él, especialmente cuando se trata de partos prolongados, complicados y que requieren instrumentación, en casos de productos macrosómicos o por multiparidad. El trabajo de parto y la tensión masiva a la que se somete a la musculatura pélvica hace que ésta se debilite.

Asimismo, los estrógenos, hormonas sexuales femeninas, se encargan entre muchas otras cosas de mantener un tono muscular adecuado en la musculatura de la pelvis, para así sostener las diferentes estructuras en su posición anatómica correcta y hacer que se esté preparado para un eventual parto. Al llegar a la menopausia se produce una disminución de la secreción de estrógenos, con lo que sin ellos las estructuras musculares pélvicas tienden a debilitarse.

Otros factores que pueden llevar a que estos grupos musculares se debiliten y faciliten la aparición de un cistocele son la carga continuada de pesos que aumenten la presión sobre la zona pélvica, el estreñimiento severo y prolongado o la tos crónica, maniobras que aumentan la presión abdominal y, consecuentemente, la que se ejerce sobre esta musculatura pélvica, pudiendo llegar a debilitarla.

En ocasiones el cistocele puede estar producido por alteraciones congénitas, como la espina bífida o malformaciones de la vejiga, la vagina o el recto, aunque son casos poco frecuentes.

Síntomas

El cistocele se caracteriza por la presencia de una masa u ocupación a nivel de la pelvis que puede alcanzar diversos grados. Al caer la vejiga sobre la vagina se aumenta la presión sobre aquélla, con lo cual se pueden producir síntomas de incontinencia urinaria por aumento de la presión, que hace que se abra el esfínter urinario. Al estar de pie -por la gravedad- o al realizar maniobras que aumenten la presión sobre esta zona (llamadas maniobras de Valsalva), como reír, toser, estornudar, correr, defecar o cargar peso, es probable que se produzcan también pérdidas de orina.

Asimismo, el mismo hecho de la caída de la vejiga puede dificultar el vaciado de la misma, con lo cual la micción no es completa y pueden darse ganas constantes de orinar y una ausencia de satisfacción con la micción. El rezago de orina en el interior de la vejiga puede favorecer presencia de infecciones en tracto urinario superior.

El cistocele puede causar también dificultades para defecar por compresión secundaria del recto, y hacer que las infecciones de orina.

En función del nivel de descenso de la vejiga el cistocele se puede clasificar.

- Cistocele de grado I, leve, con un descenso escaso con respecto a su posición normal.
- Cistocele de grado II, moderado, cuando el descenso ya llega a la abertura de la cavidad vaginal.
- Cistocele de grado III, grave, cuando la vejiga sale hacia el exterior del cuerpo a través de la vagina.

Diagnóstico

El diagnóstico se basará inicialmente en los síntomas que explique la paciente sobre urgencia

para la micción, incontinencia urinaria (y en menores ocasiones rectales), sensación de peso a nivel vaginal, y relaciones sexuales dificultosas o incluso dolorosas.



Se pueden realizar pruebas de imagen que permitan valorar la forma y ubicación de la vejiga, mediante una tomografía axial computadorizada (TAC) o una cistografía, que permite ver la forma y posición de vejiga y su mecanismo de vaciado al hacer radiografías seriadas mientras se orina.

Es conveniente realizar también un estudio urométrico que permita valorar la preservación de los mecanismos de la micción.

El tratamiento del cistocele variará en función del grado

En los casos leves en ocasiones puede bastar con el refuerzo de la musculatura pélvica mediante los ejercicios de Kegel, una serie de ejercicios que buscan contraer el músculo pubocoxígeo, lo que permite que esta musculatura recupere su tono original e impida así una progresión del descenso de la vejiga.

En ocasiones, para poder localizar bien la musculatura a trabajar, se puede realizar inicialmente electro-estimulación de la zona (Williams, 2006).

En casos leves o moderados se puede utilizar un

III ALTERACIONES GINECO-OBSTÉTRICAS Y DE LA ESTÉTICA PÉLVICA

pesario, es decir, un cuerpo que se coloca en el interior de la vagina y que impide la progresión del cistocele. Este método, de todos modos, conlleva muchas molestias.

- En casos moderados o graves el tratamiento suele ser quirúrgico. La cirugía busca colocar de nuevo la vejiga en su posición inicial y sujetarla mediante una malla para que no vuelva a descender, en un procedimiento con anestesia general similar a la reparación de una hernia inguinal. La intervención suele tener buenos resultados.
- En ocasiones se puede realizar un tratamiento hormonal sustitutivo con estrógenos para reforzar así el suelo pélvico en pacientes menopáusicas.

Autocuidado y Medidas preventivas

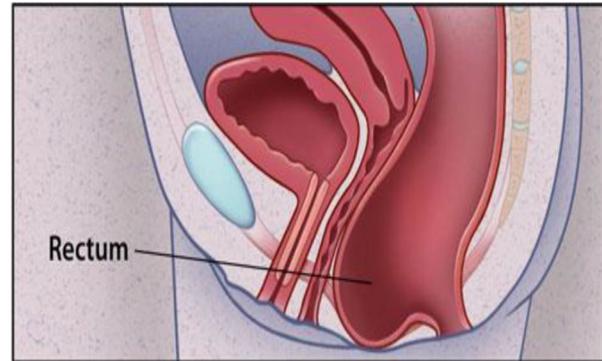
El cistocele se puede prevenir dentro de la medida de lo posible reforzando a lo largo de la vida la musculatura pélvica, especialmente después del parto y al iniciarse la menopausia. Los ejercicios de Kegel son una buena herramienta para prevenir el cistocele y la incontinencia urinaria. En caso de presentar estos síntomas conviene ponerse cuanto antes en manos del urólogo o el ginecólogo.

3.7 Rectocele

Ocurre cuando una parte de la pared del recto sobresale dentro de la vagina. La protuberancia aparece por un defecto en la fascia entre el recto y la vagina. En ocasiones los músculos femeninos de la pelvis que rodean el recto presentan como base un defecto que puede derivar en hernias más dolorosas que peligrosas, pero que sin embargo menoscaban sensiblemente la calidad de vida de la paciente. Estas hernias pueden darse en el intestino delgado (enterocele), en el intestino grueso (sigmidocele), en la vejiga (cistocele) o en el recto (rectocele). Estas dos últimas son las más comunes.

El rectocele, al igual que el cistocele, también tiene su causa en un defecto de la fascia, aunque

en esta ocasión es el recto el que se desvía hacia la vagina. En una clasificación estándar se pueden dividir entre rectoceles anteriores y rectoceles posteriores, según las causas que lo generan.



De este modo, los rectoceles anteriores pueden deberse a traumatismos durante el parto (de todo tipo: desde partos múltiples al uso de fórceps, e incluso desgarros y cortes del perineo, lo que se conoce como episiotomía), mientras que los rectoceles posteriores suelen ser consecuencia de esfuerzos prolongados de la mujer durante la defecación.

Etiología

Puede deberse al debilitamiento de los músculos del suelo de la pelvis, múltiples cirugías abdominales, multiparidad, tos crónica, disminución del estrógeno tras la menopausia e, incluso por desgarro del tejido por accidentes.

Síntomas

Principalmente la dificultad para evacuar que conlleva a un estreñimiento importante. También son comunes a los síntomas del cistocele dolores y presiones vaginales durante las relaciones sexuales, las hemorragias o las pérdidas de orina. En muchas ocasiones las mujeres pueden sentir la salida de un bulto por la vagina y una sensación de peso en la pelvis, en especial ante ejercicios físicos intensos que requieran una fuerza considerable o en los momentos de la evacuación.

Factores Predisponentes

- Partos vaginales complicados.
- Partos múltiples.
- Uso de fórceps para asistir el parto.
- Desgarros del perineo durante el parto.
- Episiotomía durante el parto.
- Distensión debido a levantar objetos pesados.
- Tos crónica.
- Estreñimiento crónico.
- Debilidad de los músculos vaginales debido a la falta de estrógeno después de la menopausia.

Factores de riesgo

- Edad posmenopáusica.
- Antecedentes de partos vaginales complicados.
- Antecedentes de distensión durante evacuaciones.
- Obesidad.
- Tabaquismo.

Síntomas

Muchos casos son leves y no presentan síntomas.

En casos más graves, los síntomas de cistocele incluyen:

- Pérdida de orina al reír, estornudar o toser.
- Vaciado incompleto de la vejiga después de orinar.
- Dolor o presión en la pelvis.
- Infecciones frecuentes de la vejiga.
- Dolor durante las relaciones sexuales.
- Sensación de tejido que sobresale de la vagina.

Los síntomas de rectocele incluyen:

- Dolor o presión en la vagina.
- Dolor durante las relaciones sexuales.
- Dolor o presión en el recto.
- Dificultad para evacuar.
- Necesidad de aplicar presión en la vagina para evacuar.
- Sensación de evacuación incompleta.
- Sensación de tejido que sobresale de la vagina.

Diagnóstico

Para detectar cistocele mediante la historia clínica y un examen físico complementario:

- Examen pélvico.
- Cistouretrograma de evacuación es una prueba radiológica realizada durante la micción.
- Análisis de orina para buscar signos de infección.

Para detectar rectocele pueden incluir:

- Examen de la vagina y el recto.
- Defecograma: una prueba radiológica realizada durante la evacuación.

El diagnóstico se realiza con la exploración física aunque en ocasiones es necesario hacer otras pruebas como una ecografía anal, una defecografía o una resonancia nuclear magnética. El rectocele requiere tratamiento solo cuando produce síntomas y éste debe intentar solucionar todas las alteraciones asociadas al defecto del suelo pélvico para mejorar la calidad de vida de la paciente.

Ante un rectocele, el médico debe realizar una defecografía para calibrar su tamaño y longitud, algo imprescindible para una posterior operación quirúrgica.

Tratamiento del rectocele

En los casos más leves de rectocele no es necesaria ninguna clase de tratamiento. Unos pequeños ejercicios perineales (los ejercicios de Kegel, que mediante contracciones en la zona pélvica refuerzan los músculos alrededor de la vagina). Para los casos más graves, la cirugía se limita a los rectoceles de mayor tamaño o a los pacientes con un cuadro de síntomas más severo.

La cirugía consiste en un reforzamiento de la fascia, a través de una plastia anal con levatorplastia. También puede necesitarse llevar a cabo una cirugía para mover la vejiga o el recto nuevamente a su lugar.

III ALTERACIONES GINECO-OBSTÉTRICAS Y DE LA ESTÉTICA PÉLVICA

En la intervención al rectocele se puede introducir un pesario en la vagina, que ayuda a que tanto vagina como recto se mantengan en su lugar. Cuando la causa de la hernia sea la debilidad en estrógenos arriba mencionada, se puede someter a la paciente a una terapia de reemplazo de estas hormonas.

Prevención

Como sugerencia para evitar estas hernias pélvicas cabría destacar que no conviene levantar objetos pesados para evitar la presión abdominal, y si fuera posible se deben modificar ligeramente algunos hábitos alimenticios (una mayor ingesta de fibra, frutas frescas, vegetales, granos integrales) y líquidos (de ocho a diez vasos de agua diarios, 2,2 litros en total cada veinticuatro horas), además de un ablandador fecal en ciertos casos.

AUTOCAUIDADO

- Evitar el sobre peso corporal, manejo de la obesidad.
- Evitar levantar objetos pesados.
- Los ejercicios de Kegel (contraer los músculos del piso pélvico) pueden ayudar a reforzar los músculos alrededor de la vagina y la vejiga.
- En caso de rectocele: una dieta que permita una evacuación sin problemas, que incluya fibra, líquidos y un laxante si es necesario.
- Tratamiento sostenido a problemas de salud concomitantes cardiovasculares, endocrinas, metabólicas, respiratorios crónicos, etc.
- Ejercicios para fortalecer los músculos del periné perineal, diafragma pélvico y del sistema esfinteriano de la pelvis.
- Un programa efectivo de ejercicios consiste en 15 contracciones voluntarias intensas cada una de tres segundos de duración seis veces por día.
- Dejar de fumar.

3.8 Prolapso uterino

Es una complicación del puerperio inmediato, que consiste en la aproximación del fondo de la cavidad uterina a través de la vagina provocando

hemorragia posparto de magnitud variable, por lo que su tratamiento debe ser inmediato. Se mencionan que debe haber dos condiciones para que se presente la inversión uterina, como son la dilatación cervical y la relajación uterina.

Factores de riesgo

- Exceso de tracción del cordón umbilical.
- Acretismo placentario.
- Brevedad real de cordón.
- Primigestas con implantación fúndica de la placenta.
- Alteraciones de la contractilidad uterina.
- Debilidad congénita del útero.
- Inserción baja de placenta.
- Uso anteparto de sulfato de magnesio u oxitocina.
- Sobredistensión uterina (productos macrosómicos, polihidramnios).



Clasificación

Se puede clasificar a la inversión uterina de acuerdo al tiempo en que se realiza el diagnóstico, por lo puede ser:

- 1) *Aguda* si se presenta dentro de las primeras 24 horas posparto.
- 2) *Subaguda* cuando se presenta después de las 24 horas posparto a las 4 semanas.

También se clasifica de acuerdo a la extensión de la inversión de la pared uterina con respecto al cérvix:

MANUAL DE AUTOCUIDADO DEL PUERPERIO

- a. La inversión incompleta: el fondo uterino se ha invertido pero sin llegar al cérvix.
- b. La inversión completa: el fondo del útero rebasa a la vulva

Diagnóstico

Se tomaran en cuenta lo siguientes signos:

- El signo principal inicial es la hemorragia, calculándose la pérdida sanguínea de 800 a 1,800 ml, y el 40% de las pacientes presentan.
- Choque hipovolémico.
- Palpación de masa ocupativa en toda la cavidad vaginal.
- Ausencia de cuerpo uterino en mitad inferior del abdomen.
- Presencia de choque neurogénico.
- No existen estudios específicos para la confirmación diagnóstica; sin embargo, el ultrasonido pélvico puede ayudar a diferenciar de una inversión uterina subaguda a una miomatosis uterina o pólipos.

Tratamiento

Se dividirá por niveles de atención y, principalmente, se basarán en la ubicación correcta del útero por medidas manuales o quirúrgicas.

Primer nivel de atención

El tratamiento consiste en tres puntos importantes:

- I. El mantenimiento hemodinámico.
- II. La reposición uterina.
- III. El manejo postreposición uterina.

REPOSICION UTERINA

Consiste en la restitución manual del útero y empleo de útero-inhibidores. Se deberá hacer la restitución manual del útero si se identifica inmediatamente después del 2º período del parto y antes de que se forme un anillo de contracción supra cervical, de acuerdo a la ilustración de las imágenes siguientes:

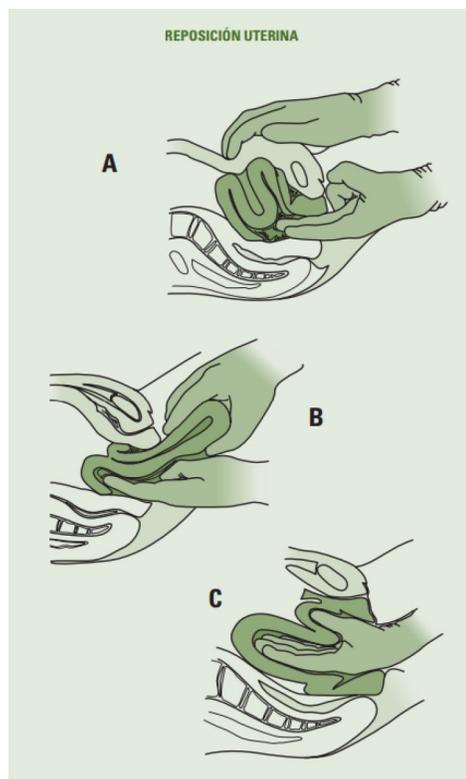


Imagen 1 procedimiento de reposición uterina

Pasos:

- Revisar la involución uterina, verificando que el útero se encuentre por debajo de la cicatriz umbilical y se sienta globoso.
- De no localizarlo, hacer una revisión del área vaginal verificando que no se presente un prolapso uterino.
- De palpar el útero o ver su presencia fuera del canal vaginal. Con un movimiento rápido, acomodar el útero dentro de la cavidad regresándolo a su sitio correcto.
- Mantener una presión dentro de esta cavidad por 5 minutos, retirar con suavidad; espere 3 minutos y si es necesario vuelva a realizar el procedimiento.
- Revisar las 4 T (tono, trauma, tejido trombina [coagulación]).
- Mantener en revisión constante a la paciente.

Una vez lograda la reinversión, se sostendrá el fondo uterino manualmente en su sitio,

III ALTERACIONES GINECO-OBSTÉTRICAS Y DE LA ESTÉTICA PÉLVICA

efectuando al mismo tiempo un masaje suave y sostenido durante 5 a 10 minutos hasta lograr una contracción firme y permanente; al mismo tiempo se administrarán 40 unidades de oxitocina en 1,000 ml. de solución Hartman o fisiológica a goteo rápido hasta que se presente una contracción uterina normal (Williams, 2010).

En caso que la placenta se encuentre unida al útero ya revertido, se valorará el desprendimiento manual en forma suave. De no lograr el desprendimiento, se debe ligar el cordón umbilical y hacer el taponamiento con compresas o gasas.

Se podrá administrar útero-inhibidores como el atosiban, fenoterol, orciprenalina y la isoxuprina, en caso de haberse presentado el anillo de contracción supracervical y que no se haya logrado la reposición manual del útero, además que el traslado no se pueda realizar en ese momento, se recomienda una histerectomía parcial o total de acuerdo a la gravedad del caso (DeCherner, 2010).

Es importante que se conozcan los efectos secundarios de los útero-inhibidores por los cambios que producen en el aparato cardiovascular

MANEJO DE POSTREPOSICIÓN UTERINA

Masaje uterino y empleo de oxitocina o ergonovina.

Se mantendrá la administración continua por 8 horas de solución Hartman o fisiológica 1 000 cc con 20 a 40 unidades de oxitocina para 8 horas. El diagnóstico oportuno, el manejo adecuado de la hipovolemia y la reposición rápida del útero, ayudan a disminuir en forma importante la morbilidad y mortalidad asociada a esta complicación.

El segundo y tercer nivel de atención

El tratamiento inicial es el mismo que en el primer nivel de atención, solo la restitución quirúrgica se debe realizar en el segundo y tercer niveles de atención.

Mantenimiento

Administración de líquidos, sangre o derivados y analgésicos. La transfusión sanguínea y sus derivados dependerán de las condiciones hemodinámicas de la paciente, en el momento de la inversión uterina y posterior a ésta (Tabla 1).

Reposición uterina

Si la reposición manual del útero no se logra, se debe intentar la reposición quirúrgica, siendo la técnica más empleada la de Huntington, que consiste en realizar una laparotomía, tomar con pinzas de Allis los ligamentos redondos y hacer tracción sucesiva hacia arriba, avanzando cada 2 cm hacia el fondo, uterino hasta lograr su reposición total.

La técnica de Haultain se indica cuando se requiere de otro método y consiste en realizar una incisión longitudinal en la porción posterior de la pared uterina sobre el anillo de inversión de aproximadamente 4 a 5 cm, lo que facilita la reposición uterina con la técnica de Huntington ya descrita. La reparación se realiza igual que la de una cesárea corporal. La utilización simultánea de útero-inhibidores como el fenoterol, orciprenalina y la isoxuprina, pueden ayudar a que la reposición del útero sea más rápida.

Sólo en aquellos casos en que se presente necrosis uterina por isquemia, se debe proceder a realizar histerectomía obstétrica y preferentemente total extrafascial ya que el subtotal implica riesgos posteriores.

Manejo postreposición uterina

Masaje uterino, empleo de oxitocina o ergonovina. El manejo, una vez realizada la reposición quirúrgica, es igual que con técnica manual, como son soluciones con oxitocina, y vigilancia estrecha del sangrado transvaginal y de la involución uterina (Williams, 2006).

3.9. Climaterio y menopausia

Climaterio es el período de transición de la etapa reproductiva a la etapa no reproductiva.

La **Menopausia** (del griego *mens*, que significa “mensualmente”, y *pausi*, que significa “cese”) se define como el cese permanente de la menstruación y tiene correlaciones fisiológicas, con la declinación de la secreción de estrógenos por pérdida de la función folicular. Es un paso dentro de un proceso lento y largo de envejecimiento reproductivo.

La Menopausia es la pérdida de la menstruación por un año o más de forma consecutiva. La menopausia es el momento de la vida de una mujer en el que deja de tener el período menstrual y ya no puede quedar embarazada. Se trata de un cambio normal en el cuerpo de la mujer. La mujer sabrá que llegó a la menopausia cuando no haya tenido el período menstrual durante 12 meses consecutivos (y no haya ninguna otra causa, como embarazo o enfermedad, para este cambio). En la mayoría de las mujeres, esto sucede después de los 45 años de edad. A veces la menopausia se denomina “el cambio de vida”.



Durante los años previos a la menopausia, los ovarios de la mujer poco a poco producen cada vez menor cantidad de las hormonas estrógeno y progesterona. Es posible que no note los cambios que suceden en su cuerpo. O que tenga síntomas a medida que se acerca a la menopausia. Muchas mujeres se preguntan si estos síntomas son normales y no saben bien cómo tratarlos (Ucmisalud, 2012).

La menopausia afecta a todas las mujeres de diferente manera. Es posible que su único síntoma sea la interrupción del período menstrual. Muchos síntomas en este momento de la vida suceden porque está envejeciendo. Pero algunos se deben a la menopausia. No siempre es posible determinar si los síntomas están relacionados con el envejecimiento, la menopausia o las dos cosas. Algunos de los cambios que quizá se presenten a medida que se acerca la menopausia son:

- ❖ Cambio en el patrón del período menstrual (pueden ser más cortos o más largos, más o menos abundantes o quizás transcurra más o menos tiempo entre los períodos).
- ❖ Sofocos (a veces llamados calores), sudoración nocturna (en ocasiones seguida de escalofríos).
- ❖ Problemas para dormir toda la noche (con sudoración nocturna o sin ella).
- ❖ Sequedad vaginal.
- ❖ Cambios en el estado de ánimo, mal humor o accesos de llanto.
- ❖ Problemas para concentrarse, “pensamiento confuso” o mala memoria.
- ❖ Caída o debilitamiento del cabello o mayor crecimiento de vello corporal.

Provoca pérdida ósea

Tanto los hombres como las mujeres sufren pérdida ósea a medida que envejecen. Pero la disminución de los niveles de estrógeno cerca de la época de la menopausia también produce pérdida ósea en las mujeres. El estrógeno ayuda a construir y mantener los huesos. Después de la menopausia, la pérdida ósea se acelera durante varios años a medida que los niveles de estrógeno disminuyen rápidamente. La pérdida ósea puede provocar el debilitamiento de los huesos. Los huesos frágiles se pueden fracturar con más facilidad. Cuando los huesos se debilitan mucho, la enfermedad se llama osteoporosis (Hodnett, 2000).

Síntomas

Algunas mujeres no necesitan tratamiento especial para la menopausia. Consumir alimentos

III ALTERACIONES GINECO-OBSTÉTRICAS Y DE LA ESTÉTICA PÉLVICA

saludables y buen estado físico es importante para sentirse lo mejor posible durante los años previos a la menopausia y después de ella.

Sin embargo, las mujeres que sienten molestias por algunos síntomas de la menopausia pueden recurrir a un tratamiento. Hay varias opciones de tratamiento disponibles, incluida la terapia hormonal para la menopausia (menopausal hormone therapy, MHT), según los síntomas que tenga y otros factores. Hable con su médico sobre los riesgos y los beneficios del tratamiento, para elegir lo mejor para usted. No hay un único tratamiento que sea bueno para todas las mujeres.

Sequedad vaginal

❖ Un lubricante vaginal de venta libre a base de agua (como K-Y® Jelly) puede ser útil si siente dolor durante las relaciones sexuales. Un humectante vaginal (también de venta libre) puede proporcionar lubricación y ayudar a mantener la humedad necesaria en el tejido vaginal. Para la sequedad vaginal extrema, quizás necesite MHT. Si la sequedad vaginal es la única razón para considerar la MHT, un producto con estrógeno para la vagina es la mejor elección. Los productos vaginales con estrógeno (cremas, comprimidos, anillos) tratan solamente la vagina.

Problemas para dormir

❖ Una de las mejores maneras de dormir bien es hacer actividad física. Pero no haga ejercicio cerca de la hora de acostarse.

❖ Evite también las comidas abundantes, fumar y trabajar inmediatamente antes de acostarse. Debe evitar la cafeína y el alcohol después del mediodía.

❖ Beber algo caliente antes de acostarse, como un té de hierbas (sin cafeína) o leche caliente puede ayudarla a conciliar el sueño.

❖ Mantenga el dormitorio oscuro, tranquilo y fresco y úselo solamente para dormir y tener relaciones sexuales.

❖ Evite dormir la siesta durante el día y trate de acostarse y levantarse todos los días a la misma hora.

❖ Si se despierta durante la noche y no puede volver a dormir, levántese y lea hasta que sienta sueño.

❖ No se quede recostada. Si los sofocos son el motivo de los problemas para dormir, tratar los sofocos generalmente mejora el sueño (Hodnett, 2009).

Cambios en el estado de ánimo

Algunas mujeres informan cambios en el estado de ánimo o tristeza durante la transición a la menopausia. Las mujeres con cambios en el estado de ánimo (síndrome premenstrual) antes de los períodos menstruales o depresión posparto después de tener un bebé posiblemente experimenten más cambios en el estado de ánimo al acercarse a la menopausia. Se trata de mujeres sensibles a los cambios hormonales.

Con frecuencia, los cambios en el estado de ánimo desaparecen con el tiempo. Si una mujer usa MHT para tratar los sofocos u otro síntoma de la menopausia, a veces los cambios en el estado de ánimo también mejoran. Además, dormir lo suficiente y mantenerse físicamente activa la ayudará a sentirse mejor. Los cambios en el estado de ánimo no son lo mismo que la depresión.

Problemas para concentrarse, “pensamiento confuso”, mala memoria. Algunas mujeres tienen estos síntomas en la madurez. Pero los estudios sugieren que la menopausia natural afecta poco la memoria y otras funciones “cerebrales”. Por otro lado, algunos estudios recientes sugieren que las mujeres no deben usar la MHT para protegerse de la pérdida de memoria ni de enfermedades cerebrales, incluidas la demencia y la enfermedad de Alzheimer.

Dormir lo suficiente y mantenerse físicamente activa pueden ayudar a mejorar los síntomas. Pero si los problemas de memoria son realmente graves,

hable con su médico de inmediato (Ucmisalud, 2012).



- Aumento de peso.
- Disminución de la libido.
- Labilidad emocional.
- Depresión.
- Autoestima baja.

A mediano plazo predominan los síntomas genito urinarios:

- Sequedad de la vagina.
- Deshidratación y pérdida de la elasticidad.
- Adelgazamiento de la piel.
- Dolor al acto sexual.
- Pérdida de orina al esfuerzo.
- Infecciones vulvo vaginales y urinarias.

Pruebas y exámenes

Se pueden utilizar exámenes de orina y de sangre para buscar cambios en los niveles hormonales. Estos resultados pueden ayudar al médico a determinar si usted está cerca de la menopausia o ya ha llegado a ella.

Los exámenes que se pueden realizar son, entre otros:

- ❖ Estradiol.
- ❖ Hormona folículo estimulante.
- ❖ Hormona luteinizante.

El médico le hará un examen pélvico. La disminución del estrógeno puede ocasionar cambios en el revestimiento de la vagina.

La pérdida ósea se incrementa durante los primeros años después del último período. El médico puede ordenar un examen de densidad ósea para buscar pérdida ósea relacionada con osteoporosis. Se recomienda esta prueba de densidad ósea en todas las mujeres de edades entre los 60 y 65 años. Esta prueba puede recomendarse antes si usted está en mayor riesgo de sufrir osteoporosis, debido a sus antecedentes familiares o a medicamentos que toma (Ucmisalud, 2012).

Terapia hormonal

Si se utiliza de manera adecuada, la terapia hormonal para la menopausia (MHT), antes denominada terapia de reemplazo hormonal (hormone replacement therapy, HRT), puede ser muy buena para aliviar los síntomas moderados a graves de la menopausia y prevenir la pérdida ósea. Pero la MHT también tiene algunos riesgos, especialmente si se utiliza durante mucho tiempo.

La MHT puede ser útil en la menopausia para:

- ❖ Reducir los sofocos y la sudoración nocturna y los problemas relacionados, como la falta de sueño y la irritabilidad.
- ❖ Tratar los síntomas vaginales, como la sequedad y las molestias, y los efectos relacionados, como el dolor durante las relaciones sexuales.
- ❖ Retrasar la pérdida ósea.
- ❖ Posiblemente, aliviar los cambios en el estado de ánimo y los síntomas depresivos leves (la MHT no es un antidepresivo y no es eficaz para tratar la depresión).
- ❖ En algunas mujeres, la MHT puede aumentar las probabilidades de tener:
 - Coágulos de sangre.
 - Ataque cardíaco.
 - Accidente cerebrovascular.
 - Cáncer de seno.
 - Enfermedad vesicular.

III ALTERACIONES GINECO-OBSTÉTRICAS Y DE LA ESTÉTICA PÉLVICA

Al momento de decidir si utilizará o no la MHT, usted y su médico deben hablar de los posibles beneficios y riesgos. Además, pregunte por otras opciones de tratamiento. Por ejemplo, los productos con estrógeno en dosis más bajas (cremas, anillos y comprimidos vaginales) en lugar de la MHT son una buena opción para las mujeres que solo tienen síntomas vaginales. Y otros fármacos pueden ser eficaces para muchas mujeres con pérdida ósea. Esta información le ayudará a decidir si la MHT es adecuada para usted. Si decide probar con la MHT, utilice la dosis eficaz más baja durante el menor tiempo necesario.

Utilizar la terapia hormonal para la menopausia (MHT)

Las mujeres que:

- ❖ Crean que están embarazadas.
- ❖ Tienen problemas de sangrado vaginal.
- ❖ Tuvieron ciertos tipos de cáncer (como cáncer de seno o cáncer de útero).
- ❖ Tuvieron un accidente cerebrovascular o un ataque cardíaco.
- ❖ Tuvieron coágulos de sangre.
- ❖ Tienen enfermedad hepática.
- ❖ Tienen enfermedad cardíaca.

La MHT también puede provocar estos efectos secundarios:

- ❖ Sangrado vaginal.
- ❖ Hinchazón.
- ❖ Sensibilidad o hinchazón en los senos.
- ❖ Dolor de cabeza.
- ❖ Cambios en el estado de ánimo.
- ❖ Náuseas.

Recomendar consultar al médico si se presenta alguno de estos efectos secundarios mientras utiliza la MHT:

- ❖ El estrógeno solo no afectó el riesgo de ataque cardíaco. El estrógeno sí aumentó el riesgo

de accidente cerebrovascular. El estrógeno también aumentó el riesgo de desarrollar coágulos de sangre en las piernas (Hodnett, 2000).

- ❖ Es posible que el estrógeno combinado con progestina haya aumentado ligeramente el riesgo de ataque cardíaco. La progestina es una forma artificial de la hormona femenina progesterona. El estrógeno combinado con progestina aumentó el riesgo de accidente cerebrovascular y de coágulos de sangre en las piernas y los pulmones (Hodnett, 2000).

AUTOCUIDADO

Realizar cambios en el estilo de vida y en la dieta. Las medidas de estilo de vida que se puede tomar para reducir los síntomas de la menopausia abarcan:

Cambios en la dieta:

- ❖ Evite la cafeína, el alcohol y los alimentos condimentados.
- ❖ Consuma alimentos de soya; la soya contiene estrógenos.
- ❖ Consuma bastante calcio y vitamina D de alimentos y suplementos.

Ejercicio y técnicas de relajación:

- ❖ Haga mucho ejercicio.
- ❖ Haga los ejercicios de Kegel diariamente. Fortalecen los músculos de la vagina y la pelvis.
- ❖ Practique respiraciones lentas y profundas cada vez que comience un sofoco. Trate de tomar 6 respiraciones por minuto.
- ❖ Pruebe con yoga, tai chi o meditación.
- ❖ Otros consejos:
 - ❖ Vístase con ropa ligera y en capas.
 - ❖ Permanezca sexualmente activa.
 - ❖ Utilice lubricantes a base de agua o un humectante vaginal durante la relación sexual.
 - ❖ Acuda a un acupunturista.

Posibles complicaciones

Algunas mujeres presentan sangrado vaginal después de la menopausia, pero a menudo no es nada de qué preocuparse. Sin embargo, usted debe comentarle al médico si esto ocurre. Puede ser un signo temprano de otros problemas de salud, como el cáncer.

La disminución en los niveles de estrógeno ha sido asociada con algunos efectos secundarios a largo plazo, como:

- ❖ Pérdida ósea y osteoporosis en algunas mujeres.
- ❖ Cambios en los niveles de colesterol y mayor riesgo de cardiopatía.

AUTOCUIDADO

La menopausia es una parte natural del desarrollo de una mujer y no es necesario prevenirla. Usted puede reducir el riesgo de problemas a largo plazo, como osteoporosis y cardiopatía, tomando las siguientes medidas:

- ❖ Controle la presión arterial, el colesterol y otros factores de riesgo de cardiopatía.
- ❖ NO fume, ya que el consumo de cigarrillo puede causar menopausia temprana.
- ❖ Consuma una alimentación baja en grasa.
- ❖ Haga ejercicio regularmente. Los ejercicios de resistencia ayudan a fortalecer los huesos y mejorar el equilibrio.
- ❖ Si muestra signos iniciales de pérdida ósea o tiene un fuerte antecedente familiar de

osteoporosis, hable con el médico acerca de los medicamentos que pueden ayudar a detener un debilitamiento óseo mayor.

- ❖ Tome calcio y vitamina D.

El climaterio es una etapa crítica de la mujer en la que además de los cambios biológicos se producen cambios psicosociales que afectan marcadamente su autoestima. El conocimiento de los factores de riesgo contribuye a un mejor diagnóstico y tratamiento, lo que representa una mejor calidad de vida dentro de ese grupo etéreo.

Técnica de B-Lynch (en atonía uterina pos cesárea)

En un primer tiempo se reabre la histerorrafia y se revisa la cavidad en busca de restos placentarios o de membranas. En segundo lugar se comprueba el cese de la hemorragia tras compresión bimanual del útero. Para ello se inspecciona la vagina con la paciente colocada en posición ginecológica⁴. Posteriormente se realiza la sutura con hilo reabsorbible, introduciendo en primer lugar la aguja en el borde inferior derecho de la histerorrafia (fig. 1, 1), saliendo al mismo nivel en el borde superior de ésta.

Después se pasa la sutura abrazando el fondo uterino hasta entrar de nuevo en la cavidad a nivel de la histerorrafia por la cara posterior de útero (fig. 1, 2-3). El proceso se repite a la inversa en el lado izquierdo (fig. 1, 4-5-6). Finalmente se anudan ambos cabos por debajo de la histerorrafia en la cara anterior del útero.(Hodnett, 2000).

CAPÍTULO IV

Primer trimestre del embarazo



4.1 Mastectomía

Mastectomía es la técnica quirúrgica en la que se extirpa la mama. Los dos tipos más comunes de mastectomía usados hoy en día son: simple y radical modificada.

Mastectomía simple

En la mastectomía simple, se extraen los tejidos de la mama (lóbulos, conductos, y tejido graso) y una capa de piel donde se encuentra el pezón. Este tipo de cirugía usualmente requiere que usted permanezca en el hospital.

De acuerdo a los resultados de la cirugía y de los exámenes, podría requerir otros tratamientos.

Mastectomía radical modificada

En este tipo de mastectomía se extirpa la mama en su totalidad. También se quitan algunos ganglios linfáticos axilares. Estos ganglios linfáticos son examinados para determinar si el cáncer se ha extendido.

En algunas ocasiones, se coloca un drenaje quirúrgico para evitar la acumulación de líquidos. Este drenaje se extrae en 3-4 días después de la cirugía. Esta cirugía usualmente requiere que usted permanezca en el hospital. De acuerdo a los resultados de la cirugía y de los exámenes posteriores, usted podría necesitar más tratamientos.

AUTOCAUIDADO Y CUIDADO EN EL HOSPITAL

- ❖ Mantener el brazo afecto elevado sobre una almohada.
- ❖ Evite, la toma de TA en extremidad con catéter corto instalado.
- ❖ Iniciar con los ejercicios de rehabilitación cuando le sea indicado por su cirujano/a.
- ❖ Para favorecer el proceso de recuperación es muy importante la movilización temprana (levantarse el sillón, ir al baño,)
- ❖ Comentar con el personal de enfermería todas aquellas cuestiones que se le planteen durante su estancia hospitalaria.

AUTOCAUIDADO TRAS EL ALTA HOSPITALARIA

Higiene y Cuidados del brazo afectado:

- ❖ Utilice jabón con pH alto (5-5.5) o neutros, ya que protege y equilibra la sequedad de la piel.
- ❖ Se pueden utilizar desodorantes, preferiblemente aquellos menos irritantes y con menor contenido en alcohol.
- ❖ En cuanto a la depilación, es preferible el uso de cremas depilatorias frente a la cera o maquinillas más una crema hidratante vitaminada.
- ❖ Después de la ducha o baño, seque bien la zona de la herida.
- ❖ Aplicar crema hidratante con frecuencia. Es importante mantener la piel de la zona afectada limpia y bien hidratada. Si presentase prurito

MANUAL DE AUTOCUIDADO DEL PUERPERIO

en la zona de la cicatriz, puede aplicarse aceite de Rosa Mosqueta.

- ❖ Evite la sauna y rayos UVA.
- ❖ Cuando utilice el secador, proteja hombros y brazos de la acción del calor.
- ❖ Protéjase de lugares con altas temperaturas para evitar la sudoración y posible maceración de la piel.
- ❖ La caída del pelo debida a los tratamientos también puede afectar a las pestañas y las cejas, si lo desea, puede recomponer la forma de las cejas con un perfilador o bien se las puede tatuar.

VESTIDO Y COMPLEMENTOS

No es necesario que cambie su forma de vestir tras la mastectomía. Puede seguir utilizando su vestuario habitual siguiendo unos consejos.

- ❖ A nivel general se recomienda usar tejidos de algodón y fibras naturales que no dificulten la transpiración, sobre todo en la ropa interior.
- ❖ Prescinda de prendas muy ajustadas y aquellas que ejerzan presión.
- ❖ Evite, en lo posible, tejidos sintéticos, ya que no transpiran y pueden irritar la piel.
- ❖ Utilice sombreros y camisetas ligeras en la exposición al sol.
- ❖ Evite sortijas, pulseras y otros complementos en el brazo y mano de la intervención.
- ❖ Utilice un sujetador preferiblemente sin aros y de tirantes anchos (tipo deportivo), sin blondas, lacitos y accesorios metálicos.



- ❖ Lleve el bolso en el brazo no afectado.
- ❖ Es posible que tras la mastectomía precise otros tratamientos en los que se le caiga el pelo. Consulte con su estilista, ellos le asesorarán.

ALIMENTACIÓN

Lo ideal es seguir una dieta equilibrada en la que no existe ninguna restricción. Mantenga su peso, pero sin engordar ni adelgazar.

A nivel general:

- ❖ Debe seguir una dieta equilibrada. No debe saltarse ninguna comida
- ❖ Es aconsejable ingerir verduras frescas y cocinadas, productos lácteos, alimentos con fibra y fruta fresca.



- ❖ Beber abundante agua.
- ❖ Se aconseja no abusar de los alimentos ricos en grasas que favorezcan el sobrepeso.
- ❖ En caso de engordar realizar dieta y/o ejercicio.
- ❖ Reducir el consumo de sal y de café, ya que ambos favorecen la formación de edemas.
- ❖ Evitar el consumo de salazones y ahumados.
- ❖ Evitar el consumo de alcohol.
- ❖ Sustituya el alcohol por zumos de fruta naturales e infusiones calientes o frescas.
- ❖ En caso de pérdida del apetito, se deben estimular las conductas que lo favorezcan.
- ❖ Comer en compañía.
- ❖ Realizar ejercicio físico.
- ❖ Comer cuando se tenga apetito aunque sea fuera del horario convencional.

- ❖ Comer purés y zumos en los que combinemos diferentes alimentos y resulten fáciles de ingerir.

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

TRABAJO

Se aconseja que las actividades cotidianas se realicen gradualmente intercalando períodos de descanso.

Los primeros días tras la intervención es normal que precise ayuda para vestirse y hacer las tareas cotidianas.

Solicite la ayuda de su familia hasta poder hacerlas por sí sola.

Al realizar las actividades de la vida diaria hay que tener en cuenta las siguientes recomendaciones para evitar posibles complicaciones en el brazo afectado:

- ❖ No aumentar el peso y evitar la tensión en esa extremidad.
- ❖ No usar sustancias tóxicas sin llevar guantes.
- ❖ Precaución con la plancha y en la cocina.
- ❖ Precaución con el manejo de utensilios cortantes o punzantes.
- ❖ Evitar arañazos o mordeduras.
- ❖ Al freír alimentos, evitar llevar sin cubrir el lado afectado.
- ❖ Manipular hornos y objetos calientes siempre con manoplas. Especial cuidado al planchar.
- ❖ Evitar el agua muy caliente al lavar o fregar.
- ❖ Evitar las picaduras de insectos (en vacaciones evitar regiones infectadas de insectos y utilizar repelentes).
- ❖ Especial cuidado con los arañazos de gato.

A nivel de trabajo fuera de casa durante el período de tratamiento es habitual que permanezca de baja laboral un período aproximado de 6-12 meses. Normalmente, se pondrá incorporar a su trabajo pasado este tiempo y llevar una vida normal. En aquellos puestos de trabajo que precisen esfuerzos

incompatibles con el grado de funcionalidad postquirúrgico, se intentará negociar con la empresa una reubicación.

DEPORTES Y OCIO

La realización de ejercicio físico progresivo y controlado provoca un efecto positivo, ya que aumenta la fuerza, mejora el movimiento del brazo, disminuye el dolor y la rigidez del hombro y a nivel general previene la osteoporosis y mejora el sistema cardiovascular. Todo ello hace que la mujer se sienta mejor y favorece la reincorporación a las actividades de la vida diaria.

RELACIONES PERSONALES Y FAMILIARES

Tras una mastectomía, el temor, la ansiedad y la depresión pueden provocar una alteración en las relaciones de pareja, personales y familiares. Por ello le ofrecemos una serie de sencillas recomendaciones que le ayuden a llevar la situación.

- ❖ Es muy importante la comunicación sincera de los sentimientos y las preocupaciones. Haga partícipe a su pareja de todo aquello que le preocupa, así le ayudará a entender y manejar mejor la nueva situación.
- ❖ Sus relaciones de pareja no tienen por qué verse alteradas, usted y su pareja siguen siendo las mismas personas.
- ❖ Mujeres como usted, que han pasado por la misma situación pueden ayudarle a través de asociaciones y grupos de autoayuda. También existen profesionales especializados en este tema a los que puede acudir si lo desea.
- ❖ Tiene que ser honesta, clara y directa con su familia y allegados al expresar tus sentimientos y necesidades sobre tu enfermedad, así ellos tendrán una idea más clara de cómo pueden ayudarle.
- ❖ Evitar pensar que los demás saben lo que necesita, o lo que es más adecuado para usted, no todo el mundo se maneja de la misma forma, tiene que entender que ellos están muy preocupados y también lo están pasando mal.

- ❖ Es importante encontrar en la familia el apoyo que seguramente necesita, le ayudará a sentirse mejor.
- ❖ Si tiene hijos, es muy importante comunicarse con ellos.
- ❖ La información debe ser clara y adecuada para su edad.
- ❖ Hablar de la enfermedad sin dramatizar, de forma sencilla y positiva, facilitará al niño preguntar y expresar sus sentimientos.
- ❖ Con frecuencia, tendemos a ocultarles la enfermedad con el fin de protegerles del dolor y del sufrimiento, los aislamos y los apartamos del problema. Esto es un error, ya que los niños perciben los problemas cuando los hay, no son tontos sólo pequeños. El no hablar abiertamente con el niño de la enfermedad, le creará miedos e incertidumbre, e incluso sentimiento de culpa.

EMBARAZO DESPUÉS DE LA MASTECTOMÍA



El embarazo tras una mastectomía se consideraba contraindicado hace años. En la actualidad no es una contraindicación absoluta. La mayoría de las pacientes con cáncer de mama pueden quedar embarazadas después del tratamiento oncológico sin que eso empeore el pronóstico de la enfermedad. No obstante, es una cuestión que depende de distintas variables, y debe considerarla

con su especialista. El concebir y cuidar a un hijo, es una celebración de la vida y un compromiso para el futuro.

COMPLICACIONES

La mastectomía es una cirugía muy segura donde la mayor parte de las mujeres se recuperan sin complicaciones.

Sin embargo como en cualquier cirugía existen riesgos y/o complicaciones, los más importantes son:

4.2 Linfedema

Es la inflamación del brazo de la zona donde se le ha realizado la mastectomía causada por la extirpación de los ganglios linfáticos de la axila. Se desarrolla en un 20% de los casos. Puede aparecer hasta meses o años tras la operación.

Precauciones a tener en cuenta:

- ❖ Evitar extracciones de sangre del brazo del mismo lado de la operación.
- ❖ Evitar coger peso o realizar ejercicios bruscos.
- ❖ Evitar heridas que puedan provocar infección (usar guantes cuando se usen productos corrosivos, evitar mordeduras y arañazos, tener cuidado con la manicura...).
- ❖ Evitar ropa ajustada.
- ❖ No llevar reloj, pulsera o anillos en el brazo afectado.
- ❖ Por las noches mantener el brazo ligeramente elevado.
- ❖ Cuidado con los masajes en los brazos, deben ser dados por profesionales cualificados, huir de los masajes de drenaje linfático ofrecidos por las clínicas de estética.

Alteración de la sensibilidad de la zona operada

Apareciendo sensaciones dolorosas, punzantes... El grado de intensidad es variable pero no hay tratamiento eficaz. También puede aparecer adormecimiento e hipoestesia (falta de

sensibilidad) sobre todo en la cara interna del brazo afecto por sección de alguna estructura nerviosa.

Alteración de la movilidad del brazo operado

Se produce por el linfedema o por defecto neuromuscular postquirúrgico. A veces el área se amplía al hombro, columna cervical y parrilla costal, siendo frecuentes las contracturas musculares y el dolor de tipo inflamatorio.

SEROMA

Aparece normalmente tras el retiro del drenaje. Es el acúmulo de líquido en la herida. Su causa suele ser una falta de adhesión de los bordes de la sutura en la axila o por movimientos muy bruscos en las primeras horas tras la intervención.

Se recomienda Llamar al médico o acudir al cirujano/a de inmediato si se nota cualquiera de estos síntomas.

- ❖ Fiebre de más de 38°C.
- ❖ Calosfríos.
- ❖ Secreción procedente de la incisión.
- ❖ Hinchazón alrededor de la incisión.
- ❖ Dolor intenso en la zona de incisión.
- ❖ Edema en el brazo o en la mano del mismo lado de la operación.

4.3 Ejercicios de rehabilitación de la mastectomía

Tras una mastectomía es frecuente y normal que aparezcan molestias en el hombro afecto por la cirugía, así como en cuello y la zona cervical.

Esta reducción de la movilidad puede provocar con el tiempo un deficiente vaciado del sistema

linfático, más aún si en su caso se ha retirado parte del sistema linfático del brazo. Esto puede dar lugar a la aparición de uno de los posibles problemas secundarios a la cirugía como es el linfedema.

Es por ello que todas las mujeres intervenidas deben realizar un plan de ejercicios sencillo y continuados en el tiempo a fin de recupere la máxima movilidad del brazo afecto, así como la elasticidad de la piel de la zona, lo que va a mejorar su actividad cotidiana y servirá de prevención en la aparición del linfedema.

Estos ejercicios deberán empezar a realizarse de forma temprana, entre las 24-48 horas tras la intervención, en la medida que las molestias provocadas por la misma lo permitan, y siguiendo las recomendaciones del personal sanitario.

A continuación le proponemos dos series de estos ejercicios encaminados a que recupere la máxima movilidad de su brazo, así como para prevenir el linfedema.

Recomendaciones para la realización de los ejercicios:

- ❖ Empiece de forma suave, haciendo solamente 3- 5 repeticiones, para no agotarse y vaya aumentando el número hasta 10 -12 según gane movilidad y confianza.
- ❖ Repita la tabla de ejercicios de 3 a 4 veces al día, para que estos se conviertan en una rutina.
- ❖ El límite del movimiento lo pone usted, no debe tener molestias, si aparece dolor pare. Con el paso de los días y la realización de los ejercicios las molestias disminuirán y podrá ir aumentando el movimiento.

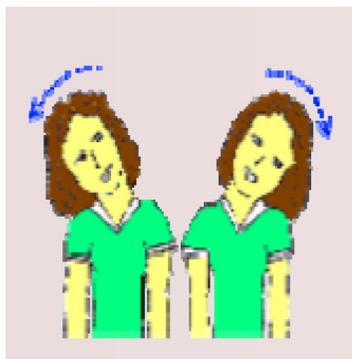
TABLA DE EJERCICIOS PARA RECUPERAR LA MOVILIDAD



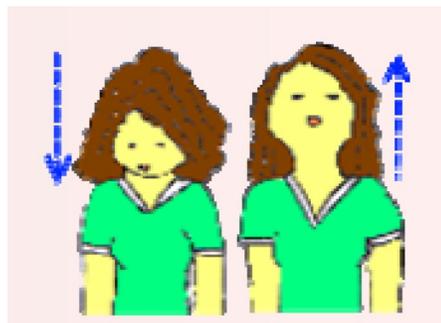
1º. Con las manos en el abdomen, realice 10-12 inspiraciones profundas; note como se llena el abdomen de aire. Expulse el aire por la boca de forma lenta.



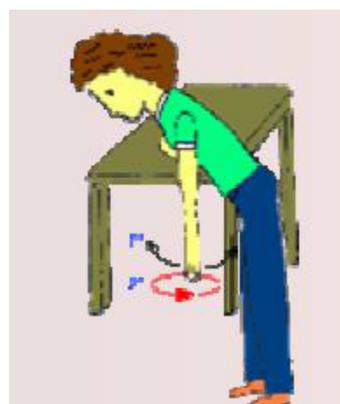
2º. Incline la cabeza a un lado y a otro.



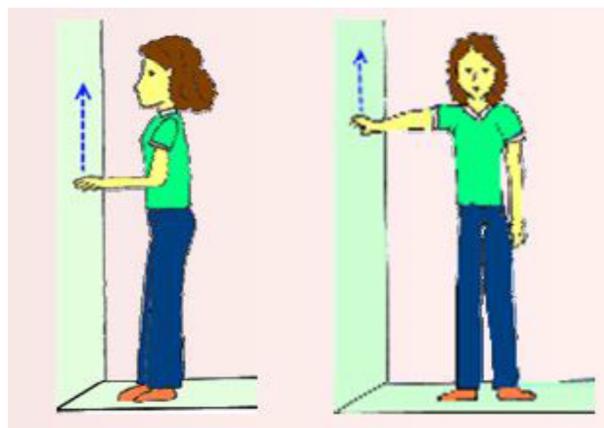
3º. Gire la cabeza a derecha e izquierda, como si se mirase los hombros.



4º. Pegue su barbilla al pecho y después extienda el cuello.



5º. Deje colgar el brazo de la operación y muévelo como si fuese un péndulo (1). Después desplace el brazo como si pintase círculos en el suelo con la mano (2).



6º. Con el codo doblado, suba la pared con los dedos, como si caminasen por la misma. Haga lo mismo pero de lado.

IV MASTECTOMÍA Y SU REHABILITACIÓN



7º. Realice el gesto de peinarse. Lleve la mano desde su nariz hasta la nuca.



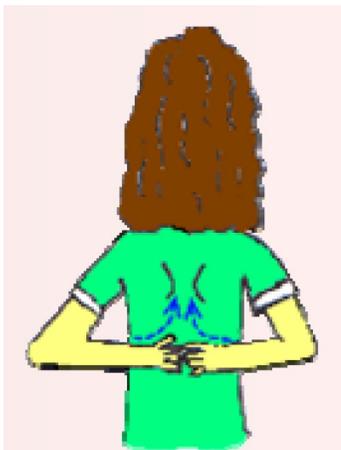
10º. Sentada, simule que pasa las hojas de un cuaderno.



8º. Lleve la mano del lado operado al oído contrario.



11º. Coja un bastón o un palo con las dos manos y elévelo por encima de la cabeza.



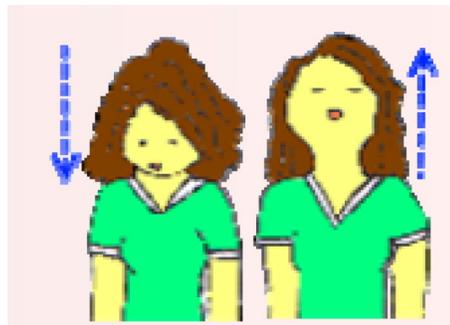
9º. Realice el gesto de abrocharse el sujetador por la espalda.

TABLA DE EJERCICIOS PARA PREVENIR EL LINFEDEMA

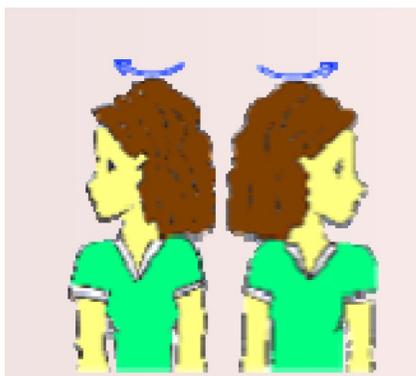
Es importante que una vez que haya recuperado la movilidad de su brazo y no tenga molestias realice esta serie de ejercicios por lo menos dos veces al día.



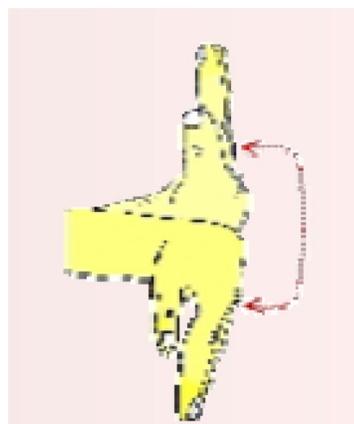
1º. Con las manos en el abdomen, realice 10-12 inspiraciones profundas; note como se llena el abdomen de aire. Expulse el aire por la boca de forma lenta.



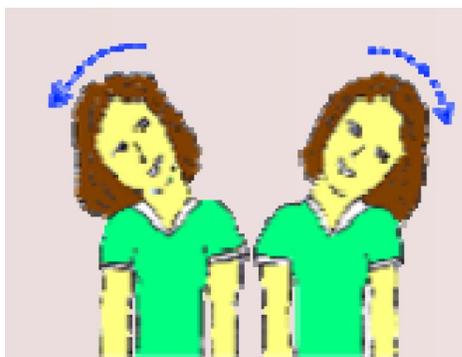
4º. Pegue su barbilla al pecho y después extienda el cuello.



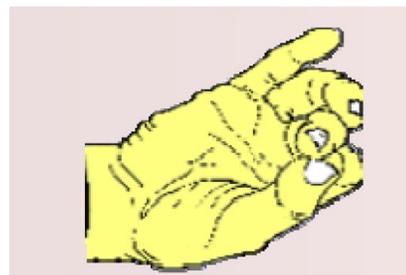
2º. Inclina la cabeza a un lado y a otro.



5º. Toque el pulgar con cada uno de los dedos la mano. Hágalo 10 veces con ambas manos.

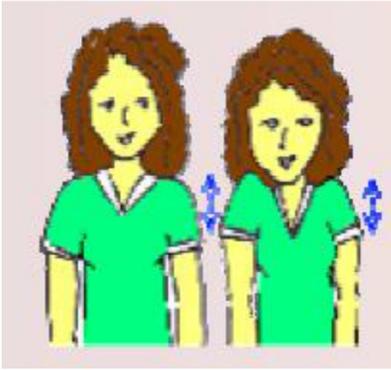


3º. Gire la cabeza a derecha e izquierda, como si se mirase los hombros.



6º. Flexione y extienda ambas muñecas. Haga 10 repeticiones.

IV MASTECTOMÍA Y SU REHABILITACIÓN



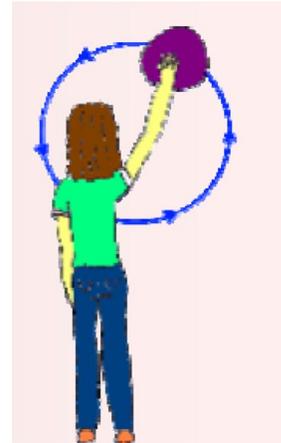
7º. Encoja ambos hombros varias veces (10–12 rep).



10º. Coja una toalla con ambas manos y muévala por la espalda como si se estuviera secando. Hágalo en las dos direcciones.



8º. Junte las manos delante del pecho, y apriete una contra otra durante 5 seg. Haga 10 rep.



11º Con una pelota apoyada sobre la pared haga círculos grandes con ambos brazos.



9º. Coloque un cojín bajo la axila operada, llene el pecho de aire. Cuando suelte el aire apriete el brazo contra el cojín. Haga 10 rep.

4.4 Tratamientos despues de la cirugía

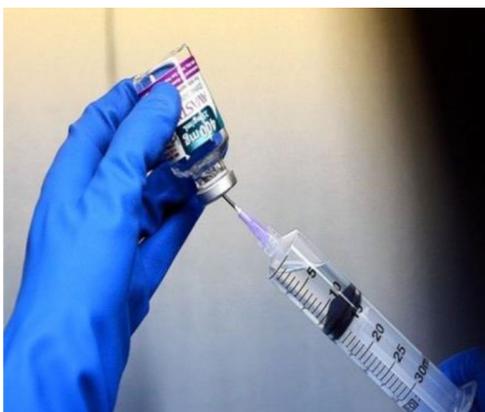
Después de la cirugía son frecuentes los siguientes tratamientos:

QUIMIOTERAPIA

La quimioterapia es un tipo de tratamiento donde se utilizan medicamentos (fármacos) para destruir y evitar el crecimiento, multiplicación y diseminación de las células cancerosas que se encuentren fuera de la zona mamaria.

Existen varias vías de administración, aunque la más frecuente es la vía venosa. Se administra en ciclos y su duración suele ser de 4 a 8 meses. No requiere hospitalización por lo que se puede realizar de forma ambulatoria.

El tratamiento suele ser bastante duro y los síntomas más frecuentes son: nauseas, vómitos, cansancio, caída del cabello, y diarreas. Antes del tratamiento, será informada sobre todos estos aspectos por su oncólogo/a.



RADIOTERAPIA

Es la administración de radiaciones ionizantes, producidas a partir de una fuente de cobalto, acelerador lineal, o mediante un isótopo para destruir las células tumorales a nivel de la glándula mamaria o a nivel de los ganglios linfáticos próximos a ella.

Suele tener una duración media de 4-5 semanas. El tratamiento, será diario durante unos pocos minutos y no será necesaria la hospitalización. El tratamiento, suele ser bien tolerado, permitiendo a la mujer continuar con su vida familiar y laboral.

Los síntomas suelen aparecer a partir de la 3^a-4^a semana del tratamiento y son:

- a) Enrojecimiento de la piel en las zonas tratadas
Utilizar jabones neutros para la higiene diaria y prendas de algodón que no ajusten. Evitar tomar el sol durante el tratamiento y el trimestre siguiente. La piel al final del tratamiento, es más oscura. Poco a poco recuperará su coloración habitual.



- b) Molestias y/o dificultad para tragar Coma despacio y comidas blandas que no le cuesten de tragar. Desaparece tras el tratamiento.
- c) Cansancio: Depende de la persona y como los síntomas anteriores cesan tras el tratamiento.

HORMONOTERAPIA

Consiste en utilizar medicamentos para bloquear la actividad de las hormonas circulantes y su efecto, lo cual puede frenar el crecimiento de tumores. Los síntomas más frecuentes suelen ser: amenorrea (ausencia de menstruación) y sofocos.

RECONSTRUCCIÓN/PRÓTESIS DE MAMA A. RECONSTRUCCIÓN MAMARIA

La reconstrucción mamaria ayuda a restablecer la imagen corporal. En la actualidad existen varias técnicas, las más habituales son:

- Utilización de expansores y prótesis de silicona: es sencilla y se realiza en dos etapas. Primero se implanta un expansor que se llena de suero durante semanas sucesivas dilatando la piel y luego se coloca una prótesis de silicona.
- Utilizar tejidos de la propia paciente, bien sea de la espalda (músculo dorsal ancho) o del abdomen (músculo recto). Es una técnica más compleja pero los resultados son muy satisfactorios. La reconstrucción del pezón y la areola se realiza bien con injerto de piel de la ingle o bien mediante tatuaje.

Las reconstrucciones pueden ser inmediatas, al mismo tiempo que la mastectomía o diferidas (aproximadamente 18-24 meses después) dependiendo de la mujer y de su situación clínica. Éstas no modifican el pronóstico de su enfermedad (la reconstrucción no mejora ni empeora la enfermedad), no obstruye las pruebas de control (mamografía, ecografía...) y no limita los tratamientos que pueda necesitar en el futuro (quimioterapia, radioterapia y otros).



La presencia del linfedema puede intervenir en la reconstrucción ya que puede aumentar el grado

del mismo, provocar sobreinfecciones y afectar al resultado estético.

Por eso es necesaria una valoración rigurosa e individualizada.

B. PRÓTESIS EXTERNAS

La primera prótesis que se colocará será una fabricada con materiales suaves (algodón) que no irrita la piel y que se adaptan bien, utilizando los sujetadores especiales que existen en el mercado (ortopedia). Se pueden colocar en el momento que se han retirado los puntos de la piel. Las enfermeras que las atienden les facilitarán la información para conseguir gratuitamente esta prótesis.

Prótesis de silicona se colocarán a los 30-40 días, cuando el proceso de cicatrización ha terminado, salvo en pacientes con colgajo miocutáneo o que hayan sido tratadas con radioterapia, se esperará hasta que la piel esté íntegra. Esta prótesis será recetada por el cirujano y su financiación correrá a cargo de la Seguridad Social. Se podrá acercar a cualquier ortopedia especializada y adquirirla.



Las prótesis externas son suaves y flexibles, tienen una buena tolerancia cutánea, no producen alergias, tienen un tacto graso y a la presión externa ofrecen la misma consistencia que un pecho natural; en contacto con la piel adquieren

MANUAL DE AUTOCUIDADO DEL PUERPERIO

rápida la temperatura corporal, resisten bien el calor y no se alteran en contacto con el agua, se secan rápidamente sin retener humedad. Las hay de diferente peso, tamaño y forma para adaptarse a la anatomía de cada mujer.

Hay en el mercado una variada gama de modelos. Muchas mujeres utilizan la prótesis directamente sobre la piel, otras prefieren usarla con una funda de algodón. Por otro lado, hay quien sigue usando su sujetador habitual y quien los adquiere especialmente adecuados para sostener la prótesis. También existen prótesis que van unidas directamente al cuerpo adheridas a la piel. El uso diario de esta prótesis es importante para evitar deformaciones de la columna vertebral.

Los cuidados de las prótesis son: no golpearlas, no exponerlas a temperaturas altas, lavarlas cada 4-5 días con jabón neutro y agua templada y cambiarlas cada 2-3 años.

La finalidad de las prótesis y de la reconstrucción mamaria es lograr un volumen en el lugar de la mastectomía y una simetría en cuanto a su forma y posición.

DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA

Técnica de la autoexploración mamaria

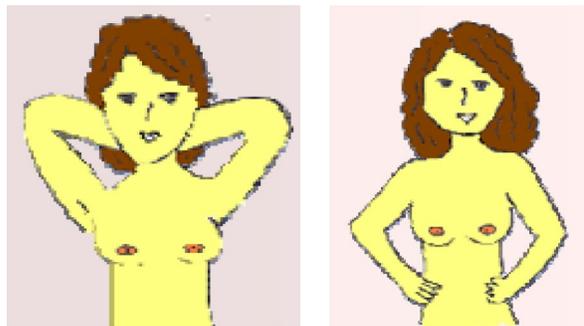
Aspectos importantes para realizar una autoexploración correcta:

- Debe realizarse de forma periódica una vez al mes y en fase posmenstrual. En caso de mujeres menopáusicas asociarla a algún día del mes.
- Con tranquilidad, sin prisas.
- Se realizará de forma sistemática y completa en todos sus pasos, buscando el momento y situación que a cada mujer le resulte más cómodo y fácil de recordar: en el momento de la ducha, al acostarse.

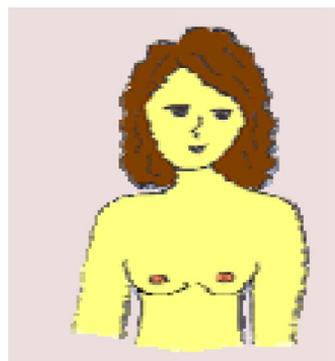
Fases

A. INSPECCIÓN

- Se realiza de pie frente a un espejo.
- Con los brazos caídos al lado del cuerpo, se observa el aspecto externo de las mamas y los pezones.



- Se ponen las manos sobre la cintura y se contraen los músculos de la mama, para así detectar posibles deformaciones o anomalías
-
- Poniendo las manos sobre la nuca girar ligeramente el busto hacia la derecha y luego hacia la izquierda, observando si se nota cualquier cambio de tamaño o de forma, si la piel presenta rugosidades o pliegues o cualquier cambio en el contorno de las mamas y pezones (siempre respecto a la última exploración realizada).



B. PALPACIÓN

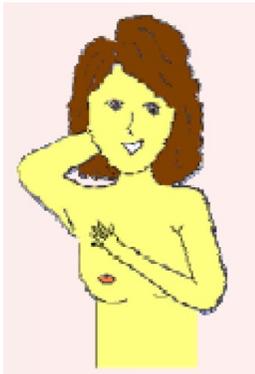
Se puede realizar bien durante la ducha, con la piel enjabonada o tumbada en la cama.

IV MASTECTOMÍA Y SU REHABILITACIÓN

- Se utilizará la mano contraria a la del pecho que va a palpar y el brazo de la mama explorada se colocará debajo de la cabeza.
- Se intentará seguir siempre un mismo orden.
- Imaginariamente se hará una división del pecho en cuatro partes o cuadrantes, mediante una cruz que tenga como centro el pezón.
- A continuación se explorará cada uno de los cuadrantes iniciándose la exploración en el cuadrante superior interno presionando suavemente y con movimientos circulares cortos desde fuera hacia dentro y en dirección al pezón.



- De la misma manera se examinará el cuadrante inferior interno y se aprovechará para palpar la zona que rodea al pezón.
- Seguidamente se baja el brazo y se coloca a lo largo del cuerpo para explorar de la misma forma el cuadrante superior e inferior externo palpando hacia la axila.
- Por último se palpa la axila, intentando descubrir posibles bultos y nódulos.
- Finalmente, se exprimen suavemente cada uno de los pezones y se observa si se produce alguna secreción y sus características.



No debe asustarse durante la primera autoexploración tiene la sensación de notar bultos por todas partes. Esto es debido a que la mama en condiciones normales tiene una consistencia nodular que recuerda al racimo de uva. La importancia de la autoexploración está en detectar cambios respecto a exploraciones anteriores.

Por otra parte, la estructura de la mama cambia con la edad, por lo tanto en muchas ocasiones se pueden palpar nódulos que no son tumores malignos y en algunos casos, como en la mujer premenopáusica el tejido mamario se vuelve de consistencia granulosa, que es normal en este período (OMS, 2009).

SIGNOS DE ALARMA

Acuda cuanto antes al médico si nota alguno de estos signos:

- Una de las mamas tiene un tamaño o dureza mayor o menor que la otra.
- Puntitos parecidos a la piel de naranja o cualquier otro tipo de mancha, arruga o pliegue.
- Si no estás dando el pecho ni estás embarazada y observas que sale algún líquido por el pezón.
- El pezón se retrae o tiene llagas.
- Aparece algún bulto en el pecho o en la axila.
- Si alguna cicatriz o bulto ya existente cambia de aspecto, tamaño consistencia.

Glosario



- **Abdomen agudo:** Dolencias de la cavidad abdominal de presentación aguda y que requieren en la mayor parte de los casos un tratamiento quirúrgico. Las causas pueden ser ginecológicas (quiste torsionado, roto, embarazo ectópico etc.) o no (apendicitis etc.).
- **Ablación endometrial:** Operación en la que se emplean láser y corrientes eléctricas para extirpar el endometrio.
- **Aborto:** Expulsión o extracción de un embrión o feto de menos de 500 g de peso o menos de 22 semanas de gestación.
- **Abruptio placentae:** Separación de la placenta de su lugar de inserción antes del nacimiento del feto.
- **Absceso:** Herida infectada que contiene pus.
- **Adhesiones:** Lugares donde los tejidos crecen unidos anormalmente; tejido interno de cicatriz.
- **Adenocarcinoma:** Tumor maligno de tipo glandular.
- **Adenoma mamario:** Fibroadenoma; Tumor benigno de la mama.
- **Adenoma ovárico:** Cistoadenoma; Tumor benigno quístico del ovario
- **Adenomiosis:** Endometriosis. Focos de endometrio (mucosa uterina) en el espesor del miometrio (pared muscular del útero).
- **Alfafetoproteína:** Sustancia segregada por los tejidos fetales y en el adulto por células tumorales.
- **Alumbramiento:** Desprendimiento y expulsión de la placenta una vez finalizado el parto.
- **Allen-Masters:** Síndrome de: desgarro del ligamento ancho del útero, generalmente secundario a un parto, que puede producir dolores pélvicos.
- **Amenorrea:** Falta o desaparición de la hemorragia periódica mensual (menstruación).
- **Amenorrea primaria:** Ausencia de período menstrual a los 18 años (o a los 14 si existe falta de crecimiento o de desarrollo de los caracteres sexuales secundarios).
- **Amenorrea secundaria:** Ausencia de menstruación durante 6 meses en una mujer que previamente ha reglado.
- **Amniocentesis:** Perforación con una aguja del saco amniótico para la obtención de líquido amniótico.
- **Amnionitis:** Infección del amnios.
- **Amnios:** Capa celular que rodea al embrión-feto y que forma las membranas ovulares.
- **Amnioscopia:** Visualización del líquido amniótico introduciendo un cilindro por la vagina que se acopla al polo inferior de las membranas.
- **Amniotomía:** Rotura artificial de las membranas.
- **Analgésico:** Que mitiga el dolor.
- **Andrógenos:** Denominación genérica para las hormonas sexuales masculinas.
- **Anemia:** Disminución de los eritrocitos, de la concentración de hemoglobina y/o del hematocrito por debajo de los valores normales correspondientes a la edad y al sexo.
- **Anemia ferropénica:** Anemia cuya causa es la carencia de hierro.

MANUAL DE AUTOCUIDADO DEL PUERPERIO

- Anemia hemolítica: Anemia causada por la aparición de anticuerpos contra los eritrocitos.
- Anexos: Anejos. Trompas de Falopio y ovarios.
- Anovulación: Falta de ovulación
- Anovulatorio: Sustancias que produce una falta de ovulación.
- Antiandrógenos: Sustancias que inhiben el efecto de los andrógenos (hormonas masculinas).
- Anti-D Profilaxis: Inmunoglobulina que se administra a la madre Rh negativa para prevenir la sensibilización contra el factor Rh positivo.
- Apgar: Índice o esquema de puntos para el diagnóstico del estado del recién nacido.
- Aplasia: Desarrollo incompleto de un tejido o un órgano.
- Areola: Mamaria: zona arrugada y pigmentada que rodea al pezón.
- Arteria: Vaso sanguíneo que lleva sangre oxigenada a los órganos o tejidos.
- Asherman Síndrome de: se caracteriza por la fusión o sinequia de la cavidad uterina.
- Aspiración: Inhalación de líquidos o sustancias sólidas con penetración de éstas en las vías respiratorias.
- Ateflexión: Inclinación del útero en la pelvis hacia adelante.
- Atonía Uterina: contracción defectuosa del útero.
- Atresia: Cierre o falta de apertura de órganos vacíos o de orificios naturales del cuerpo.
- Atrofia: Retraso o involución.
- Bacilo de Döderlein: Bacteria normal de la vagina que transforma el glucógeno en ácido láctico cuya función es la de desinfectante vaginal.
- Billings Método de: autoobservación del moco cervical para determinar los días fértiles e infértiles del ciclo.
- Benigno: No canceroso.
- Biopsia: Operación menor en la que se toma una pequeña muestra de tejido y se examina para determinar si hay enfermedad, frecuentemente se usa detectar el cáncer.
- Biopsia endometrial: Muestra de tejido endometrial que se extrae y examina para determinar si hay células anormales (vea “Biopsia”).
- Biparietal Diámetro: distancia entre ambos huesos parietales, se determina por ecografía para estudiar el crecimiento fetal.
- Blastocito: Producto de la concepción que comienza al 4º día de la fertilización y dura aproximadamente dos semanas.
- Bolsa de las aguas: Membranas que rodean al feto y al líquido amniótico, derivan en parte de la madre y en parte del feto.
- Bracht: Maniobra de extracción fetal en las presentaciones de nalgas
- Braxton-Hicks: Contracciones indoloras, normales, presentes durante todo el embarazo.
- Brenner: Tumor ovárico prácticamente siempre benigno, generalmente unilateral y que puede adquirir gran tamaño.
- Bromocriptina: Antagonista de la dopamina que inhibe la producción de prolactina. Se utiliza fundamentalmente para inhibir la lactancia y en casos de hiperprolactinemia.
- Bulimia: Trastorno psicógeno similar a la anorexia nerviosa en que se ingieren cantidades excesivas de alimentos y se alternan con períodos de ayuno o vómitos autoinducidos o abuso de laxantes o diuréticos.
- Caduca Decidua. Endometrio transformado por acción del embarazo.
- Calostro: Secreción mamaria anterior a la leche que puede producirse durante todo el embarazo y con más abundancia los primeros días posparto.
- *Candida albicans*: Hongo patógeno existente en la piel, cavidad bucal, vagina e intestino.
- Caput: Tumefacción de la cabeza fetal que se produce durante el parto y desaparece a los pocos días.
- Caquexia: Desaparición del tejido adiposo con peso muy por debajo de lo normal.
- Cáncer: Enfermedad de las células del cuerpo. Las células se hacen anormales y crecen sin

- control. También se puede propagar a otras partes del cuerpo.
- Cauterización eléctrica: Destrucción de tejido un con tipo especial de corriente eléctrica.
 - Carcinoma: Tumor maligno. Cáncer.
 - Carcinoma *in situ*: Cáncer preinvasivo, superficial, que no transpasa la membrana basal.
 - Cardiotocografía: Monitorización en la que se registra en forma continua la frecuencia cardíaca fetal y las contracciones uterinas.
 - Cariotipo: Recuento e identificación de los cromosomas de una célula definidos por el número, forma y tamaño de los mismos.
 - Cerclaje: Sutura circular del cuello uterino empleado para cerrar e impedir su apertura en fases tempranas del embarazo.
 - Cervicitis: Inflamación-infección del cuello del útero.
 - Cérvix: Cuello del útero o matriz. Cilindro de unos 3 cm. de longitud que comunica la cavidad uterina con la vagina.
 - Cistectomía: Extracción con una operación de un quiste ovárico, generalmente realizada con laparoscopia.
 - Cistitis: Inflamación-infección de la vejiga de la orina.
 - Cistocele: Descenso del suelo de la vejiga con prolapso de la pared vaginal.
 - Citología Papanicolau: Preparación de un frotis celular para su estudio al microscopio.
 - Citostáticos: Sustancias farmacológicas que impiden o retardan la división celular. Se utilizan en el tratamiento contra el cáncer.
 - Clamidia *Chlamydia*: Germen patógeno de transmisión por contacto causante de uretritis, cervicitis, enfermedad inflamatoria pélvica, salpingitis, perihepatitis, conjuntivitis y linfogranuloma inguinal.
 - Clements: Test de: prueba para la determinación de la madurez pulmonar fetal en una muestra de líquido amniótico.
 - Climaterio: Fase de transición entre la madurez a la vejez que puede abarcar un período entre 25 y 35 años; incluye la menopausia.
 - Clímax: Momento culminante de una enfermedad. Orgasmo.
 - Clítoris: Órgano eréctil femenino situado en el extremo superior de los labios menores.
 - Cloasma: Manchas de la cara, casi siempre simétricas, pardo-amarillentas y localizadas en la frente, mejillas y mentón. En relación con medicamentos, hormonas y el embarazo.
 - Conización Cervical: Extirpación de parte del cuello uterino en forma de cono para proceder a su estudio histológico. Puede ser un método diagnóstico y también terapéutico.
 - Contracciones Uterinas: Actividad contráctil del útero durante el embarazo, parto y puerperio.
 - Contracepción: Anticoncepción, prevención de la concepción, planificación familiar, control de la natalidad.
 - Coombs Test de: prueba de laboratorio para determinar la existencia de anticuerpos anti Rh.
 - Cordón umbilical: Unión entre el feto y la placenta que contiene 2 arterias y una vena rodeadas de la gelatina de Wharton.
 - Corioamnionitis: Infección amniótica, de la placenta y de las membranas.
 - Coriocarcinoma Corioepitelioma. Tumor maligno derivado de la placenta.
 - Corion: Membrana exterior del huevo que sirve de envoltura protectora y nutricia.
 - Cotiledón: Partes o unidades de que consta la placenta.
 - Cosis: Parte terminal de la columna vertebral formada por 3 a 5 rudimentos vertebrales casi siempre soldados entre sí.
 - Cromosoma: Unidades portadoras de la información genética en el núcleo celular.
 - Cuello uterino: El extremo inferior y estrecho del útero.
 - Cuerpo lúteo: Cuerpo amarillo. Se origina en el ovario después de la ovulación y produce progesterona.
 - Curetaje; Legrado. Obtención o extirpación de tejidos de la cavidad uterina mediante una cureta o legra.

MANUAL DE AUTOCUIDADO DEL PUERPERIO

- Decidua: Capa del endometrio que se desarrolla desde el comienzo del embarazo.
- Defectos del tubo neural: DTN. Conjunto de malformaciones congénitas secundarias a la ausencia de cierre del tubo neural.
- Dermoide: Teratoma quístico maduro. Quiste de ovario que deriva de estructuras germinales y se caracteriza por la presencia de pelos, dientes, grasa, nervios, etc. Generalmente benigno siendo muy poco frecuente su malignidad.
- Desprendimiento manual: Alumbramiento manual, extracción manual de la placenta.
- Desprendimiento prematuro de placenta: Separación de la placenta de su lugar de inserción antes del nacimiento del feto.
- Desproporción: Estrechez de la pelvis en relación con el diámetro de la cabeza del niño que va a nacer.
- Destete: Transición entre la lactancia materna y la artificial.
- Diástasis de pubis: Relajación de la articulación del cartílago de la sínfisis del pubis durante el embarazo o puerperio.
- Diástasis de rectos: Separación permanente de los músculos rectos del abdomen, acontece tras partos o intervenciones abdominales.
- Dietilestilbestrol: Derivado sintético con efecto estrogénico. Tiene un efecto tóxico y carcinogénico para el embrión si se utiliza durante el embarazo.
- Dilatación: Período de: fase del parto en la que el cuello del útero alcanza la dilatación completa (10 cm).
- Disfunción: Alteración en el funcionamiento de un órgano o sistema.
- Disgenesia gonadal: Falta de células germinales. Diferentes síndromes por trastorno cromosómico o alteración durante el período embrionario.
- Dismenorrea: Dolor con la menstruación.
- Dismenorrea membranácea: Forma especial de dismenorrea en la que se expulsa la mucosa endometrial en forma de molde o membrana.
- Disnea: Dificultad respiratoria.
- Dispareunia: Dolor con las relaciones sexuales.
- Displasia: Crecimiento de células anormales. La displasia es un estado precanceroso que puede hacerse o no hacerse canceroso al cabo de un tiempo.
- Ecografía (sonograma): Procedimiento de imagen en el que se producen ecos a partir de ondas de sonido que pasan a través de tejidos y forman imágenes de estructuras internas del cuerpo.
- Ejercicios Kegel: Ejercicios especiales para fortalecer los músculos pélvicos. Estos ejercicios se usan para tratar el prolapso uterino y la incontinencia urinaria (la eliminación de orina cuando no se desea).
- Endometrio: Tejido que recubre la parte interna del útero.
- Endometriosis: Trastorno en el cual el mismo tipo de tejido que recubre las paredes del útero crece fuera de éste en el cavidad pélvica o en alguna otra parte del cuerpo.
- Enfermedad crónica: Trastorno que persiste o sigue ocurriendo durante un largo período.
- Enfermedad de transmisión sexual (ETS): Enfermedad que puede transmitirse de una persona a otra durante contacto sexual; por ejemplo, la sífilis, la gonorrea o el SIDA.
- Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI): Infección causada por bacterias, generalmente de una enfermedad de transmisión sexual (vea “Enfermedad de transmisión sexual”). La EPI puede afectar al útero, los ovarios y las trompas de Falopio. Puede causar dolor pélvico persistente y, si no se trata, puede causar infertilidad (incapacidad de quedar embarazada). A veces, la infección que causa EPI se transmite a través del uso de un dispositivo intrauterino (vea DIU) o durante el parto o aborto.
- Escanografía de TAC: Un tipo especial de imagen corporal procesada por una computadora y que se proyecta en una pantalla para ser visualizada. También se llama radiografía de una sección (o tajada) del cuerpo.

- **Espéculo:** Instrumento de metal o plástico que el médico inserta en la vagina para ayudar a examinar la vagina y el cuello uterino.
- **Estrógeno:** Hormona producida en los ovarios que influye en el desarrollo y la salud de las funciones y los órganos reproductivos femeninos.
- **Examen de Papanicolaou (prueba “Pap”):** Procedimiento que no causa dolor en el que se extraen células del cuello uterino durante un examen vaginal, se colocan en un portaobjetos y se examinan mediante un microscopio para determinar si hay signos de cáncer o de estados precancerosos.
- **Fecundación:** El momento en que el espermatozoide penetra en el óvulo y el bebé comienza a crecer.
- **Fibromas:** Masas no cancerosas que ocurren más frecuentemente en las paredes del útero.
- **Hiperplasia:** Crecimiento anormal del recubrimiento uterino, probablemente causado por un exceso de estrógeno. A veces esto se considera un estado precanceroso, particularmente en las mujeres que se acercan a la menopausia o que ya la han pasado.
- **Histerectomía:** Operación para extraer el útero. A veces, el cuello uterino o los ovarios, y las trompas de Falopio también se extraen.
- **Histeroscopia:** Tubo delgado y con luz que se inserta en la vagina para examinar el cuello uterino y el interior del útero.
- **Hormona:** Sustancia química producida por el cuerpo que regula ciertas funciones corporales. Las hormonas sintéticas (manufacturadas por el hombre) se usan en las píldoras de control de la natalidad y en medicamentos para tratar ciertos problemas de salud.
- **Hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH):** Hormona que a veces se receta para reducir los tumores fibroides.
- **Laparoscopia:** Operación que permite al médico observar el interior de la cavidad pélvica al insertar un instrumento en forma de tubo a través de una pequeña incisión en el abdomen.
- **Legrado:** Procedimiento quirúrgico que consiste en dilatar (abrir) el cuello uterino y raspar el recubrimiento uterino (endometrio).
- **Leiomioma:** Término técnico que significa tumor fibroide.
- **Ligamentos:** Banda de tejido que puede estirarse y que sostiene otras partes del cuerpo.
- **Matriz:** Otra palabra que significa útero.
- **Menopausia:** El “cambio”; el momento en que una mujer deja de tener la regla (deja de menstruar).
- **Menstruación (regla o período):** El desprendimiento del recubrimiento del útero que ocurre cada mes cuando la mujer no queda embarazada.
- **Miomectomía:** Operación para extraer tumores fibroides.
- **Observación:** El médico ve a la paciente regularmente para seguir la evolución de la enfermedad, hablar acerca de los cambios y cerciorarse de que se están calmando los síntomas.
- **Ooforectomía:** Extracción de un ovario.
- **Operación cesárea:** Procedimiento quirúrgico para el nacimiento de un bebé a través de una incisión (cortadura) en el abdomen y el útero.
- **Ovarios:** Órganos pequeños que producen hormonas (por ejemplo estrógeno) y óvulos. Están situados uno a cada lado del útero.
- **Progesterona:** Hormona que prepara el revestimiento del útero (endometrio) para que reciba el óvulo fecundado. La progesterona sintética puede usarse para tratar el sangrado menstrual muy abundante y otras enfermedades.
- **Prolapso:** La caída o desviación del útero o la vejiga si los ligamentos que los sostienen se estiran.
- **Recto:** La porción inferior del intestino grueso.
- **Resonancia nuclear magnética:** Técnica de imagen que permite ver los tejidos blandos del cuerpo.
- **Salpingooforectomía bilateral:** Extracción de ambas trompas de Falopio y ambos ovarios.

MANUAL DE AUTOCUIDADO DEL PUERPERIO

- Sangrado uterino disfuncional: Sangrado uterino anormal que no está asociado con un tumor, una inflamación o un embarazo.
- Sistema reproductivo: Órganos del cuerpo que permiten a la mujer quedar embarazada y mantener y dar a luz a un hijo. Estos incluyen el útero, las trompas de Falopio, los ovarios y la vagina.
- Trompas de Falopio: Trompas que se encuentran en ambos lados del útero y que movilizan a los óvulos desde el ovario hasta el útero.
- Útero: Órgano en el que crecen los bebés; matriz.
- Vagina: Apertura en forma de tubo que se extiende desde el útero hasta la parte externa del cuerpo.

Referencia bibliográficas



1. Abalos E, Asprea I, García O. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto. Ministerio de Salud de la Nación Argentina [en línea] 2006 [fecha de acceso 02 marzo 2011]; 47. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/htm/Site/promin/UCMISALUD/archivos/pdf/guia_hemorragia.pdf
2. Ajenifuja KO, Adepiti CA, Ogunniyi SO. Postpartum haemorrhage in a teaching hospital in Nigeria: a 5-year experience. *Afr Health Sci* 2010; 10 (Supl 1): 71-74
3. Arndt KA. *Manual of Dermatologic Therapeutics*. Boston. Little, Brown and Co. Ed. 1995.
4. Armijo M, Camacho F. *Tratado de Dermatología Vol. II*. Madrid, Grupo Aula Médica Ed., 1998
5. Beltrán. *Gineco-obstetricia* Editorial Trillas 2014. Edición. 1ra
6. Burroughs Med R.N. *Enfermería materno infantil*. McGraw-Hill. Interamericana. México. 1999.
7. Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH, Winkelmann. *Dermatología*. Barcelona, Springer-Verlag Ibérica. Ed, 1995.
8. Calle A, Barrera M, Guerrero A. Diagnóstico y manejo de la hemorragia posparto. *Rev. Per Ginecol Obstet* 2008; 54: 233-243.
9. Causes A. Control of sexually transmitted Diseases. *Wald health stat Q*. 2002; 41(2):82-102.
10. Cervantes-Begazo R. Hemorragias del puerperio inmediato. *Prevención. Acta Médica Peruana* 2005; 2: 65-70.
11. *Complicaciones Obstétricas. Hemorragias Obstétricas*. En: *Obstetricia de Williams 22ª ed.* USA: McGraw-Hill Companies Inc., 2006: 837-857.
12. Chesley. *Gineco-obstetricia*. Editorial: McGraw-Hill. 2011 Edición: 2da.
13. DeCherney L, Muiyphy G, Laufer N. *Diagnóstico y Tratamiento ginecoobstétricos Ed. 9ª*. Editorial Manual Moderno. México. 2010.
14. Didona N, Marks MG, Kumm R. *Enfermería maternal*. McGraw-Hill. Interamericana. México. 1998.
15. Donat Colomer F. *Enfermería maternal y ginecológica*. Masson. Barcelona. 2001.
16. Elmassian C, Toledo C, Vázquez H. ¿Preparados, listos, ya?: ¡cuidado! ITS en la ruta. Buenos Aires: Funcei, 2008, pp. 31.
17. Fabré E, ed. *Manual de asistencia al parto y puerperio normal*. Grupo de trabajo de la SEGO. Zaragoza. 1995.
18. Foley. *Gineco-obstetricia*. Editorial: Amolca México, 2011. Edición: 3ra.
19. Freedman D. *Clínicas Dermatológicas Vol. 4. Enfermedades transmitidas por contacto sexual*. México D.F. Mc Graw-Hill Interamericana Ed. 1998.
20. González Merlo J, Del Sol JR, eds. *Obstetricia*. Masson Salvat. Barcelona. 1994.
21. Groisman C, Imberti J, Moretti V (colaborador). *Sexualidades y afectos: educación sexual: actividades y juegos*. Buenos Aires: Lugar, 2007. 212 p.
22. Hodnett E, Hofmeyr J. *Breastfeeding. A guide to effective care im Pregnancy and*

- childbirth. 2000; 46: 439-456.
23. Chalmers I, Enkin M, Keirse M, et al. Establishing and maintaining breastfeeding. Effective care in pregnancy and childbirth I. 1991; 80: 1358-1371.
 24. Infección de Transmisión Sexual. Información de Salud para adolescentes. [homepage on the internet], c 1998/2004; [actualizada, 24 noviembre 2006; cita 21 de Noviembre del 2009].
 25. Instituto Nacional de Perinatología. Dra. Giovanna Majanos Rivas. Maestra en Ciencias Ma. Eugenia Flores Quijano del Departamento de Investigación en IBCLC Graciela Hess, 2012
 26. Karlsson H, Pérez Sanz C. Hemorragia postparto. An Sist Sanit Navar 2009; 32 (Supl 1): 159-167.
 27. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2002. Oxford: Update Software.
 28. Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, Crowther C, Duley L, Leals C, Montero I, Donat F. Aspectos psicológicos del embarazo, parto y puerperio. Rev. Esp Obst Ginec. 1982; 41: 493-498.
 29. López E, Pantelides EA (compiladores), Aportes a la investigación social en salud sexual y reproductiva. Buenos Aires: Centro de Estudios de Población, 2007. pp. 423.
 30. Martínez Galiano JM. Prevención de la hemorragia pos-parto con el manejo activo del alumbramiento. Matronas Prof. 2009; 10 (Supl 4): 20-26.
 31. Melgar ML. Algoritmos: atención a los pacientes con enfermedades de transmisión sexual. La paz. SNS/OPS/OMS. Marzo 2007: 30.
 32. Mondragón Castro H. Obstetricia Básica Ilustrada. 4ta. ed. Edit. Trillas. México. 2010.
 33. Monheit AG, Cousins L. El puerperio: reajustes anatómicos y fisiológicos. Clin Obstet y Ginecol. 2008; 4: 1000-1012.
 34. MSPAS. Manual de orientación en VIH-SIDA. Programa Nacional de SIDA. Unidad ITS/VIH/SIDA. Guatemala 2002. Informe anual conjunto de Naciones Unidas y la Organización Mundial de La Salud (OMS). Noviembre. 2002.
 35. Olds SB, London ML, Ladewig PA. Enfermería materno infantil. 4ª ed. McGraw-Hill. Interamericana. México. 1996.
 36. Olamendi ML. *Gardnerella vaginalis*, *Candida* sp. y *Trichomonas vaginalis* como causante de infección del tracto genital femenino en mujeres de la Ciudad de Cuernavaca. 2003 (Trabajo de tesis).
 37. OMS. Atención a pacientes con infecciones de transmisión sexual. Serie de informaciones técnicas, 2009.
 38. OMS. La salud de los jóvenes. Un reto y una esperanza. Ginebra. 2001: 17 - 20.
 39. Perea EJ. Enfermedades de transmisión sexual. Doyma Ed. 1993.
 40. Pineda Pérez S, Aliño Santiago M. El concepto de la adolescencia. Capítulo 1. [cita 29 de Noviembre del 2009] Disponible en [http://aps.sld.cu/bvs/materiales/manual practica Capítulo 201.pdf](http://aps.sld.cu/bvs/materiales/manual_practica_Capitulo_201.pdf)
 41. Rivero M, Avanza MJ, Alegre MC, Feu M, Valsecia M, Schaab A y col. Hemorragia postparto: incidencia, factores de riesgo y tratamiento. Comunicaciones científicas y tecnológicas UNNE [en línea] 2005 [fecha de acceso 02 marzo 2011]; 3. Disponible en: http://www.unne.edu.ar/Web/cyt/com2005/3-Medicina/M106_Falta%20Corregir.pdf
 42. Romero M, Chapman E, Ramos S, Abalos E. La situación de la mortalidad materna en la Argentina. Observatorio de salud sexual y reproductiva. Argentina [en línea] Abril 2010 [fecha de acceso 02 marzo 2010]; (1): 8. URL disponible en: http://www.ossyr.org.ar/pdf/hojas_informativas/hoja_1.pdf
 43. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. El parto patológico. En: Obstetricia. 6a ed. Bs As: El Ateneo, 2008: 629-644.
 44. Secretaría de Salud, Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993.
 45. Seguranyes Guillot G. Enfermería maternal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Masson. Barcelona. 2002.
46. Sexually transmitted disease or sexually transmitted infections? Fact sheet. No. 249. June 2008: 1.
 47. Snowden HM, Renfrew MJ, Woolridge MW. Treatments for breast engorgement during lactation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software.
 48. VIH y SIDA. Estimación mundial. Datos globales. [homepage on the internet], c 2005/2008; [actualizada, 25 febrero 2008; cita 29 de Noviembre del 2009]. Disponible en: <http://www.ctv.es/USERS/fpardo/vihoms01.htm>
 49. Votta RA, Parada OH. Parto patológico. En: Obstetricia. 5ªed. Bs. As: López librerías ediciones, 1995: 619-620.
 50. Zuluaga PLC, Soto VD, Jaranillo V. Comportamiento sexual y problemas de salud en adultos jóvenes. Bol. Ofic. Panamericana de la Salud. 2000; 119(3): 212-22.
 51. Williams. Obstetricia. 12va ed. Editorial Masson. México, 2010.
 52. http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/081_GPC_Vaginitisinfec1NA/Vaginitis_ER_CENETEC.pdf
 53. <http://salud.edomexico.gob.mx/html/Medica/CERVICO%20VAGINITIS.%20GUIA%20CLINICA%20IMSS.PDF>
 54. <http://salud.edomexico.gob.mx/html/Medica/CERVICO%20VAGINITIS.%20GUIA%20CLINICA%20IMSS.PDF>
 55. http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/081_GPC_Vaginitisinfec1NA/Vaginitis_ER_CENETEC.pdf
 56. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001495.htm>



Facultad de Estudios Superiores Zaragoza,
Campus I. Av. Guelatao No. 66 Col. Ejército de Oriente,
Campus II. Batalla 5 de Mayo s/n Esq. Fuerte de Loreto. Col. Ejército de Oriente.
Iztapalapa, C.P. 09230 México D.F.
www.zaragoza.unam.mx