

**UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO
RODRIGUEZ DE MENDOZA
DE AMAZONAS**



FACULTAD DE ENFERMERÍA


**INFORME FINAL DE EXAMEN DE
SUFICIENCIA PROFESIONAL**

**CUIDADO DE ENFERMERÍA A UNA
GESTANTE CON AMENAZA DE ABORTO**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

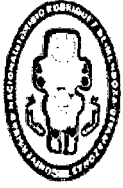
BACHILLER: YOLVI FLORES CUIPAL

JURADO:

Presidenta : Lic. Enf. María Esther Saavedra Chinchayán 
Secretario(a) : Lic. Enf. Sonia Tejada Muñoz.
Vocal : Lic. Enf. María del Pilar Rodríguez Quezada.

CHACHAPOYAS -AMAZONAS-PERÚ

2010



**UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO
RODRIGUEZ DE MENDOZA
DE AMAZONAS**



FACULTAD DE ENFERMERÍA

**INFORME FINAL DE EXAMEN DE
SUFICIENCIA PROFESIONAL**

**CUIDADO DE ENFERMERÍA A UNA
GESTANTE CON AMENAZA DE ABORTO**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

BACHILLER: YOLVI FLORES CUIPAL

JURADO:

Presidenta : Lic. Enf. María Esther Saavedra Chinchayán

Secretario(a) : Lic. Enf. Sonia Tejada Muñoz.

Vocal : Lic. Enf. María del Pilar Rodríguez Quezada.

CHACHAPOYAS -AMAZONAS-PERÚ

2010

DEDICATORIA

A mi querida familia con mucho amor y ternura.

AGRADECIMIENTO

A Dios todo poderoso que me ha conservado con vida, con salud, que me dio inteligencia y me ha guiado cuidado hasta hoy.

A mis padres y hermanos por su apoyo incondicional, que me brindó en todos mis estudios y mi desarrollo profesional, inculcando muchos valores.

A mi amiga Jesús por su apoyo incondicional, que me brindó en toda esta etapa de mi examen de suficiencia.

A la familia "Díaz Chuquizuta" por su colaboración con mi persona quienes me brindaron la facilidad para mi examen práctico en el hospital y el acceso a su domicilio para llevar a cabo los cuidados de enfermería pendientes.

A todos ellos mi sincero agradecimiento y eterna gratitud.

LA AUTORA

AUTORIDADES

ASAMBLEA UNIVERSITARIA

RECTORADO

RECTOR:

Dr. Vicente Marino Castañeda Chávez.

VICERECTORA ADMINISTRATIVA

Dra. Flor Teresa García Huamán.

VICERECTOR ACADÉMICO

M.Sc. Miguel Ángel Barrena Gurbillón.

DECANOS DE LAS FACULTADES

DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA

Mg. Gladys Bernardita León Montoya.

PRESIDENTE DEL CONSEJO DE FACULTAD DE TURISMO Y ADMINISTRACIÓN.

Lic. Agustín Tamayo Beltrán

PRESIDENTE DEL CONSEJO DE FACULTAD DE EDUCACIÓN

Ms. Ever Salomé Lázaro Bazán

DECANO DE LA FACULTAD DE INGENIERÍA

Ing. Guillermo Idrogo Vásquez

PRESENTACIÓN

SEÑORES MIEMBROS DEL JURADO:

Hago llegar ante ustedes el presente informe final del **EXAMEN DE SUFICIENCIA PROFESIONAL** que lleva por título "**CUIDADO DE ENFERMERÍA A UNA GESTANTE CON AMENAZA DE ABAORTO**" el mismo que ha redundado directamente en la paciente , considerando la fase de valoración de enfermería como método de recolección de datos para identificar necesidades insatisfechas de la paciente.

Tratando de presentar claridad y concreción he estructurado el presente informe del modo siguiente:

- ✓ Introducción del tema asignado.
- ✓ Marco teórico referencial el cual incluye la base teórica elaborado de acuerdo a la bibliografía especializada consultada.
- ✓ Proceso de atención de Enfermería el cual incluye valoración de Enfermería según diversos métodos, Diagnóstico, planificación del cuidado, ejecución y evaluación.
- ✓ Por último se hace referencia a la discusión y conclusiones finalizando con las recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

SEÑORES MIEMBROS DEL JURADO; presento ante vuestra consideración y esclarecido discernimiento el presente informe para su revisión y posterior sustentación.



I. INTRODUCCIÓN

Uno de los problemas mas común asociado al embarazo es la amenaza de aborto que antes de llegar a la semana 20 de embarazo más del 30% de mujeres experimentan algún tipo de sangrado vaginal y lamentablemente la mayor parte de estas mujeres no logran llevar a buen término su embarazo. Cuando ocurre un sangrado vaginal es un signo de amenaza de aborto y también se presentan cólicos y un dolor agudo en la espalda. Que mediante el examen de suficiencia profesional tiene como objetivo evaluar al profesional los siguientes aspectos: Dominio conceptual del bachiller en el tema propuesto, así como su capacidad para vincularlo con campos más amplios de su especialidad, capacidad de ofrecer un punto de vista personal y crítico frente a los conceptos, metodologías y contextos en los que se enmarque el tema a desarrollar, capacidad analítica para enfrentar casos y ofrecer un planteamiento con sustento metodológico, capacidad de relacionar el tema sobre el que versa el examen con la realidad actual, capacidad de absolver los cuestionamientos que le formule el jurado y sustentar su punto de vista y la capacidad expositiva y argumentativa. La enfermera actúa previo a un proceso de valoración a la paciente y entorno familiar identificando necesidades y planeando las mejores acciones posibles para que estos puedan mejorar su condición de vida frente a problemas definidos tales como: Dolor leve, Ansiedad, Nutricional en déficit, caries dental, Déficit de conocimientos y Riesgo a infección. La enfermera planifica sus acciones en forma holística de modo que la atención favorezca la interrelación y un buena atención de la paciente tras un proceso completo de valoración.

El presente informe tiene como objetivo tener como guía para el lector y ampliar sus conocimientos teniendo como base dicho informe ya sea haciendo investigaciones y ampliando sus conocimientos con otras bibliografías actualizadas.



FACULTAD DE ENFERMERÍA

II. MARCO TEÓRICO

AMENAZA DE ABORTO

2.1 DEFINICIÓN

Se denomina así cuando en las primeras 20 semanas de gestación se presentan sangrado vaginal de cualquier intensidad, la cual puede acompañarse de contracciones uterinas con dolor.

2.2 ETIOLOGÍA

Un pequeño número de mujeres embarazadas experimenta algún sangrado vaginal, con o sin cólicos abdominales durante el primer trimestre del embarazo. Esto se conoce como amenaza de aborto. La mayoría de estos embarazos llegan a término con o sin tratamiento. El aborto espontáneo ocurre en solo un pequeño porcentaje de mujeres que tiene ese tipo de sangrado vaginal durante el embarazo.

Cuando se presenta el aborto espontáneo, la causa usual es la muerte fetal, que generalmente es el resultado de un problema cromosómico del desarrollo.

Otras causas posibles abarcan:

- Defectos anatómicos de la madre
- Factores endocrinos

2.2.1 Hematoma subcoriónico: Presencia de un área ecogénica delimitada que está por debajo de la placa coriónica y puede ser causal de sangrado, el pronóstico dependerá del tamaño del mismo y de la edad de la gestante. Si bien sus causas son desconocidas, se estima que pudiera ser causa y/o consecuencia de una insuficiencia lútea por ello que una suplementación con progesterona aparece como una alternativa planteable.

2.2.2 En relación al tamaño (más del 25%) y la edad de la gestante es necesario ingresar a la paciente para control y la evaluación del embarazo, usar progesterona micronizada en dosis de 100mg dos veces al día, reposo



FACULTAD DE ENFERMERÍA

absoluto, control de paños y de signos vitales. Veinticuatro horas o 48 horas sin presentar manchado se da alta, manteniendo reposo en casa y en forma gradual reiniciar actividad. Control dentro de unos 7 a 10 días en hospital.

En los casos de Hematomas pequeños reposo en casa y estar en contacto con el servicio para hacer conocer evolución.

- Factores del sistema inmunitario.
- Infección.
- Enfermedad sistémica materna.

Alrededor de la mitad de todos los óvulos fertilizados abortan en forma espontanea, generalmente antes de que la mujer sepa que está embarazada. La tasa de aborto espontaneo es muy baja entre los embarazos ya conocidos y estos presentan usualmente entre las 7 y 12 semanas del embarazo.

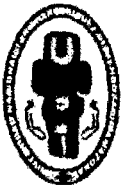
Hay muchas causas de amenaza de aborto como ser una infección, un desbalance hormonal, problemas con la implantación o la placenta. Generalmente, el problema se desencamina con la concepción y el feto no se desarrolla apropiadamente. Es raro que el aborto ocurra por algo que uno hace o deja de hacer.

Para la mayoría de las mujeres la causa del aborto no se va a saber, incluso luego de muchos estudios, muchos padres se sienten frustrados cuando no se puede encontrar una causa del aborto.

Algunas de las causas de aborto se enumeran a continuación.

a. Cirugías abdominales:

Aunque es poco frecuente antes de las veinte semanas, las cirugías abdominales pueden aumentar la irritabilidad uterina.



FACULTAD DE ENFERMERÍA

b. Embarazo anembrionado:

A veces el ovulo fertiliza pero luego no continua su división celular. El test de embarazo da positivo y se forma un saco, a pesar de que no hay bebe. El aborto ocurre entre las siete y doce semanas.

c. Cualquier enfermedad severa o mal controlada:

Las enfermedades como el hipotiroidismo y la diabetes si no están bien controladas pueden producir un aborto, aunque es raro.

d. Incompetencia ístmica cervical:

La incompetencia ístmica cervical es cuando el cuello no se puede retener los contenidos del útero en su lugar y hay una dilatación del cuello sin dolor, generalmente luego de la semana catorce.

e. Defectos cromosómicos o anomalías:

La mayoría de los defectos cromosómicos o anomalías ocurren de manera azarosa y en la mayoría de los casos, no se diagnostican.

f. Trauma directo:

Un trauma severo y directo en el abdomen inferior puede dañar al útero y la placenta.

g. Mola hidatidiforme o embarazo molar:

En raras ocasiones, la placenta se desarrolla como una estructura llena de vesículas. Los síntomas de embarazo están a pesar de que no hay bebe. En contados casos, se puede desarrollar un cáncer luego de este tipo de embarazo.

h. Problemas inmunológicos:

A veces el sistema inmune de la madre no produce los anticuerpos necesarios para prevenir el retraso del bebe.

i. Trauma indirecto:

Los ejemplos de trauma indirecto son los problemas cardiacos, una pérdida importante de sangre o un shock.



FACULTAD DE ENFERMERÍA

j. Infecciones:

Infecciones por listeria, toxoplasmosis y otros pueden llevar a un aborto.

k. Anomalías uterinas:

Algunas mujeres nacen con el útero de una forma particular que las hace más propensas a tener abortos.

l. Embarazo ectópico:

Un embarazo ectópico es aquel que se desarrolla fuera del útero generalmente en las trompas de Falopio y ocasionalmente en otras partes de la pelvis. Esto produce sangrado, dolor abdominal y discomfort en la madre. Algunas mujeres no se dan cuenta que están embarazadas hasta que se diagnostica el embarazo ectópico. Los síntomas están generalmente presentes a las ocho semanas de embarazo. Si los síntomas están presentes, consulta al médico porque un embarazo ectópico no tratado pone en riesgo la vida.

Se necesita una cirugía para sacar el embarazo ectópico y a veces, cuando la trompa está rota, debe removerse también. El médico dirá el tiempo que requiere para recuperarse de la cirugía.

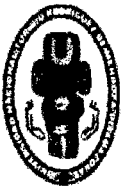
2.3 FACTORES DE RIESGO

Los riesgos de amenaza de aborto son más altos en:

- Mujeres mayores de 35 años
- Mujeres con antecedentes de tres o más abortos espontáneos
- Mujeres con enfermedad sistémica (como la diabetes o la disfunción tiroidea)

2.4 EPIDEMIOLOGÍA

La amenaza de aborto es una entidad nosocomial caracterizada por cólicos uterino y sangrado vaginal. El sangrado está representado por sangre roja, rutilante, escasa. Se considera que ocurre en el 25 % de todos los embarazos y casi la mitad de ellos terminan con expulsión fetal. El diagnóstico incluye la valoración de HCG, la cual tiene valores más bajos que los esperados para la edad gestacional, se complementa



FACULTAD DE ENFERMERÍA

con el estudio ecográfico. Lo primero a determinar en una amenaza de aborto es la confirmación del embarazo, a través de la vesícula gestacional, embrión o feto según la edad gestacional y seguidamente la dirección de los latidos fetales (LCF). La demostración ecográfica de un embrión que carece de de LCF es la evidencia más específica de muerte embrio-fetal.

Las pequeñas pérdidas de sangre en las primeras semanas del embarazo son normales, y significan que el embarazo se está asentando.

Como también pueden ser síntoma de un incipiente aborto la mujer se preocupa (como es lógico) y consulta a su médico.

Normalmente, este se examina, y confirma mediante una prueba de embarazo si este sigue su curso o si por el contrario ya se ha abordado.

En muchos casos, si está disponible y la embarazada lo está de más de 6 -8 semanas, se completa el estudio mediante la ecografía para ver si existe embrión y su vitalidad.

De forma general, alrededor del 20 al 30 % de las mujeres tienen hemorragias en algún momento de las primeras 20 semanas de su embarazo, y el 10-15 % aborta espontáneamente.

Dado que en más del 50 % de los abortos espontáneos no hay feto, o este tiene malformaciones graves, y en el 25 a 60 % suelen encontrarse anomalías cromosómicas incompatibles con la vida, se considera que el aborto es una forma de rechazo natural de un feto mal desarrollado.

Una vez que el examen del cuello uterino, la prueba del embarazo y la ecografía muestran que todo va bien la preocupación debe descender.

Durante unos días se suele manchar un poco más, pero si el sangrado no es profuso (signo mucho más claro de un posible aborto), lo único que se debe de hacer es permanecer en reposo y esperar.

Como consejos, guardar reposo, incluyendo la abstinencia de relaciones sexuales con penetración o excesivo esfuerzo físico.



FACULTAD DE ENFERMERÍA

2.5 FISIOPATOLOGÍA

La hormona Gonatropina Corionica Humana es una hormona glicoproteína que los trofoblastos comienzan a producir 8 a 9 días tras la fecundación. Llega a la sangre materna y se une a los receptores de la hormona luteinizante (LH) en las células del cuerpo lúteo. Aproximadamente en este momento, la concentración de LH comienza a bajar si no se produce la fecundación, el cuerpo lúteo sufre una involución y la menstruación tiene lugar en unos pocos días. También la HCG mantiene el funcionamiento del cuerpo lúteo y continuo estimulando su secreción de grandes cantidades de estrógenos y progesterona, de forma que el endometrio siga en un estado viable que mantenga las primeras etapas del desarrollo del embrión. Si el cuerpo lúteo involuciona antes de las 7 semanas y incluso hasta las 12 semanas de embarazo siempre se producirá una amenaza de aborto o un aborto.

2.6 CUADRO CLÍNICO

- cólicos abdominales con o sin sangrado vaginal
- Sangrado vaginal durante las primeras 20 semanas de embarazo (el último periodo menstrual se presentó hace menos de 20 semanas)

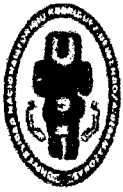
Nota: con el aborto espontáneo verdadero, típicamente se presenta lumbago o dolor abdominal (sordo o agudo, constante o intermitente) y se puede dar expulsión de tejido o material con apariencia de coágulos a través de la vagina.

2.7. SIGNOS Y EXÁMENES

El examen pélvico muestra un cuello uterino que no está ni adelgazado (borrado), ni abierto (dilatado). Cualquiera de las dos situaciones podría sugerir la posibilidad de que vaya a ocurrir un aborto espontáneo.

Otros exámenes abarcan:

Exámenes de beta GCH (cuantitativa) durante un periodo de días o semanas para confirmar si el embarazo continúa o el feto a muerto.



FACULTAD DE ENFERMERÍA

- CSC para determinar el grado de pérdida de sangre.
- GCH en suero para confirmar que la mujer este embarazada.
- Ecografía para detectar los latidos cardiacos fetales.
- Glóbulos blancos con formula leucocitaria para descartar la infección.

Esta enfermedad también puede cambiar los resultados de un examen de progesterona en suero.

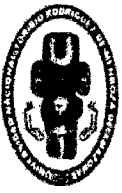
2.8. COMPLICACIONES

- Anemia
- Síndrome de feto muerto.
- Infección (ITU)

¿Por qué aparecen las infecciones urinarias en el embarazo?

Los cambios anatomicos y funcionales que ocurren durante el embarazo, guardan una relación directa con el aumento a la predisposición para las infecciones urinarias: los riñones aumentan de tamaño por aumento del flujo sanguíneo que deben filtrar y por lo tanto aumenta la longitud renal, la vejiga aparece congestiva y es desplazada de su sitio habitual, el aumento de la hormona progesterona produce relajación de la musculatura de la vejiga aparece congestiva y es desplazada de su sitio habitual, el aumento de la hormona progesterona produce relajación de la musculatura de la vejiga y de los uréteres, lo que lentifica el flujo de la orina, el útero comprime los uréteres, especialmente el del lado derecho, acumulando en los uréteres hasta 200ml de orina. Este estancamiento urinario favorece el crecimiento de la bacterias, se cambia el pH de la orina y se hace mas alcalino.

Otros factores que contribuyen para la multiplicación de bacterias es la mayor eliminación de proteínas por la orina conforme avanza la gestación. Durante el embarazo la bacteriuria adquiere otra importancia en la salud de la embarazada. El riesgo de que una bacteriuria se transforme en pielonefritis es de 1.4 % fuera del embarazo, mientras que en la gestación aumenta hasta el 28 %. Además de la importancia intrínseca que tiene una infección urinaria, en la embarazada aumenta



FACULTAD DE ENFERMERÍA

la frecuencia de anemia, eclampsia, partos prematuros, infección amniótica, y recién nacidos de bajo peso.

Por lo tanto la identificación y tratamiento precoz de la bacteriuria permite mejorar los resultados del embarazo. La infección urinaria es muy frecuente en el embarazo, siendo 5 veces más frecuente la fiebre por este motivo que las provocadas por infecciones virales.

- Pérdida de sangre moderada o severa.
- Aborto espontaneo

Se define al aborto espontaneo como la pérdida del embarazo, clínicamente reconocida antes de las 20 semanas de gestación

Este presenta la complicación más frecuente del embarazo y ocurre en el 10 al 15 % de las gestaciones.

La incidencia real de pérdida de embarazos es mucho mayor que la observada clínicamente. Los estudios con gonadotrofina corionica humana (GCH) mostraron que el porcentaje de pérdida de embarazos después de la implantación es del 30 al 40 %.

El aborto espontaneo, puede ser clasificado en las siguientes categorías:

- Amenaza de aborto.
- Aborto inevitable.
- Aborto incompleto
- Aborto diferido (muerte fetal intrauterina antes de las 20 semanas sin sangrado vaginal).
- Aborto recurrente.

En el embarazo con huevo anembrionico no se produce el desarrollo del embrión; su diagnostico se efectúa al no identificar actividad cardiaca o polo fetal en el ultrasonido a las 6-7 semanas de gestación; las alteraciones cromosómicas constituyen la causa mas común de esta alteración.



FACULTAD DE ENFERMERÍA

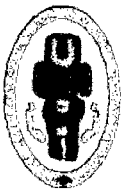
El aborto espontáneo recurrente ha sido definido como la verificación de 3 o más abortos espontáneos reconocidos clínicamente. Datos epidemiológicos indican que el riesgo de un aborto después de un aborto espontáneo es el 24%, pero asciende a un 40% después de 4 abortos espontáneos consecutivos.

La principal causa de (aborto espontáneo R) es la aberración cromosómica en uno o ambos miembros de la pareja. El error cromosómico, advierten, puede ser heredado o surgir de una mutación espontánea durante el desarrollo temprano del embrión.

En el 10 a 15% de los casos de aborto espontáneo R se han involucrado factores anatómicos, estos pueden ser divididos en congénitos y adquiridos. Los tabiques uterinos y los defectos relacionados con el uso de algunas hormonas son los factores congénitos que se asocian con mayor firmeza con el AR. También se han propuesto como causa de AR las alteraciones de la arteria uterina.

Entre los factores anatómicos adquiridos están las adherencias intrauterinas, los miomas, la endometriosis, adenomiosis y las cirugías tubarias (Salpingostomía e implantación útero-tubaria). En el caso de los miomas, se dice que su asociación con los abortos espontáneos R puede obedecer a factores mecánicos, tales como reducción de la irrigación sanguínea, alteración de la placentación y contracciones uterinas que determinan la expulsión fetal. Se cree que el aborto espontáneo R en mujeres con endometriosis puede deberse a la secreción de toxinas o a una mayor producción de prostaglandinas, que generan contracciones uterinas y alteraciones hormonales. Sin embargo, no se sabe si el aborto es ocasionado por la endometriosis o por mecanismo inmunológicos indirectos.

Evidencias recientes sugieren, además, que la incapacidad del embrión para estimular la secreción de esteroides ováricos, o de estos para responder a dicho estímulo, puede ser también causa de la insuficiencia lútea. Otros factores endocrinos implicados en el aborto espontáneo R incluyen función tiroidea alterada



FACULTAD DE ENFERMERÍA

(Hipotiroidismo), diabetes mellitus, síndrome de ovario poliquístico e hipersecreción de prolactina.

El síndrome de ovario poliquístico, es una afección caracterizada por la secreción inadecuada de hormona luteinizante, postulada como responsable del aborto espontáneo R al producir la ovulación prematura de un ovocito inmaduro, hipersecreción de andrógenos, alteración de la secreción de estrógenos y prostaglandinas, hiperinsulinemia y asincronía del endometrio. Distintos factores infecciosos han sido asociados con el aborto espontáneo R, y estudios recientes presumen su participación en el 5% de los casos.

Antes de analizar una posible relación causa-efecto con un microorganismo este debe ser hallado en la madre, el feto y la placenta. Los micoplasma, son los organismos más comúnmente vinculados al aborto espontáneo R. Algunas infecciones del cuello uterino causadas por *chlamydia trachomatis*, se relacionan con abortos durante el segundo trimestre, y con la ruptura prematura de membranas. Otras bacterias implicadas incluyen *Streptococcus* de grupo B; en cuanto a los virus, pueden estar involucrados el citomegalovirus, el herpes virus, parovirus, el virus de la rubéola y el de la varicela.

También se vincula el aborto espontáneo R con infecciones por listeriosis, toxoplasmosis, brucelosis y psitacosis, entre otras. Se han formulado diversas teorías inmunológicas para explicar el aborto espontáneo, y se especula que el aborto puede ser ocasionado por una perturbación de la tolerancia inmunológica materna al producto. Si bien se han propuesto 4 mecanismo humorales para el aborto espontáneo R, indican que solo los anticuerpos antifosfolípidos (Anticardiolipina) pueden relacionarse con el aborto espontáneo R.

Entre las complicaciones obstétricas vinculadas con la presencia de anticuerpos antifosfolípidos mencionan al aborto espontáneo R, la rotura prematura de



membranas, el retardo del crecimiento intrauterino, la preeclampsia y la muerte fetal intrauterina.

Los mecanismos fisiopatológicos que se proponen como responsables de esta causa inmunológicos del aborto espontáneo R son la producción de fenómenos de vasoconstricción y trombosis y la alteración paqueteria y fibrinolítica, entre otros. Algunas investigaciones han sugerido que las mujeres con anticuerpo IgG circulantes contra el espermatozoide de su esposo, detectan un riesgo mayor de aborto espontáneo.

Otras posibles causas del aborto espontáneo, tanto recurrente como esporádico, incluyen factores ambientales (exposición crónica a tetracloruro de carbono, solventes y metales pesados), factores farmacológicos (antiprogesterona, antagonista del ácido fólico, antineoplásicos, anticonvulsivos) y enfermedades maternas (lupus eritematoso sistémico y enfermedades renales, cardíacas y hematológicas).

Si bien el momento exacto para iniciar el estudio de las parejas con aborto espontáneo es controvertido, se recomienda efectuarlo luego de 2 abortos espontáneos, en especial si la pérdida tuvo lugar antes del desarrollo cardíaco fetal, si las pacientes tienen más de 35 años o si se trata de parejas con dificultades para concebir o muy ansiosas por iniciar la evaluación.

Al comenzar los estudios, indican, en primer lugar se debe aconsejar a la pareja que evite la concepción durante al menos 2 ciclos menstruales luego del aborto espontáneo. Durante este período se realizará una evaluación preconcepcional, de antecedentes obstétricos, examen físico, estudios citogenéticos en leucocitos de sangre periférica (para determinar cariotipo), evaluación anatómica (con histerisalpingografía y ecografía), evaluación endocrina (con biopsia de endometrio para detectar defectos de la fase lútea, y determinación de LH y hormonas tiroideas), niveles de anticuerpos antifosfolípidos y prueba para el lupus.



FACULTAD DE ENFERMERÍA

Una vez que el embarazo se ha establecido, los autores recomiendan realizar un cuidadoso control, para confirmar que la implantación es intrauterina, ya que en las mujeres con aborto espontáneo se observa mayor incidencia de embarazo ectópico y gestaciones molares, así como de retardo de crecimiento intrauterino, nacimiento pretérmino, productos de bajo peso al nacer y preeclampsia.

Algunas determinaciones hormonales que pueden ayudar a predecir el éxito o el fracaso del embarazo incluyen los valores de gonadotropina coriónica humana. Beta-estradiol y progesterona, la ausencia de cuyo incremento en análisis seriados se asocia con cariotipo anormal.

En mujeres embarazadas con antecedentes de aborto espontáneo aconsejan realizar estudios del cariotipo fetal, mediante un muestreo de vellosidades coriónicas o amniocentesis. Finalmente, es beneficioso proporcionar a estas parejas un oportuno apoyo psicológico.

2.9 TRATAMIENTO

2.9.1 Tratamiento Preventivo.

Algunos estudios muestran que las mujeres que reciben atención prenatal tienen mejores resultados en sus embarazos, para ellas mismas y para sus bebés. La atención prenatal temprana y completa disminuye el riesgo de un aborto espontáneo.

Es mejor encontrar y tratar los problemas de salud antes de quedar embarazada que esperar hasta que la persona ya esté en embarazo. De igual manera, el hecho de evitar los peligros del medio ambiente, como los rayos X y las enfermedades infecciosas, también disminuye el riesgo de aborto espontáneo a comienzos del embarazo.

El aborto espontáneo no es prevenible si el feto muere. De hecho es importante que, en tales casos el útero expulse todos los contenidos. Por otra parte, un aborto retenido se presenta cuando el feto muerto no es expulsado.



FACULTAD DE ENFERMERÍA

del útero y cuando solo parte del feto muerto es expulsado, se denomina un aborto incompleto.

2.9.2 Tratamiento de Apoyo.

Se recomienda el reposo en cama o el reposo pélvico (Abstenerse de relaciones sexuales, duchas vaginales, uso de tampones), aunque no hay evidencia que muestre que esto realmente reduzca la tasa de abortos espontáneos. El uso progesterona es controvertido. Esta podría relajar los músculos lisos, incluyendo los músculos del útero; sin embargo, también podría aumentar el riesgo de un aborto incompleto o de un embarazo anormal. A menos que haya una insuficiencia luteínica, no se debe usar la progesterona.

2.9.3 Farmacoterapia.

La progesterona desempeña un papel fundamental en la preparación del útero para la implantación del óvulo recientemente fertilizado. Se ha sugerido que algunas mujeres que experimentan abortos espontáneos pueden no producir progesterona suficiente; por lo tanto, al administrar progesterona exógena es posible que el aborto espontáneo pueda evitarse. En Vietnam, donde desde 1960 el aborto inducido está disponible cuando se lo solicita, el aborto inseguro y el aborto espontáneo si guíen siendo en conjunto la cuarta causa de mortalidad materna. Los médicos de Vietnam prescriben ampliamente progestágenos para el tratamiento de la amenaza de aborto espontáneo. El uso generalizado de progestágenos no se limita a los lugares de escasos recursos. En Francia, por ejemplo, la progesterona es uno de los fármacos que se recetan con mayor frecuencia durante el embarazo y en Italia a prácticamente un tercio de las mujeres con amenaza de aborto espontáneo se les receta progestágenos.

A diferencia de lo que sucede en los países desarrollados, la mayoría de los profesionales de atención de salud y los planificadores de políticas de los

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

países en desarrollo no pueden acceder fácilmente a la información confiable y actualizada en atención sanitaria efectiva. Por lo tanto, es probable que en los países en desarrollo la extensión del uso de progestágenos durante el embarazo sea mucho mayor que en los países desarrollados.

La amenaza de aborto espontáneo, el diagnóstico clínico más común que requiere tratamiento con progestágenos, se analizó por separado en otra revisión que incluye solo 84 participantes de dos estudios de metodología un tanto deficiente. No hubo evidencia de la efectividad de la progesterona administrada por vía vaginal en la reducción del riesgo de aborto espontáneo para las mujeres con amenaza de aborto espontáneo. La amenaza de aborto espontáneo es el trastorno en el cual una madre presenta el riesgo de perder su embarazo antes de las 23 semanas de gestación. Los signos son hemorragia vaginal, con o sin dolor abdominal, mientras el cuello uterino comienza a dilatarse, el aborto y la pérdida del embarazo son inevitables. El aborto espontáneo es frecuente, ocurre aproximadamente del 15 al 20% de los embarazos y puede provocar problemas emocionales tales como depresión, trastornos del sueño, ira, etc. El aborto espontáneo también puede asociarse con hemorragia excesiva y shock. En los países de bajos ingresos, a menudo ocasiona la muerte de la madre, pero este resultado es muy raro en los países de altos ingresos. El progestágeno es una hormona esencial para restablecer y mantener el embarazo y por consiguiente es considerado como un tratamiento posible para la amenaza del aborto espontáneo. La revisión de ensayos encontró solo dos estudios, que incluyeron a 84 mujeres y que a pesar de cumplir con los criterios de ingreso. En consecuencia, no existen pruebas suficientes para evaluar si el progestágeno constituye un tratamiento eficaz para la amenaza de aborto. Los estudios futuros no solo deben considerar la posible repercusión de comprobar la ausencia de efectos adversos sobre el recién nacido.



FACULTAD DE ENFERMERÍA

III. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

3.1 VALORACIÓN

3.1.1 SITUACIÓN PROBLEMA

Paciente adulta de sexo femenino de 27 años de edad hospitalizada el 18/01/10 el servicio de Ginecología en el ambiente 212 C en el Hospital Regional “Virgen de Fátima” de la ciudad de Chachapoyas.

A la observación presenta:

Paciente se encuentra en su unidad en reposo absoluto con una vía clampada en miembro superior izquierdo, se muestra un poco entusiasmada a la llegada de mi persona. Se encuentra LOTEPE, ARENG, AREH, piel pálida, preocupada, pabellón auricular sucio, presencia de seborrea, caries dental y además se observo que utilizaba una mala técnica del cepillado dental.

Al control de Funciones Vitales presenta:

T: 36.4° **P:** 64 x min. **FR:** 22xmin. **P/A:** 100/50mmHg

Medidas Antropométricas:

Peso: 44Kg **Talla:** 1.53cm **IMC:** 18.8%

Al interrogatorio la paciente refiere:

Que hace dos días presentaba dolor leve bajo el vientre y la cintura y viene por consultorio externo a la cual le dijeron que tenía una infección urinaria y el médico le dice que no tiene nada tras el examen de orina completo y entonces decide regresar a su casa pero seguía con los dolores leves. El lunes regresa por emergencia presentando dolores más fuertes y hemorragia vaginal. A la cual la hemorragia fue de color rojo oscuro. Y la deciden hospitalizar. Además refiere que su cabello se está cayendo, tener poco apetito, aburrida, cansada de estar



FACULTAD DE ENFERMERÍA

acostada, preocupada porque tiene miedo a perder a su bebe porque ya a perdido el 2003. Nos resalta también que se hacia higiene vaginal con agua y jabón y además refiere que no sabe manejar algunas molestias que se presentara durante el embarazo.

Diagnósticos médicos:

- Gestante del primer trimestre de 8 semanas.
- Hematoma subcorionico.
- Amenaza de aborto.

Antecedente personal:

- Un aborto de 2 meses el 2003
- F.U.R: 18/11/09
- F.P.P: 25/08/10

Antecedente familiar

- Padre operado de vesícula.

3.1.2 DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

- **Nombre del paciente:** D. C, Y
- **Fecha de ingreso:** 18/01/10
- **Fecha de egreso:** 22/01/10
- **Dirección:** Jr. Santa Lucia 139
- **Distrito:** Chachapoyas
- **Religión:** católica
- **Fecha de nacimiento:** 29/04/82
- **Lugar de nacimiento:** Jumbilla.
- **Procedencia:** Chachapoyas.

3.1.3 EXAMEN FÍSICO

3.1.3.1 CABEZA



FACULTAD DE ENFERMERÍA

- ❖ **Simetría:** simétrica
- ❖ **Forma:** ovalada.
- ❖ **Cabello y cuero cabelludo:** elástico con distribución
Uniforme, se cae el cabello, presencia de seborrea.
- ❖ **Lesiones:** Ausencia de lesiones, cicatrices.

3.1.3.2. CARA

- ❖ **Forma:** redondeada.
- ❖ **Simetría:** simétrica.
- ❖ **Fascies:** Normocromicas presenta pequeñas cantidades de cloasma.
- ❖ **Lesiones:** no lesiones.
- ❖ **Cicatrices:** ausencia de cicatrices.

3.1.3.3 OJOS.

- ❖ **Cejas y pestañas:** color negras, distribución uniforme con buena implantación.
- ❖ **Parpados:** normales.
- ❖ **Pupilas:** isocóricas, fotoreactivas.
- ❖ **Conjuntivitis:** Sonrosada.
- ❖ **Escierótica:** blanca, no manchas.

3.1.3.4. IODO

- ❖ **Pabellón auricular:** simétricas, alineadas al Angulo externo del ojo, permeables, presencia de secreciones.
- ❖ **Agudeza auditiva:** sonidos se escuchan normales en ambos iodod.

3.1.3.5. NARIZ

- ❖ **Forma:** respingada.
- ❖ **Simetría:** simétricas, permeables, ausencia de secreciones.

3.1.3.6. CAVIDAD ORAL Y OROFARINGE:

Labios:

- ❖ **Simetría:** labio superior e inferior proporcionales.
- ❖ **Color:** Rosado.



FACULTAD DE ENFERMERÍA

- ❖ **Humedad:** turgentes y húmedas.
- ❖ **Dientes y encías:** falta de una de una pieza dentaria superior izquierda.
- ❖ **Lengua:** íntegras, no lesiones, móvil.
- ❖ **Reflejos nauseosos:** presentes.

3.1.3.7. CUELLO

- ❖ **Simetría:** corto y cilíndrico.
- ❖ **Movimientos:** de extensión presentes
- ❖ **Pulso carotideo:** presentes

3.1.3.8 TORAX Y PULMONES

- ❖ **Simetría:** simétrica.
- ❖ **Forma:** Elíptica.
- ❖ **Respiración:** Rítmica, frecuencia 22 por minuto.
- ❖ **Pulmones:** Aire pasa bien a ambos hemitorax.
- ❖ **Sonidos respiratorios:** Murmullo vesicular presente, no ruidos sobre agregados.

3.1.3.9. CORAZON

- ❖ **Frecuencia Cardíaca:** 64 por minuto.
- ❖ **Ritmo:** Regular y rítmico.

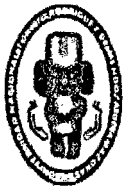
3.1.3.10. MAMAS

- ❖ **Tamaño:** Medianas con presencia de estrías.
- ❖ **Simetría:** Simétricas.

A la palpación no presenta ganglios, nódulos y no refiere dolor.

3.1.3.11. ABDOMEN

- ❖ **Contorno abdominal:** Redondeado, blando, sensible a la palpación superficial.
- ❖ **Simetría:** Simétrico.
- ❖ **Características de la piel:** No lesiones, no hay presencia de estrías en contorno abdominal.
- ❖ **Peristaltismo:** 5 minutos.



FACULTAD DE ENFERMERÍA

- ❖ **Cicatrices:** No cicatrices.
- ❖ **Útero:** Útero grávido ocupado por feto único.

3.1.3.12. GENTALES.

- ❖ **Integridad:** Integra.
- ❖ **Monte de Venus:** Piel cubierta por triángulo invertido de bello rizado.
- ❖ **Labios mayores:** Se encuentran unidos, blandos y húmedas.
- ❖ **Perineo:** Normales sin lesiones.

3.1.3.13. RECTO Y ANO

- ❖ **Región perianal:** Integra.
- ❖ **Esfínter:** Integro.

3.1.3.14. SISTEMA MUSCULO ESQUELETICO

- ❖ **Simetría:** Simétrico.
- ❖ **Posición:** Erguida.
- ❖ **Marcha:** Reposo absoluto.
- ❖ **Movilidad:** Extremidades inferiores y superiores proporcionales al cuerpo, buena marcha. No hay presencia de edema en miembros superiores e inferiores.

3.1.3.15. SISTEMA NERVIOSO

Estado mental:

- **Lenguaje:** Claro, sencillo y comprensible.
- **Orientación:** Orientada en tiempo, espacio y persona.

Pares craneales:

- **Para olfatorio:** Paciente identifica el olor del perfume.
- **Par óptico:** Paciente no reconoce los colores básicos como: rojo, amarillo y azul.
- **Par motor ocular común:** Presencia de reacción pupilar.
- **Par patético:** Paciente direcciona la mirada (arriba, abajo, a los costados).
- **Par trigémino:** Presencia de reflejo corneano.



FACULTAD DE ENFERMERÍA

- **Par motor ocular externo:** Paciente direcciona la mirada (arriba, abajo a los costados).
- **Par facial:** Paciente sonríe muy alegre.
- **Par auditivo:** Escucha el segundero del reloj en ambos oídos.
- **Par glossofaríngeo:** Presencia de reflejo nauseoso.
- **Par vago:** Elevación de la úvula en el paladar blando.
- **Par espinal:** Elevación de hombros.
- **Par hipogloso:** Movimiento de la lengua a los lados

3.2 DIAGNÓSTICO

3.2.1 CLASIFICACIÓN DE DATOS PROBLEMA

DATOS DEL PROBLEMA	CONFRONTACIÓN CON LA LITERATURA	FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO
<p>• Dolor en hipogastrio con irradiación hacia la espalda.</p>	<p>Dolor: El dolor es definido como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión tisular real o potencial.</p> <p>El dolor agudo es la consecuencia inmediata de la activación de los sistemas nociceptivos por una noxa. Tiene función de protección biológica (Alarma a nivel del tejido lesionado). <i>Los síntomas psicológicos son escasos y limitados a una ansiedad leve.</i> Es un dolor de naturaleza nociceptiva y aparece por la estimulación química, mecánica o térmica de nociceptores.</p>	<p>Alteración del patrón comodidad y confort: Dolor leve R/C Estimulación nociceptiva A por la bradicinina, histamina, serotoninas S/A Amenaza de Aborto M/P Escala del dolor 3 puntos y la paciente refiere dolor bajo vientre y cintura.</p>



FACULTAD DE ENFERMERÍA

En respecto al primero producen fenómenos inflamatorios que dan lugar a la liberación de sustancias con gran capacidad para estimular los receptores

(Quinina, bradiquinina, histamina, serotonina, radicales de oxígeno, citocinas y prostaglandinas).

En el músculo, los nociceptores A responden a contracciones mantenidas del músculo y los de tipo C, responden a la presión, calor e isquemia muscular.

Nociceptores Viscerales: La mayor parte son fibras amielínicas. Existen de dos tipos: Los de alto umbral, que solo responden a estímulos nocivos intensos, y los inespecíficos que pueden responder a estímulos inocuos o nocivos.

Ansiedad:

- Paciente se encuentra preocupada ante su embarazo; su enfermedad y aburrida de estar acostada y del hospital.

La ansiedad es un sentimiento difuso, subjetivo asociado a incomodidad, impotencia, inseguridad y aislamiento.

Es un estado de aprehensión, desasosiego, agitación, incertidumbre y temor resultante de la previsión de alguna amenaza o peligro.

Alteración del patrón emocional: Ansiedad R/C Proceso de la enfermedad S/A Amenaza de aborto M/P Señorita tengo miedo a perder mi bebé.



FACULTAD DE ENFERMERÍA

Infección Urinaria:

- Paciente refiere haber tenido secreción vaginal de color amarillo; dolor hipogastrio que se irradia a la espalda.

El primer paso en la patogénesis de una ITU es la colonización de la uretra distal y vestíbulo vaginal por microorganismos patógenos. El reservorio de estos gérmenes es el tracto gastrointestinal, debido a la proximidad en la mujer del ano a la uretra. En la mujer la uretra es corta y permite el paso de gérmenes hacia la vejiga, en especial durante el coito: en el varón la uretra tiene mayor longitud y junto a las propiedades bactericidas de la secreción prostática se evita el ascenso de microorganismos.

Riesgo de Infección R/C Ruptura de vasos capilares A/A Hematoma Subcoriónico.

Las ITU usualmente son causadas por E.coli, las bacterias que se encuentran normalmente en el tracto digestivo y en la piel alrededor de las áreas del recto de la vagina. Cuando las bacterias entran a la uretra, pueden avanzar hacia la vejiga y causar una infección.

Déficit de Conocimiento:

- Falta de información sobre las posibles molestias de Estado en que el individuo y su entorno carecen de los conocimientos o la información específica necesaria para el Déficit de conocimientos de Salud R/C Falta de información sobre las molestias del embarazo



FACULTAD DE ENFERMERÍA

su embarazo. mantenimiento o la reparación de la salud. La falta de conocimiento del paciente sobre su enfermedad y en especial sobre sus síntomas, puede ocasionar un diagnóstico tardío y retraso en el inicio del tratamiento. Esto implica un mayor riesgo de daño estructural de las articulaciones, una disminución de la calidad de vida, que a su vez afecta a la vida laboral de los pacientes y aumento del gasto sanitario.

M/P Paciente refiere que no sabe como actuar ante las posibles molestias de su embarazo.

Caries Dental:

• Paciente tiene caries dental en pieza dentaria superior izquierda, tiene una mala técnica del cepillado.

Es una enfermedad multifactorial que se caracteriza por la destrucción de los tejidos duros del diente como consecuencia de la desmineralización provocada por los ácidos que generan la placa bacteriana a partir de los restos de los alimentos, que se exponen a las bacterias (Streptococo Mutans) que fabrican ese ácido de la dieta, destrucción química dental se asocia a la ingesta de azúcares y ácidos contenidos en bebidas y alimentos, la caries dental se asocia también a errores en las técnicas de higiene así como pastas dentales inadecuadas , abuso de cepillado dental ausencia de hilo dental,

Alteración de la Integridad de la cavidad bucal R/C Invasión de agentes patógenos M/P Pieza dentaria superior izquierda, tiene una mala técnica del cepillado.



FACULTAD DE ENFERMERÍA

así como también con una etiología genética, se estudia aún la influencia del PH de la saliva en relación a la caries. Tras la destrucción del esmalte ataca a la dentina y alcanza la pulpa dentaria produciendo su inflamación, pulpitis y posterior necrosis (muerte pulpar).

Microorganismo + Sacarosa



Ácido Láctico = del PH



Placa ácida



Disolución de los cristales del esmalte.

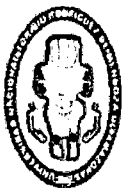
Afectación de la dentina.

- Paciente refiere tener apetito disminuido, náusea y vómito.

Nauseas y Vómito:

Se produce durante los tres o cuatro primeros meses de embarazo. Son provocados por cambios en el funcionamiento del aparato digestivo de la mujer. Estos cambios son producto de

Alteración del patrón nutricional: Déficit R/C
Aumento de la hormona gonatropina coriónica S/A
Proceso gestacional M/P
Paciente refiere tener



FACULTAD DE ENFERMERÍA

	la aparición de las hormonas placentarias, especialmente la gonatropina coriónica y la progesterona. Estas hormonas hacen que el proceso digestivo sea mucho más lento y por esta razón los alimentos permanecen más tiempo en el estómago.	apetito disminuido, náusea vómito.
--	---	------------------------------------



3.3 PLANIFICACIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	CRITERIO DE RESULTADO	INTERVENCIÓN ENFERMERÍA	DE	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
1. Alteración del patrón comodidad y confort: Dolor leve R/C Estimulación nociceptiva A por la bradicinina, histamina, serotoninas S/A Amenaza de Aborto M/P Escala del dolor 3 puntos y la paciente refiere dolor bajo	• Restaurar progresivamente la comodidad y confort de la paciente.	• El paciente manifiesta ausencia del dolor.	1) Control de funciones vitales: (F.R, FC, P/A). 2) Pedir a la paciente que valore su dolor (0 al 10) antes y después de la administración de la		1. Los pacientes manifiestan y expresan el dolor de diferentes maneras; algunos son reacios a quejarse oralmente de dolor o pedir analgésicos, los signos objetivos pueden alertar al enfermero del dolor del paciente. 2. Una escala objetiva puede ayudar a analizar la experiencia subjetiva del dolor y así poder actuar de acuerdo al grado.



vientre y cintura.

tratamiento según indicación
médica.

3) Reposo absoluto.

3. Mediante el reposo absoluto inhibirá las contracciones uterinas por ende disminuirá el dolor y la hemorragia.

4) Explicar y ayudar a utilizar medidas incruentas y no farmacológicas para aliviar el dolor como: distracción, ejercicio de respiración y postura adecuada.

4. Estas medidas pueden ayudar a evitar que los estímulos dolorosos alcancen los centros cerebrales más altos mediante el reemplazo de los mismos por otros estímulos. La relajación disminuye la tensión muscular y la frecuencia cardíaca y puede mejorar el volumen sistólico y



REPUBLICA DE GUATEMALA
 MINISTERIO DE SALUD
 INSTITUTO GUATEMALTECO DE INVESTIGACIONES Y ENSEÑANZA EN SALUD
 INSTITUTO DE INVESTIGACIONES Y ENSEÑANZA EN SALUD



<p>2. Alteración del patrón emocional: Ansiedad R/C Proceso de la enfermedad S/A Amenaza de aborto M/P Señorita tengo miedo a perder mi</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Disminuir progresivamente la ansiedad del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente manifiesta menos preocupación sobre su proceso de enfermedad. 	<p>5) Enseñar al paciente a utilizar los brazos y piernas para desplazar el peso corporal al levantarse de la cama.</p> <p>6) Establecer empatía enfermera paciente.</p>	<p>aumentar la sensación del control del dolor.</p> <p>5. La utilización de los músculos de los brazos y piernas puede reducir la tensión de la espalda y vientre y así evitar el dolor.</p> <p>6. Mediante la empatía tendremos una buena comunicación interpersonal, permite un entendimiento sólido y fundamental para comprender la profundidad del mensaje.</p>
--	---	--	--	--



bebé.

7) Valorar el estado de ansiedad.

7. Mediante la valoración sobre que tan ansiosa se encuentra mi paciente y poder actuar.

8) Ayudar al paciente afrontar las consecuencias de la experiencia del dolor.

8. Estas medidas pueden ayudar a reducir la ansiedad y recupere la sensación de control, alterado por una expansión dolorosa.

- Animar al paciente a hablar de su experiencia.
- Aclarar cualquier concepto erróneo que todavía pueda tener el paciente.
- Alabar al paciente por su



fortaleza y conducta

9) Ayudar al paciente a reducir la ansiedad:

- Dar tranquilidad y confort.
- Expresar comprensión y empatía.

10) Animar a la familia y amigos a hablar de sus preocupaciones.

9. Una paciente con ansiedad tiene un campo de percepción cerrada y la capacidad para aprender disminuye. La

ansiedad tiende a autolimitarse atrapando al paciente en un espiral creciente de ansiedad, tensión y dolor emocional y físico.

10. Hablar permite compartir y suministra al cuidador una oportunidad para corregir sus errores.



3. Alteración del patrón nutricional: Déficit R/C Aumento de la hormona gonatropina coriónica S/A
Proceso gestacional M/P Paciente refiere tener apetito disminuido, náusea vómito.

• Mejorar el patrón nutricional.

- El paciente conocerá las causas por las que se producen este tipo de vómitos y Náuseas.
- Manifestará sentirse cómodo tras la aplicación

11) Alentar al paciente para que utilice técnica de relajación mediante la respiración de: 6, por 6, por 6, por 6.

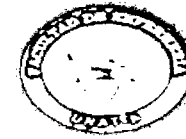
12) Valorar el estado nutricional mediante el IMC: Peso y Talla.

13) Explicar a la paciente que las náuseas y vómitos desaparecen después de las 14 semanas de gestación.

11. Esta técnica aumenta la sensación de control que el paciente tiene sobre las respuestas del cuerpo al estrés.

12. Mediante el índice de masa corporal se evaluará el estado nutricional.

13. Mediante la orientación la paciente estará concientizada y por ende disminuirá las náuseas y vómitos.



de las medidas de
apoyo.

14) Orientar sobre que evite los
alimentos grasos y condimentados.

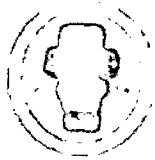
14. Los alimentos grasos y condimentados son los que menos se digieren por la disminución de la secreción gástrica de ácido clorhídrico y pepsina.

15) Orientar que coma galletas
secas y no saladas.

15. Es recomendable comer un par de galletas para elevar el azúcar en la sangre y esperar unos minutos antes de levantarse de la cama.

16) Orientar que consuma
alimentos ricos en proteínas.

16. El objetivo es de aportar todos los nutrientes necesarios



tanto para la madre como para el futuro bebé.

17) Orientar que tome líquidos entre comidas.

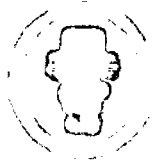
17. Los líquidos entre comidas ayudan a metabolizar los alimentos y evitar la deshidratación.

18) Orientar que tome complementos y vitamina B6 según indicación médica.

18. El consumo de Vit. B6 ayuda en el proceso de producción de ácido clorhídrico en el estomago y interviene en la transformación de hidratos de carbono y grasas en energía para el organismo.



<p>4. Alteración de la Integridad de la cavidad bucal R/C Invasión de agentes patógenos bucal M/P Pieza dentaria superior izquierda, tiene una mala técnica del cepillado izquierda, tiene una mala técnica</p>	<ul style="list-style-type: none">• Mantener una adecuada higiene bucal.	<ul style="list-style-type: none">• Paciente evidenciará una adecuada higiene bucal.	<p>19) Orientar sobre que dé paseos al aire libre.</p> <p>20) Evaluar la cavidad bucal.</p> <p>21) Orientar sobre el consumo de dulces lo necesario.</p>	<p>19. El paseo por el aire libre ayuda a la paciente a relajarse y así disminuir las náuseas y vómito.</p> <p>20. Al evaluar la cavidad detectaremos en que condición se encuentra las piezas dentarias.</p> <p>21. Mediante la disminución del consumo de dulces, el microorganismo no producirá ácido láctico y por ende no</p>
---	--	--	--	--



del cepillado.

disminuirá el PH y no producirá disolución de los cristales del esmalte y la afectación de la dentina.

22) Dar una demostración sobre la técnica correcta del cepillado.

22. Mediante un buen cepillado no habrá restos alimentarios la cual no producirá ácido y por ende no se producirá la desmineralización y por lo cual no habrá destrucción de los tejidos.

23) Orientar sobre una consulta al odontólogo.

23. Una visita a su dentista regularmente e para reducir los problemas dentales que



acompañan al embarazo.

4. Déficit de conocimientos de Salud R/C Falta de información sobre las molestias del embarazo M/P Paciente refiere que no sabe como actuar ante las posibles molestias de su embarazo.

- Brindar oportunamente información adecuada sobre la enfermedad.

• La paciente es concientizada sobre las molestias del embarazo.

24) Evaluar que tanto conoce sobre qué hacer ante las posibles molestias del embarazo.

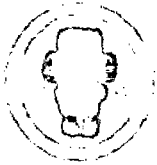
25) Orientar sobre qué hacer con las molestias del cambio de humor.

26) Orientar sobre qué hacer con las molestias de la dorsalgia.

24. Al evaluar cuanto conoce sobre las molestias se orientará sobre los cuidados.

25. Mediante esta orientación a su pareja y/o familia se conseguirá que se apoyen mutuamente y por ende un desarrollo de embarazo feliz.

26. Mediante esta orientación la gestante estará preparada para afrontar una dorsalgia.



27) Orientar sobre qué hacer con las molestias de las cefaleas.

28) Orientar sobre qué hacer cuando comienza a aparecer el edema.

29) Orientar sobre qué hacer con la molestias los mareos y vértigo.

27. Mediante esta orientación la gestante estará preparada para afrontar una cefalea y adónde acudir en caso que es grave.

28. Mediante esta orientación la gestante estará preparada para afrontar un edema y adónde acudir en caso que es grave

29. Mediante esta orientación la gestante estará preparada para afrontar los mareos y vértigos y adónde acudir en



caso que es grave.

5. Riesgo de Infección urinaria R/C Ruptura de vasos capilares A/A Hematoma Subcoriónico.

- Evitar las infecciones urinarias.
- Paciente no presentará signos y síntomas de infección urinaria.
- Paciente reconoce las medidas para evitar una infección urinaria.

30) Control de funciones vitales.

31) Hacer lavado de manos y demostración.

32) Orientar sobre la higiene perineal.

30. Al control de funciones vitales detectaremos algún signo de alarma y actuar rápidamente.

31. El objetivo del lavado de manos es reducir la flora residente y también remover las bacterias.

32. Mediante una buena higiene perineal vamos a prevenir una contaminación hacia la vagina y prevenir una infección.



33) Orientar sobre el cumplimiento del tratamiento en casa. (Amoxicilina 500mg c/6h).

33. El cumplimiento del tratamiento va a prevenir una recaída y una reinfección. La amoxicilina actúa inhibiendo la última etapa de la síntesis de la pared celular bacteriana uniéndose a una proteína específica llamada PBP (Penicillin-binding Proteins) localizada en la pared celular. Al impedir que la pared celular se construya correctamente, la amoxicilina ocasiona en último término la lisis de la bacteria y su muerte.

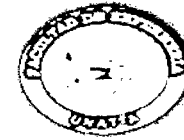


34) Orientar sobre el consumo de agua de 2-3 litros al día.

34. Mediante el consumo de agua la eliminación por la orina será más abundante, lo que contribuye a depurar el cuerpo de toxinas, reduciendo la posibilidad de que se produzca cálculos renales e infecciones de orina o cistitis, problemas relativamente frecuentes entre las mujeres embarazadas.

35) Orientar sobre el vaciamiento de la vejiga cuando tenga la necesidad.

35. El vaciamiento evita la distensión de la vejiga y por ende no causará la disminución del flujo sanguíneo de la mucosa y la submucosa y de los



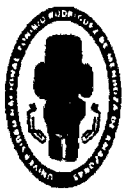
tejidos no se convectirán en susceptibles a la bacteria.

36) Orientar sobre el uso de ropa interior de algodón y no ajustado.

36. La ropa interior de algodón retiene menos humedad y al no estar ajustada el perineo necesita ventilación para conservarse seco y limpio.

37) Orientar sobre un consumo de dulces lo necesario

37. Los dulces favorecen el desarrollo de las bacterias.



FACULTAD DE ENFERMERÍA

3.4 EJECUCIÓN

DIAGNÓSTICO	FECHA	ACTIVIDADES REALIZADAS	RESULTADOS OBTENIDOS.
<p>1. Alteración del patrón comodidad y confort: Dolor leve R/C Estimulación nociceptiva A por la bradicinina, histamina, serotoninas S/A Amenaza de Aborto M/P Escala del dolor 3 puntos y la paciente refiere dolor bajo vientre y cintura.</p>	22/01/10	<p>A. Control de funciones vitales: (F.R, FC, P/A).</p> <p>B. Se pidió a la paciente que valore su dolor (0 al 10) antes y después de la administración de la tratamiento según indicación médica.</p> <p>C. Reposo absoluto.</p> <p>D. Se explicó y ayudar a utilizar medidas incruentas y no farmacológicas para aliviar el dolor como: distracción, ejercicio de respiración y postura adecuada.</p> <p>E. Se enseñó al paciente a utilizar los brazos y piernas para desplazar el peso corporal al levantarse de la cama.</p>	Las actividades se ejecutaron logrando una disminución del dolor.
<p>2. Alteración del patrón emocional: Ansiedad R/C Proceso de la enfermedad S/A</p>		<p>F. Se entabló empatía enfermera paciente.</p> <p>G. Se valoró el estado de ansiedad.</p>	Las actividades se ejecutaron logrando una disminución del dolor.



FACULTAD DE ENFERMERÍA

Amenaza de aborto

M/P Señorita tengo miedo a perder mi bebé.

24/01/10

H. Se ayudó al paciente afrontar las consecuencias de la experiencia del dolor.

- Se animó al paciente a hablar de su experiencia.

- Se aclaró cualquier concepto erróneo que todavía pueda tener el paciente.

- Se alabó al paciente por su fortaleza y conducta.

I. Se ayudó al paciente a reducir la ansiedad:

- Dar tranquilidad y confort.

- Expresó comprensión y empatía.

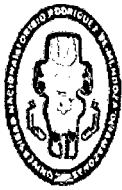
- Animó a la familia y amigos a hablar de sus preocupaciones.

J. Se alentó al paciente para que utilice técnica de relajación mediante la respiración de: 6, por 6, por



FACULTAD DE ENFERMERÍA

6, por 6.		
3. Riesgo de Infección R/C		
Ruptura de vasos capilares A/A	22/01/10	K. Se Controló las funciones vitales.
Hematoma		L. Se Hizo lavado de manos y redemostración.
Subcoriónico.		M. Se Orientó sobre la higiene perineal.
		N. Se Orientó sobre el cumplimiento del tratamiento en casa. (Amoxicilina 500mg c/6h).
	24/01/10	O. Se Orientó sobre el consumo de agua de 2-3 litros al día.
		P. Se Orientó sobre el vaciamiento de la vejiga cuando tenga la necesidad.
		Q. Se Orientó sobre el uso de ropa interior de algodón y no ajustado.
		R. Se Orientó sobre un consumo de dulces lo necesario.
4. Alteración de la dentición R/C		S. Se evaluó la cavidad bucal.
Invasión de agentes patógenos M/P		T. Se Orientó sobre el consumo de dulces lo planeadas.



FACULTAD DE ENFERMERÍA

<p>Pieza dentaria superior careada y además se observa que tiene una mala técnica del cepillado.</p>	<p>24/01/10</p>	<p>necesario. U. Se hizo una demostración sobre la técnica correcta del cepillado. V. Se Orientó sobre una consulta al odontólogo.</p>
<p>5. Déficit de conocimientos de Salud R/C Falta de información sobre las molestias del embarazo M/P Paciente refiere que no sabe como actuar ante las posibles molestias de su embarazo.</p>	<p>25/01/10</p>	<p>W. Se Evaluó que tanto conoce sobre qué hacer ante las posibles molestias del embarazo. Se logró concienciar a la familia sobre todos los cuidados. X. Se Orientó sobre qué hacer con las molestias del cambio de humor. Y. Se Orientó sobre qué hacer con las molestias de la dorsalgia. Z. Se Orientó sobre qué hacer con las molestias de las cefaleas. AA. Se Orientó r sobre qué hacer cuando comienza a aparecer el edema. BB. Se Orientó sobre qué hacer con la molestias los mareos y vértigo.</p>



FACULTAD DE ENFERMERÍA

3.5 EVALUACIÓN

EVALUACIÓN	
Valoración	Se dio en torno al contacto inicial y al fomento de una relación empática con la paciente, la cual me proporcionó información sobre su estado de salud actual y antecedentes, así como también se tuvo una observación directa en base de datos tomando en cuenta su estado de salud.
Diagnóstico	Se analizan los datos recolectados en la valoración y según las necesidades afectadas de la familia, se formularon los diagnósticos de enfermería, validando con la confrontación de la literatura para poder planificar actividades orientadas a la solución de sus problemas.
Planificación	Una vez clasificados los diagnósticos de enfermería a trabajar con la familia se establecieron los objetivos a corto y largo plazo, desarrollando los criterios de resultados una vez orientado estos puntos empezamos a desarrollar el plan de cuidados de enfermería para cada diagnóstico. Para el desarrollo de estas actividades se contó con el apoyo de la familia de manera activa.
Ejecución	La ejecución se realizó en forma precisa al momento de la captación a la paciente y posteriores visitas domiciliarias con plena colaboración de la misma.
Evaluación	En esta etapa se logro alcanzar los objetivos trazados en un 90% ejecutando cada una de las actividades planificadas por el personal de enfermería. Este cumplimiento de actividades se reforzó y complementaron con cada una de las sesiones desarrolladas, sesiones demostrativas, orientación y consejerías a la familia, también con la resolución de todas sus dudas e inquietudes.



FACULTAD DE ENFERMERÍA

IV. DISCUSIÓN

ALVARADO (1998): Amenaza de aborto: Se denomina así cuando en las primeras 20 semanas de gestación se presenta sangrado vaginal de cualquier intensidad el cual puede acompañarse o no de contracciones uterinas indoloras o dolorosas. El dolor es espasmódico e intermitente, localizado en el hipogastrio, puede irradiar a la región sacrolumbar.

La paciente gestante de 8 semanas al ingresar por emergencia presentaba un dolor hipogastrio con irradiación sacrolumbar, con una hemorragia leve color agua del fréjol, a la cual fue internada de inmediato, con reposo absoluto y vía periférica con cloruro de sodio al 9%.

CLAUDIO VERA (2000): Hematoma Subcoriónico: Presencia de un área econegativa delimitada que está por debajo de la placa coriónica y puede ser causal de sangrado, el pronóstico dependerá del tamaño del mismo y de la edad de la gestante. Puede ser causa o consecuencia de una insuficiencia lútea y por ello que una suplementación con progesterona aparece como una alternativa planteable.

En caso de la paciente presenta un hematoma subcoriónico por ecografía transvaginal la cual se hizo por los síntomas que presentaba mi paciente a la cual ya estuvo en reposo absoluto y tratamiento con antibiótico. A la cual fue dada de alta cuando ya no presentaba un sangrado y pero con reposo relativo tratamiento de antibiótico por 5 días con su consulta periódica.

ALVARADO (1998): Reposo Absoluto: Significa que no puedes levantar ya que si lo haces pone en riesgo tu salud. **Reposo Relativo:** Significa que te puedes levantar en la casa todo de acuerdo a como te sientas, si estas cansado o fatigado te acuestas, Si te sientes bien puedes estar sentado en un sillón, ir al baño y hacer tareas livianas.

Los síntomas que denominan el cuadro son el dolor producido por la contracción uterina y la hemorragia para inhibir se utilizó como medida fundamental el reposo absoluto y en su domicilio permanece con reposo relativo.



FACULTAD DE ENFERMERÍA

“INTERNATIONAL ASSOCIATION OF STUDY OF PAIN” El dolor: Se define Como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a un daño real o potencial de lo tejido, o se describe en términos de dicho daño. El dolor agudo es un dolor de corta duración que suele tener una cusa fácilmente identificable. Este tipo de dolor normalmente se origina fuera d el cerebro (En el sistema nervioso periférico), aunque se procesa e interpreta en él (Por parte del sistema nervioso central).

El dolor que presentaba mi paciente es un dolor tipo espasmódico y que fue tratado con un reposo absoluto, pues esto inhibe la sco0ntracciones uterinas y además disminuye con unas técnicas de relajación.

POTTER (2000): Ansiedad: Es una emoción que nos surge en situaciones de amenaza o peligro. (Miedo, fobia, angustia, tensión y preocupación) La ansiedad está asociada muy frecuentemente a preocupaciones excesivas (llamada expectación aprensiva).

La paciente se encontraba preocupada y triste por el temor de perder a su bebe porque ya había perdido uno el año 2003, la cual fue apoyada emocionalmente por su familia y explicada sobre las dudas que tenía acerca de su enfermedad y mediante unas técnicas de relajación a la cual disminuyo la ansiedad.

OCEANO: Déficit de Conocimientos: Estado en que el individuo y su entorno carecen de los conocimientos o la información específica necesaria para el mantenimiento de la salud.

La paciente nos refirió que no tenía algunos conocimientos sobre cómo afrontar las molestias que se presentaría durante su gestación. La cual es una de las desventajas que se presenta alguna complicación, por ende fue concientizada sobre dicho tema.



FACULTAD DE ENFERMERÍA

V. CONCLUSIONES

1. Se concluye que ante una amenaza de aborto se tiene que hospitalizar, en reposo absoluto, con vía mientras se realizan los exámenes de laboratorio y los exámenes de apoyo como ecografías. Mediante el reposo absoluto se inhibirá el dolor y la hemorragia vaginal.
2. Que el hematoma subcoriónico es una de las causas de una amenaza de aborto por lo tanto tiene que ser vigilado unas 48 horas sobre el sangrado en cuanto a la frecuencia, cantidad, consistencia. Además una paciente tiene que estar en reposo absoluto con antibioticoterapia. Y será dado de alta cuando no presenté sangrado vaginal pero con antibiótico y su chequeo periódico y reposo relativo.
3. Una paciente con amenaza de aborto tiene que recibir el apoyo emocional por parte de su familia y por supuesto del equipo de salud para una mejor colaboración ante su tratamiento y su pronta recuperación ante dicha enfermedad.
4. Que una buena información acerca de la nutrición y sobre las posibles molestias durante el embarazo a la paciente y su familia tendrá un buen desarrollo del embarazo porque con una buena nutrición su bebe tendrá un buen desarrollo y se previene muchas enfermedades.



FACULTAD DE ENFERMERÍA

VI. RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES:

❖ A LA PACIENTE

- Que ante cualquier signo de alarma se dirija al hospital de emergencia la hora que sea necesario porque es una gestante de alto riesgo.
- Que siga con el reposo relativo y que paulatinamente haga sus quehaceres de su vida cotidiana, pero sin esfuerzo excesivo y/o pesado.
- Que cumpla con su tratamiento según indicación médica, sus controles periódicos.
- Que se alimente bien para que su bebé se desarrolle debidamente y nazca con un peso ideal y prevenga complicaciones durante y posterior a su embarazo.

❖ A LA FAMILIA

- Seguir con el compromiso del apoyo incondicional tanto emocional, económico para una pronta recuperación y además para que su paciente cumpla con lo indicado por el médico.

❖ AL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

- A que se tenga en cuenta un cuidado holístico a la paciente que siempre nos olvidamos la parte psicológica, entre otros.



FACULTAD DE ENFERMERÍA

VII.REFERENCIAS BIBIOGRÁFICAS

- 1.LINDA J. Carpenito (1998) “Planes de cuidados y Documentación Clínica en Enfermería”//Edit.McGRAW-HILL INTERAMERICANA//España// Pag. 146-148.
- 2.POTTER, P. (2000) “Fundamentos de Enfermería” Edic. 5ta, Edit.Harcout/Océano. Barcelona-España.
- 3.GUYTON, A. (1998) “Fisiología y Fisiopatología” 6ta Edic. Edit. McGRAW-HILL INTERAMERICANA. México. Pag.1135.
- 4.OCÉANO (2000) “Manual de Enfermería” Edit. MMII Océano. Madrid-España. Pag. 711.
- 5.MERCKS, R. (1989) “El manual de Merck” 8va Edic. Edit. Doyma. Madrid-España. Pag.1989.
- 6.SCHWARCS, R. (1988) “Obstetricia” 4ta Edic. Edit. “El Ateneo” Buenos Aires- Argentina. Pag. 153
- 7.ALVARADO, J. (1998) “Obstetricia” Edit. AMP. Lima-Perú.

ANEXOS

PLAN DE SESION EDUCATIVA Nro 01

I. ETAPA DETERMINATIVA.

- 1.1 TEMA** : Amenaza de aborto
- 1.2 DIRIGIDO** : Paciente hospitalizada con Diagnóstico de amenaza de aborto.
- 1.3 A CARGO DE** : Br. Enf. Yolvi Flores Cuipal.
- 1.4 LUGAR** : Hospital Regional Virgen de Fátima.
- 1.5 HORA** : 9:30 am
- 1.6 DURACIÓN** : 40 minutos.
- 1.7 OBJETIVO** :

- ❖ Fortalecer conocimientos a la paciente sobre el tema de amenaza de aborto en el Hospital Regional Virgen de Fátima.

II. ETAPA DE EJECUCIÓN.

2.1 INTRODUCCIÓN

El sangrado vaginal acompañado o no de dolor abdominal en gestantes de pocas semanas de embarazo da lugar a un número de consultas médicas. La amenaza de aborto es una complicación común que se produce en el 25% de los embarazos y de estos 50% acaban en abortos. Con el objetivo de predecir las gestaciones no evolutivas precozmente, se han ensayado pruebas clínicas, biofísicas, ultrasonidos y determinaciones hormonales con diferentes variables de sensibilidad y especificidad, por ejemplo la ecografía es un método de diagnóstico de gestación con feto vivo, en pocos casos permite aclarar el futuro de ese embarazo; hormonas séricas como la gonatropina corial y el estradiol son utilizadas en el diagnóstico precoz de la gestación, pero para determinar un embarazo no evolutivo, se necesitará más de un control de hormonas séricas. Niveles séricos bajos de progesterona se asocian con gestación no evolutiva. No hay acuerdo unánime en cuanto al nivel que presenta el punto de corte entre gestación normal y gestación anormal, sin embargo han publicado diversos

autores que las concentraciones de progesterona sérica inferiores a 5 ng/ml, indican embarazo no evolutivo con un 100% de especificidad.

2.2 MOTIVACIÓN

- ❖ Se hará uso de un rotafolio educativo y un tríptico.

2.3 CONTENIDO

AMENAZA DE ABORTO

2.3.1 DEFINICIÓN.

Se denomina así en las primeras 20 semanas de gestación se presenta sangrado vaginal de cualquier intensidad, el cual puede acompañarse o no de contracciones uterinas indoloras o dolorosas. El dolor es espasmódico e intermitente, localizado en el hipogastrio, que puede o no irradiar a la región sacrolumbar.

2.3.2 CAUSAS.

- ❖ **Causas Ovulares:** Alteraciones cromosómicas.
- ❖ **Causas Maternas.**
 - **Procesos Generales.**
 - Infecciones específicas (TORCH, Brucelosis, tifoidea, TBC, chlamydia)
 - Alteraciones orgánicas graves(Hepatopatías, nefropatías, cardiopatías)
 - Trastornos Orgánicos (Diabetes mellitus, alt. Tiroides)
 - Trastornos Carenciales(Desnutrición, avitaminosis)
 - Isoinmunizaciones Rh.
 - Factores Psicosomáticos.
 - **Procesos Locales**
 - Malformación Congénita.
 - Útero hipoplásico o displásico.
 - Secuelas quirúrgicas(bridas y adherencias)
 - Infecciones intrauterinas.

- Tumores (miomas, fibromas, pólipos)
- Lesiones cervicales
- Deficiencia de preparación del endometrio y decidua debido a deficiencia de progesterona.
- Agresiones Extrínsecas
 - Radiaciones ionizantes, ingesta de medicamentos.
 - Intoxicaciones profesionales(plata, mercurio y arsénico)
 - Toxicomanías(Alcohol, tabaco y drogas)
 - Traumatismos directos(golpes) e indirectos(cirugía)

❖ **Causas Paternales.**

- Alteraciones del semen.
- Toxicomanías
- Trastornos Endocrinos.
- Trastornos carenciales.

2.3.3 SIGNOS Y SÍNTOMAS.

- ❖ Cólicos abdominales con o sin sangrado vaginal.
- ❖ Sangrado vaginal durante las primeras 20 semanas de embarazo.

2.3.4 PREVENCIÓN.

Algunos estudios muestran que las mujeres que reciben atención prenatal tienen mejores resultados en sus embarazos para ellas mismas y para sus bebés. La atención prenatal temprana y completa disminuye el riesgo de aborto espontáneo.

Es mejor encontrar y tratar los problemas de salud antes de quedar embarazada que esperar hasta que la persona ya esté en embarazo. De igual manera el hecho de evitar los peligros del medio ambiente como los rayos X y las enfermedades infecciosas, también disminuye el riesgo de aborto espontáneo a comienzos del embarazo. El aborto espontáneo no es prevenible si el feto muere. De hecho, es importante que en tales casos el útero expulse los contenidos. Por otra parte un aborto retenido se presenta cuando el feto muerto no es expulsado del útero y cuando sólo parte del feto muerto es expulsado se denomina un aborto incompleto.

2.3.5 COMPLICACIÓN.

- Anemia.
- Síndrome de feto muerto.
- Infección.
- Pérdida de sangre moderada o severa.
- Aborto espontáneo.

III. ETAPA DE EVALUACIÓN.

- ❖ ¿Qué es una amenaza de aborto?
- ❖ ¿Cuáles son los signos y síntomas de una amenaza de aborto?
- ❖ ¿Cuál es la prevención de una amenaza de aborto?

- Agresiones Extrínsecas.
 - Radiaciones ionizantes, ingesta de medicamentos
 - Intoxicaciones profesionales(plata, mercurio, arsénico)
 - Toxicomanías(alcohol, tabaco, drogas)
 - Traumatismos directos(golpes) e indirectos(cirugía)



SIGNOS Y SÍNTOMAS

- ❖ Sangrado vaginal.



- ❖ Dolor hipogástrico.



- ❖ Contracciones Uterinas.



TRATAMIENTO

Reposo Absolutos.

Buscar el agente causal.



PREVENCIÓN

- ❖ Control prenatal.
- ❖ Progestágenos.
- ❖ Alimentación adecuada
- ❖ No ingerir toxicomanías

AMENAZA DE ABORTO



INTRODUCCIÓN

El sangrado vaginal acompañado o no de dolor abdominal en gestantes de pocas semanas de embarazo, da lugar a un importante número de consultas médicas.

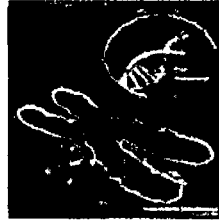
La amenaza de aborto es una complicación común que se produce en el 25% de los embarazos y de estos el 50% acaban en aborto. Con el objeto de predecir las gestaciones no evolutivas precozmente, se han ensayado pruebas clínicas, biofísicas, ultrasonidos y determinaciones hormonales con diferentes variables de sensibilidad y especificidad, por ejemplo la ecografía es un método de diagnóstico de gestación con feto vivo, en pocos casos permite aclarar el futuro de ese embarazo; hormonas séricas como la gonadotropina corial y el estradiol son utilizadas en el diagnóstico precoz de gestación, pero para determinar un embarazo no evolutivo, se necesitará más de un control de hormonas séricas. Niveles séricos bajos de progesterona se asocian con gestación no evolutiva.

No hay acuerdo unánime en cuanto al nivel que presenta el punto de corte entre gestación normal y gestación anormal, sin embargo han publicado diversos autores que las concentraciones de progesterona sérica inferiores a 5 ng/ml, indican embarazo no evolutivo con un 100 % de especificidad.



CAUSAS

❖ Causas Ovulares.- Alteraciones cromosómicas.



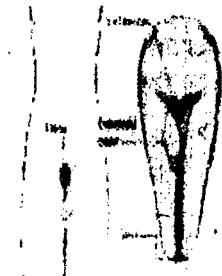
❖ Causas Maternas.

• Procesos Generales.

- Infecciones específicas (TORCH, brucelosis, tifoidea, TBC, chlamydia.)
- Alteraciones orgánicas graves(Hepatopatías, nefropatías, cardiopatías)
- Trastornos Orgánicos(Diabetes mellitus, alt. Tiroides,)
- Trastornos Carentiales(Desnutrición, avitaminosis)
- Isoinmunizaciones Rh
- Factores Psicosomáticos



- Procesos Locales (Alt. Uterinas)
 - Malformación Congénita.
 - Útero hipoplásico o displásico
 - Secuelas quirúrgicas(bridas y adherencias)
 - Infecciones intrauterinas
 - Tumores(miomas, fibromas, pólipos)
 - Lesiones cervicales
 - Deficiencia de preparación del endometrio y decidua debido a deficiencia de progesterona,



PLAN D EVISITA DOMICILIARIA Nro 01

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Nombre de la Familia** : D. CH.Y.
- 1.2 Dirección** : Santa Lucía Nro 139
- 1.3 Fecha** : 24/01/10
- 1.4 Hora de la visita** : 10am
- 1.5 Duración de la Visita** : 30 minutos.

II. MOTIVO DE LA VISITA

El motivo de la visita es con la finalidad de brindar cuidados de Enfermería sobre el tema de Técnica adecuada del cepillado Dental y además fortalecer conocimientos sobre dicho tema antes mencionado.

III. JUSTIFICACIÓN

Con la finalidad de brindar cuidados sobre el tema de Técnica adecuada del cepillado Dental y además fortalecer conocimientos sobre dicho tema antes mencionado.

IV. OBJETIVO DE LA VISITA

- ❖ Lograr brindar atención de enfermería a la paciente sobre el tema Técnica adecuada del cepillado Dental y caries dental.

V. MATERIAL Y EQUIPO

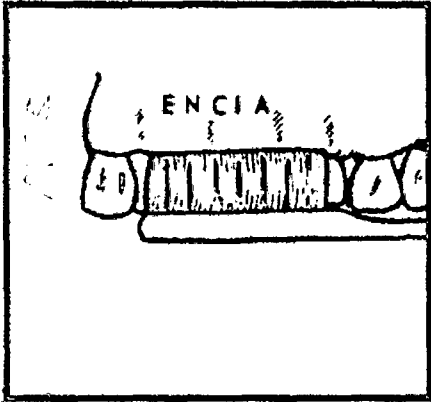
- ❖ Tensiómetro.
- ❖ Estetoscopio.
- ❖ Termómetro.
- ❖ Rotafolio.
- ❖ Tríptico.

VI. ACTIVIDAD A REALIZAR.

- ❖ Brindar atención de enfermería a la paciente sobre el tema Técnica adecuada del cepillado Dental y caries dental.

C TÉCNICA DEL CEPILLADO:

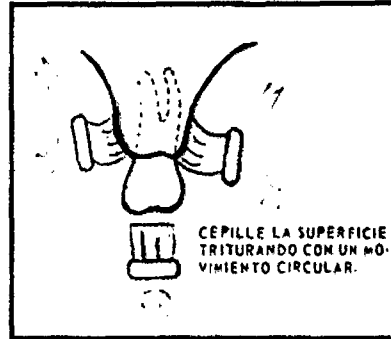
- 1) Cepillarse los dientes superiores hacia abajo, y los inferiores hacia arriba, presionando la encía. Esto realizarlo después de cada comida. De la siguiente manera.



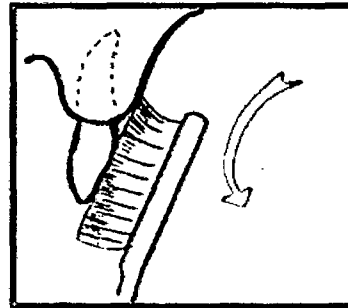
- 2) Rote el cepillo en este sentido para que las cerdas penetren en los espacios entre diente y diente o interdentarios.



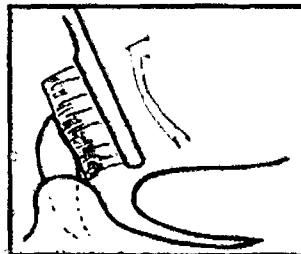
- 3) Cepille todas las zonas en la misma forma tanto por dentro como por fuera



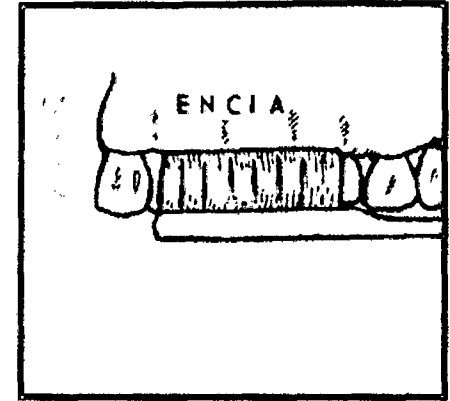
- 4) Cepille los dientes anteriores superiores por detrás en esta forma



- 5) Cepille los dientes anteriores inferiores por detrás, en esta forma. no olvidarse cepillarse la lengua



TECNICA DEL CEPILLADO



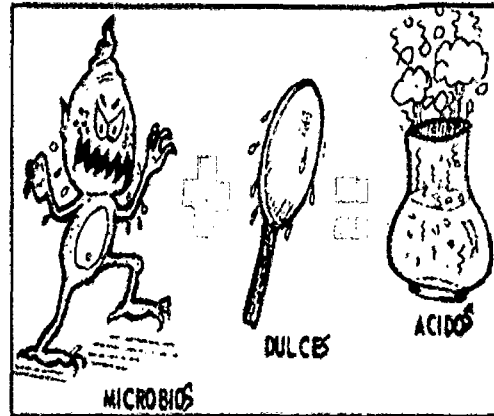
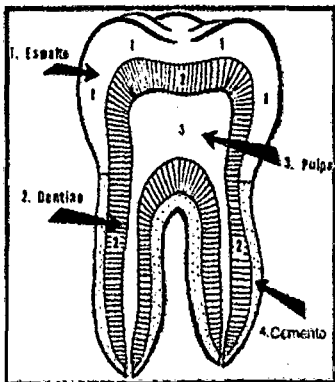
A) RECONOSCAMOS COMO SE PRODUCE LA CARIES DENTAL.

INTRODUCCIÓN

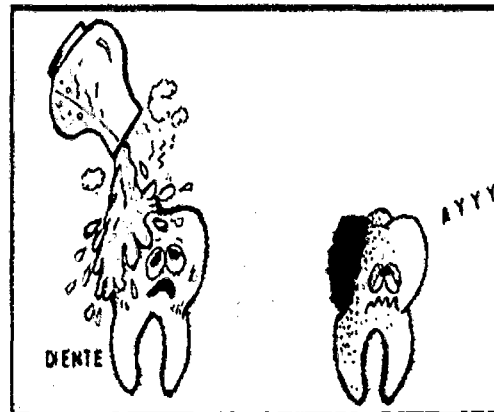
La caries dental es una enfermedad infecciosa caracterizada por una serie de reacciones complejas que resultan en primer lugar por la destrucción del esmalte dentario y posteriormente, si no se le detiene, abarca todos los tejidos del diente. La característica principal de esta enfermedad es la formación de cavidades en los dientes. La enfermedad empieza por la superficie del esmalte y va penetrando paulatinamente a la dentina, afectando posteriormente a la pulpa y finalmente a los tejidos periodontales. Se forma de restos de alimentos, saliva, células muertas y otros elementos. Los microorganismos de la boca forman ácidos a partir de los restos alimenticios que no han sido removidos con el cepillado dental.

La caries dental se inicia como una mancha blanquecina, o café en el esmalte, sintiéndose cierta aspereza o irregularidad. No hay dolor o síntoma alguno. Este es el mejor momento para su tratamiento curativo.

PARTES DE UN DIENTE



Estos dos factores producen el ácido.



Estos ácidos hacen unos huequitos negros que van creciendo, hasta producir dolor y mal aliento (Halitosis).

B) CÓMO EVITAR LA CARIES DENTAL:

COMO EVITAR LA CARIES DENTAL

1. Control del crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente.
2. Lactancia materna
3. Alimentación con leche, huevos, soya, kiwicha, tarwi, etc
4. No comer dulces (tofees, melcocha, caña, etc). Si se hace cepillarse inmediatamente o enjuagarse con un fuerte buche con agua.
5. Cepillado correcto de los dientes luego del desayuno, almuerzo y comida o cena.
6. Visita a la posta, centro de salud o hospital para el examen bucal cada seis meses.



PLAN DE VISITA DOMICILIARIA Nro 02

I. DATOS GENERALES

- ❖ **Nombre de la Familia** : Díaz Chuquizuta, Yuri
- ❖ **Dirección** : Santa Lucía Nro 139
- ❖ **Fecha** : 25/01/10
- ❖ **Hora de la visita** : 3pm
- ❖ **Duración de la Visita** : 40 minutos.

II. MOTIVO DE LA VISITA

El motivo de la visita es con la finalidad de brindar cuidados de Enfermería en forma holísticamente sobre su cuidado cuando presente alguna molestias durante el embarazo.

III. JUSTIFICACIÓN

Con la finalidad de brindar cuidados sobre el tema de molestias durante el embarazo y además fortalecer conocimientos sobre dicho tema antes mencionado.

IV. OBJETIVO DE LA VISITA

- ❖ Lograr brindar atención de enfermería a la paciente sobre el tema molestias durante el embarazo.

I. MATERIAL Y EQUIPO

- ❖ Cuadernillo
- ❖ Volante
- ❖ Tríptico.

I. ACTIVIDAD A REALIZAR

- ❖ Brindar orientación de enfermería sobre el tema molestias durante el embarazo.

INFORME DE SESIÓN EDUCATIVA Nro 01

I. DATOS INFORMATIVOS.

- 1.1 TÍTULO** : Amenaza de aborto
- 1.2 FECHA** : 22/12/09
- 1.3 LUGAR** : Hospital Regional Virgen de Fátima
- 1.4 HORA** : 8:35am
- 1.5 DIRIGIDO A** : Paciente

II. PROPÓSITO.

Observando el grado de conocimiento para la prevención y tratamiento de la amenaza de aborto y su antecedente de su enfermedad se brindó dicha sesión educativa.

III. OBJETIVOS.

- Se logró que la paciente quede concientizada e informada sobre el tema de amenaza de aborto.

IV. INFORME PROPIAMENTE DICHO.

Se realizó la sesión educativa en la cual se logra concientizarla e informarla sobre el tema de amenaza de aborto.

V. EVALUACIÓN

La sesión educativa realizada fue efectiva logrando en un 100% la comprensión del tema y así disminuiría la ansiedad que tenía la paciente.

INFORME DE VISITA DOMICILIARIA Nro 01

Dirigido a : Díaz Chuquizuta, Yuri

Fecha : 24/01/10

Se realizó la primera visita a su hogar, logrando una relación empática. En esta visita se tuvo que realizar todas las actividades planeadas para la familia asignada según el diagnóstico ya indicado, realizado todas las actividades al diagnóstico de caries dental y actividades del diagnóstico de ansiedad.

Además se brindó una demostración de un correcto lavado de manos y una demostración de la técnica del cepillado dental.

En resumen la familia asignando, fue colaboradora, participó activamente en el desarrollo de las actividades programadas.

Firma de la Familia

Firma del Responsable

INFORME DE VISITA DOMICILIARIA Nro 02

Dirigido a : Díaz Chuquizuta, Yuri

Fecha : 25/01/10

Se realizo la segunda visita a la familia, logrando una relación empática. En esta visita se tuvo que realizar todas las actividades planeadas para la familia asignada según el diagnóstico mantenimiento de la salud.

En resumen la familia asignando, fue colaboradora, participó activamente en el desarrollo de las actividades programadas.

Firma de la Familia

Firma del Responsable

NOTAS DE ENFERMERÍA

22/01/10

7:10 AM Paciente adulta de sexo femenino de 27 años de edad se encuentra en su unidad en reposo absoluto, LOTEPE, ARENG, AREH, teniendo una vía clampada en el MSI. Se la observó: Triste, preocupada. A la entrevista: Paciente refiere que hace 6 días tenía dolores bajo vientre y la cintura la cual decide consultar donde le realizan un examen completo de orina y donde le informan que le salió negativo, a la cual se regresa a su casa y se le paso el dolor por unos días, Pero de repente comenzó los dolores fuertes y un sangrado color agua del fréjol e ingresa por emergencia y donde lo deciden hospitalizar. Además refiere haber perdido a su bebe cuando tenía dos meses de gestación el 2003 y también refiere que es miope.

Al control de Funciones Vitales presenta:

P/A: 100/50mmHG **F.C:** 64X[^] **F.R:**22X[^] **T:** 36.4C°

Al examen Físico presenta:

Tegumento: Integro, Hidratado

Cabeza: Normocefálico, Simétrico, Hay presencia de seborrea y caída del cabello.

Ojos: Fotorreactivo y Simétrico.

Oído: Simétrico, pabellón auricular sucio.

Nariz: Simétrico y permeable.

Boca: Hidratada, 1 pieza dentaria careada.

Cuello: Simétrico, no ganglios linfáticos inflamados.

Tórax: Simétrico.

Pulmones: Murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitorax, F.R: 22X[^]

Corazón: Latido cardíaco rítmico

Mamas: Simétricas, areolas poco pigmentadas, a la palpación no presenta dolor y presencia de nódulos.

Abdomen: Blando, dolor a la palpación superficial, Útero grávido ocupado por feto.

Genitales: Normales.

MSeI: Simétricos, no presencia de edemas.

SNC: Sin ninguna alteración.

A la cual se brindó los siguientes cuidados: valorar el estado del dolor y la ansiedad, brindó sesión educativa sobre amenaza de aborto, orientación como prevenir una ITU, sobre las técnicas de relajación. Brindó apoyo emocional y empática, orientación sobre el lavado de manos.

8:10AM. Paciente queda en su unidad en reposo absoluto, tranquila y sonriente.

FICHAS FARMACOLÓGICAS

AMPICILINA

DESCRIPCION

La ampicilina es un antibiótico penicilínico semisintético, de amplio espectro y activo por vía oral. Aunque es más activo que las penicilinas naturales no establece frente a las beta-lactamasas producidas por bacterias gram-positivas o gram-negativas. La ampicilina se utiliza para el tratamiento de infecciones debidas a organismos susceptibles como la otitis media, la sinusitis y las cistitis. Debido al aumento de resistencias ya no se recomienda la ampicilina para el tratamiento de la gonorrea.

MECANISMO DE ACCIÓN:

Los antibióticos beta-lactámicos como la ampicilina son bactericidas. Actúan inhibiendo la última etapa de la síntesis de la pared celular bacteriana uniéndose a unas proteínas específicas llamadas PBPs (*Penicillin-Binding Proteins*) localizadas en la pared celular. Al impedir que la pared celular se construya correctamente, la ampicilina ocasiona, en último término, la lisis de la bacteria y su muerte. La ampicilina no resiste la acción hidrolítica de las beta-lactamasas de muchos estafilococos, por lo que no se usa en el tratamiento de estafilococias.

FARMACOCINETICA:

La ampicilina se puede administrar oral y parenteralmente. Aproximadamente el 30-55% de la dosis se absorbe, una cantidad mucho menor que la de la amoxicilina. Las concentraciones máximas se obtienen a las 1-2 horas después de una dosis i.m. Los alimentos inhiben la absorción de la ampicilina, por lo que el antibiótico se debe administrar una hora antes o dos horas después de las comidas. La ampicilina se une a las proteínas del plasma en un 14-20%. Se distribuye ampliamente, encontrándose concentraciones bactericidas en hígado, pulmones, orina, próstata, vejiga, vesícula biliar, efusiones del oído medio, secreciones bronquiales, etc. Es capaz de atravesar la barrera hematoencefálica, obteniéndose concentraciones terapéuticas en líquido cefalorraquídeo cuando las meninges están inflamadas. La ampicilina no cruza la barrera placentaria.

Aproximadamente el 10% de la dosis de ampicilina es metabolizada a productos inactivos que son eliminados sobre todo en la orina, conjuntamente con el antibiótico sin metabolizar. En los pacientes con la función renal normal, la semi-vida de eliminación es de 1-1.5 horas. En los pacientes con insuficiencia renal, las dosis de ampicilina deben ser reajustadas convenientemente.

POSOLOGIA

Las dosis recomendadas son:

Administración parenteral

- Adultos y adolescentes: 0.5-1 g i.v. o i.m. cada 6 horas. Las dosis pueden aumentarse hasta 14 g/día
- Niños y bebés: 100-200 mg/kg/día i.v. o i.m. divididos en administraciones cada 4 a 6 horas
- Neonatos > 7 días y > 2 kg: 100 mg/kg/día i.v. o i.m. divididos cada 6 horas
- Prematuros > 7 days y de 1.2 a 2 kg: 75 mg/kg/día i.v. o i.m. divididos cada 8 horas.
- Prematuros de < 1.2 kg: 50 mg/kg/día i.v. o i.m. divididos cada 12 horas

Administración oral

- Adultos y adolescentes: 0.25-1 g cada 6 horas. Las dosis de pueden aumentar hasta 14 g/día

CONTRAINDICACIONES

La ampicilina está contraindicada en pacientes con alergias conocidas las penicilinas, cefalosporinas. Los pacientes con alergias, asma o fiebre del heno son más susceptibles a reacciones alérgicas a las penicilinas. Los pacientes con alergia o condiciones alérgicas como asma, fiebre el heno, eczema, etc., tienen un mayor riesgo de hipersensibilidad a las penicilinas.

Los pacientes deben ser monitorizados estrechamente si padecen alguna enfermedad gastrointestinal: las pencilinas puede exacerbar condiciones como la colitis que, en ocasiones, puede llegar a ser pseudomembranosa.

Las penicilinas se excretan en la leche materna, y pueden ocasionar en los lactantes diarrea, candidiasis y rash. Deberá ser considerado este riesgo si se decide mantener la lactancia en madres tratadas con ampicilina.

REACCIONES ADVERSAS

Los efectos secundarios más frecuentes son los asociados a reacciones de hipersensibilidad y pueden ir desde rash sin importancia a serias reacciones anafilácticas. Se ha descrito eritema multiforme, dermatitis exfoliativa, rash maculopapular con eritema, necrosis epidérmica tóxica, síndrome de Stevens-Johnson, vasculitis y urticaria. Estas reacciones suelen ser más frecuentes con las aminopenicilinas que con las otras penicilinas. La incidencia de rash con la ampicilina suele ser mayor en pacientes con enfermedades virales tales como mononucleosis o en pacientes con leucemia linfática.

En alguna rara ocasión se observado nefritis intersticial con necrosis tubular renal y síndrome nefrótico

Los efectos secundarios más comunes, asociados al tracto digestivo son similares a los de otros antibióticos y se deben a la reducción de la flora: Náusea/vómitos, anorexia, diarrea, gastritis, y dolor abdominal. En algún caso puede producirse colitis pseudomembranosa durante el tratamiento o después, si bien este efecto suele ser bastante raro

Los efectos adversos sobre el sistema nervioso central incluyen cefaleas, agitación, insomnio, y confusión, aunque no son muy frecuentes. Se han comunicado convulsiones en pacientes con insuficiencia renal a los que se administraron penicilinas en grandes dosis.

Los efectos hematológicos son poco frecuentes y suelen ir asociados a reacciones de hipersensibilidad: se han descrito eosinofilia y hemolisis anemia (incluyendo anemia hemolítica) trombocitopenia, púrpura trombocitopénica, neutropenia, agranulocitosis, y leucopenia. Estas reacciones adversas son reversibles al discontinuar el tratamiento

AMOXICILINA

DESCRIPCION

La amoxicilina es una penicilina semi-sintética similar a la ampicilina, con una mejor biodisponibilidad por vía oral que esta última. Debido a su mejor absorción gastrointestinal, la amoxicilina ocasiona unos mayores niveles de antibiótico en sangre y unos menores efectos gastrointestinales (en particular, diarrea) que la ampicilina. La amoxicilina tiene un espectro de actividad antibacteriana superior al de la penicilina, si bien no es estable frente a las beta-lactamasas.

MECANISMO DE ACCIÓN: 1

Los antibióticos beta-lactámicos como la amoxicilina son bactericidas. Actúan inhibiendo la última etapa de la síntesis de la pared celular bacteriana uniéndose a unas proteínas específicas llamadas PBPs (*Penicillin-Binding Proteins*) localizadas en la pared celular. Al impedir que la pared celular se construya correctamente, la amoxicilina ocasiona, en último término, la lisis de la bacteria y su muerte. La amoxicilina no resiste la acción hidrolítica de las beta-lactamasas de muchos estafilococos, por lo que no se usa en el tratamiento de estafilococias. Aunque la amoxicilina es activa frente a los estreptococos, muchas cepas se están volviendo resistentes mediante mecanismos diferentes de la inducción de b-lactamasas, por lo que la adición de ácido clavulánico no aumenta la actividad de la amoxicilina frente a estas cepas resistentes. Dado que muchos otros gérmenes se están volviendo resistentes a la amoxicilina, se recomienda realizar un antibiograma antes de instaurar un tratamiento con amoxicilina, siempre que ello sea posible.

FARMACOCINÉTICA:

La amoxicilina es estable en medio ácido en presencia de jugos gástricos y puede ser administrada por vía oral in tener en cuenta el ritmo de las comidas. Se absorbe rápidamente después de la administración oral, alcanzando los niveles máximos en 1-2.5 horas. Difunde adecuadamente en la mayor parte de los tejidos y líquidos orgánicos.

Una pequeña cantidad de la amoxicilina se excreta en la leche materna. En cambio, la amoxicilina no cruza la barrera placentaria

INDICACIONES Y POSOLOGIA

La amoxicilina está indicada en el tratamiento de infecciones sistémicas o localizadas causadas por microorganismos gram-positivos y gram-negativos sensibles, en el aparato respiratorio, tracto gastrointestinal o genitourinario, de piel y tejidos blandos, neurológicas y odontoestomatológicas. También está indicado en la enfermedad de borreliosis de Lyme, en el tratamiento de la infección precoz localizada (primer estadio o eritema migratorio localizado) y en la infección diseminada o segundo estadio. Tratamiento de erradicación de *H. pylori* en asociación con un inhibidor de la bomba de protones y en su caso a otros antibióticos: úlcera péptica, linfoma gástrico tipo MALT, de bajo grado. Prevención de endocarditis bacterianas (producidas por bacteriemias postmanipulación/ extracción dental).

Tratamiento de infecciones moderadas a severas por gérmenes sensibles:

Administración oral:

- Adultos, adolescentes y niños de más de 40 kg: las dosis recomendadas son de 500 mg cada 12 horas o 250 mg cada 8 horas. En el caso de infecciones muy severas o causadas por gérmenes menos susceptibles, las dosis pueden aumentarse a 500 mg cada 8 horas.
- Lactantes y niños de < 40 kg: para infecciones moderadas, las dosis recomendadas sob de 20 mg/kg/día divididos en dosis cada 8 horas o 25 mg/kg/día en dosis cada 12 horas. Estas dosis se pueden aumentar hasta 40 mg/kg/día en tres administraciones o a 45 mg/kg/día en dos administraciones.
- Neonatos y lactantes de < 3 meses de edad: la máxima dosis recomendada es de 30 mg/kg/día en dos dosis al día.

Tratamiento de la enfermedad de Lyme:

Administración oral:

- Adultos: Se han utilizado dosis de 250 a 500 mg tres veces al día durante períodos comprendidos entre 10 y 30 días. Las dosis máximas recomendadas son de 1 a 2 g/día
- Niños: 20 a 50 mg/kg/día divididos en tres administraciones.

Tratamiento de infecciones del tracto urinario ocasionadas por gérmenes sensibles:

- Adultos, adolescentes y niños de más de 40 kg: las dosis recomendadas son de 500 mg cada 12 horas o 250 mg cada 8 horas. En el caso de infecciones muy severas o causadas por gérmenes menos susceptibles, las dosis pueden aumentarse a 500 mg cada 8 horas
- Lactantes y niños de < 40 kg: para infecciones moderadas, las dosis recomendadas de 20 mg/kg/día divididos en dosis cada 8 horas o 25 mg/kg/día en dosis cada 12 horas. Estas dosis se pueden aumentar hasta 40 mg/kg/día en tres administraciones o a 45 mg/kg/día en dos administraciones
- Neonatos y lactantes de < 3 meses de edad: la máxima dosis recomendada es de 30 mg/kg/día en dos dosis al día

CONTRAINDICACIONES

La amoxicilina está contraindicada en pacientes con alergias conocidas las penicilinas, cefalosporinas. La incidencia de hipersensibilidad cruzada es del 3 al 5%. Los pacientes con alergias, asma o fiebre del heno son más susceptibles a reacciones alérgicas a las penicilinas.

En los pacientes con insuficiencia renal ($CrCl \leq 30$ ml/min) se deben ajustar las dosis de amoxicilina

La amoxicilina está clasificada en la categoría B de riesgo para el embarazo. Los datos en animales indican que el fármaco no es teratogénico y, en general, las penicilinas son consideradas como fármacos seguros durante el embarazo. La amoxicilina se excreta en la leche materna en pequeñas cantidades y puede producir rash, diarrea o superinfecciones en los lactantes. Se deberán considerar estos riesgos para el lactante cuando se prescriba un tratamiento con amoxicilina a la madre.

La amoxicilina se debe usar con precaución en pacientes con leucemia linfática que son más susceptibles a los rash. Lo mismo ocurre en los pacientes con SIDA, otras infecciones virales y especialmente en los pacientes con mononucleosis.

INTERACCIONES

La administración de amiloride antes de la amoxicilina reduce la biodisponibilidad del antibiótico en un 27% y la Cmax en un 25%. El probenecid inhibe la excreción tubular de la amoxicilina, aumentando los niveles plasmáticos del antibiótico. En muchas ocasiones, los antibióticos aminoglucósidos de muestran sinérgicos con la amoxicilina frente a enterococos y estreptococos del grupo B. Sin embargo, por existir una incompatibilidad química, ambos antibióticos no se deben mezclar ni administrar al mismo tiempo. Algunas penicilinas inactivan los antibióticos aminoglucósidos cuando se mezclan en infusiones intravenosas. La neomicina inhibe parcialmente la absorción oral de la amoxicilina

El uso concomitante de la amoxicilina y el ácido clavulánico mejora la actividad antibacteriana de la amoxicilina frente a las bacterias que producen beta-lactamasas como la H. influenzae. Esta interacción es aprovechada y existen asociaciones de amoxicilina + ácido clavulánico

REACCIONES ADVERSAS

Los efectos secundarios más frecuentes son los asociados a reacciones de hipersensibilidad y pueden ir desde rash sin importancia a serias reacciones anafilácticas. Se ha descrito eritema multiforme, dermatitis exfoliativa, rash maculopapular con eritema, necrosis epidérmica tóxica, síndrome de Stevens-Johnson, vasculitis y urticaria.

En alguna rara ocasión se observado nefritis intersticial con necrosis tubular renal y síndrome nefrótico

Los efectos secundarios más comunes, asociados al tracto digestivo son similares a los de otros antibióticos y se deben a la reducción de la flora: Náusea/vómitos, anorexia, diarrea, gastritis, y dolor abdominal. En algún caso puede producirse colitis pseudomembranosa durante el tratamiento o después, si bien este efecto suele ser bastante raro

Pueden producirse superinfecciones durante un tratamiento con amoxicilina, en particular si es de larga duración. Se han comunicado candidiasis orales y vaginales

Los efectos adversos sobre el sistema nervioso central incluyen cefaleas, agitación, insomnio, y confusión, aunque no son muy frecuentes. Se han comunicado convulsiones en pacientes con insuficiencia renal a los que se administraron penicilinas en grandes dosis y por lo tanto las dosis de amoxicilina deben reajustarse convenientemente en estos pacientes

Los efectos hematológicos son poco frecuentes y suelen ir asociados a reacciones de hipersensibilidad: se han descrito eosinofilia y hemolisis anemia (incluyendo anemia hemolítica) trombocitopenia, púrpura trombocitopénica, neutropenia, agranulocitosis, y leucopenia.

PANEL FOTOGRAFICO

