

Universidad Nacional Autónoma de México  
Escuela Nacional de Enfermería  
y Obstetricia

Proceso Atención de Enfermería  
Aplicado a una Paciente con Déficit del volumen  
de líquidos relacionados con D.P.P.N.I y  
hemorragia, manifestado por mucosa oral seca,  
hipotensión arterial, taquicardia, trastorno de la  
conciencia.

Que para Obtener el título de  
Licenciado en Enfermería y Obstetricia

Presenta:

**Hermelinda Millán Covarrubias**



Director de Trabajo:

Lic. Enf. Ma. Magdalena Mata Cortés

México, D.F., Agosto de 2000.

256992



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## INDICE

Contenido	Pág.
Introducción -----	1
Justificación -----	3
Objetivo General -----	4
- Objetivos Específicos -----	4

## I MARCO TEORICO

1.1 Aspectos Conceptuales del Proceso de Enfermería -----	5
1.2 Etapas del proceso -----	6
1.2.1. La valoración -----	6
1.2.1.1 Observación-----	6
1.2.1.2 Entrevista -----	6
1.2.1.3 Historia Clínica -----	7
1.2.1.4 Exploración física -----	9
1.2.2 Diagnóstico de Enfermería -----	11
1.2.2.1 Tipos y componentes del diagnóstico de Enfermería -----	14
1.2.3 Planeación o Planificación -----	17
1.2.3.1 Objetivos -----	17
1.2.3.2 Jerarquización de Prioridades-----	19
1.2.4 Ejecución -----	20
1.2.5Evaluación-----	22
1.2.5.1 Evaluación de los progresos de Enfermería -----	23
1.3. Generalidades del Modelo de Virginia Henderson -----	25
1.4 Anatomía y Fisiología del Aparato Reproductor Femenino -----	28

1.4.1 Aparato Genital Femenino	28
1.4.2 Utero	32
1.4.3 Fisiología del Embarazo	35
1.4.4 La Placenta	44
1.5 Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinsera	52
1.5.1 Estado de Choque	62
1.5.2 Trastornos Hipertensivos del Embarazo	63
II. Metodología	64
III. Aplicación del Proceso Atención de Enfermería	66
3.1 Presentación del Caso Clínico	66
3.2 Valoración	68
3.2.1. Instrumento de Entrevista	69
3.3 Diagnóstico de Enfermería	76
3.4 Planeación	77
3.5 Ejecución	80
IV. Conclusiones	98
Sugerencias	99
Glosario de Términos	100
Bibliografía	103

## INTRODUCCION

Las enfermeras somos profesionistas, organizadas, productivas, sólo debemos cambiar de actitud para comprender al individuo como un paciente con múltiples necesidades y problemas que se desprenden de su propia enfermedad y tener la capacidad para darle solución a los mismos, ayudándolo a su pronta recuperación, esto se nos facilitará si retomamos el proceso de atención de enfermería, pues esto no es algo nuevo, se ha trabajado en él desde antaño con las primeras investigaciones que realizara Virginia Henderson, quien elaboró grandes trabajos sobre el campo de enfermería, como fue el proceso analítico y ejercicio profesional de enfermería en 1948, en ella se apoya la mayor parte de este trabajo.

El Proceso de Atención en Enfermería es un ordenamiento lógico de actividades a realizar por la enfermera, para satisfacer las necesidades que se detecten en la evolución de la enfermedad del paciente, permitiéndonos por medio de ellas. Llevarlas a cabo en forma satisfactoria, oportuna y adecuada, para poder encaminar al paciente a su plena integración, reincorporándolos a las actividades que solían realizar, lo básico de esto no sólo es conocerlo y comprenderlo, sino llevarlo a la práctica, esto es importante para saber si funciona o tiene errores que posteriormente se superarán durante el desarrollo de éste.

El presente es un trabajo referente al Proceso Atención de Enfermería específico en Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta, que se lleva a cabo en el servicio de recuperación y hospitalización del Hospital de Gineco Obstetricia DIF, en la ciudad de Toluca, Estado de México.

Se realiza este proceso, porque considero que la problemática materno infantil de nuestro país en los embarazos de alto riesgo es muy importante, pues encontramos cifras que contrastan con esto y nos dicen "que en México nacen 2 millones y medio de seres cada año, en los cuales el 27% son producto de embarazos de alto riesgo, 675,000 prematuros; con trauma obstétrico, 125,000 y con malformaciones 50,000, la mortalidad materna es de 10% de cada mil nacimientos vivos.\* La hemorragia del tercer trimestre es la localización placentaria, como la Placenta Previa y el Desprendimiento Prematuro de la Placenta Normalmente Inserta. Resulta evidente que el desprendimiento es un problema obstétrico frecuente de especial gravedad para el feto y la madre hoy en día la muerte materna por esta causa es rara, pero su morbilidad es común, es una urgencia frecuente que

---

\* Fraile Obejero A. "Altas del cuerpo humano", Editorial Jover, México 1981, p.55

requiere de múltiples conocimientos, procedimientos y acciones fundamentales por la enfermera.

En la profesión de Enfermería, el Proceso Atención de Enfermería su propósito es identificar los problemas sanitarios reales y de alto riesgo que sirve como base para planificar la asistencia, llevarse a cabo y valorar sus resultados en el paciente.

## **JUSTIFICACIÓN**

El Proceso de Atención de Enfermería trata de establecer una metodología, que fundamenta las acciones de enfermería, científicamente y que estas se apliquen a cada caso en particular, ya sea un estado de salud o enfermedad, donde se proporciona un servicio de enfermería de calidad, en virtud que al implementarla debe forzosamente llevar a cabo investigación de las necesidades del paciente, estableciendo un diagnóstico de enfermería y un plan de cuidado específico para llevarnos a un resultado positivo en el paciente en su atención .

En este caso se aplicó a la paciente con Desprendimiento Prematuro de Placenta Normo Inserta en el servicio de recuperación del Hospital de Ginecología y Obstetricia, DIF, de la ciudad de Toluca.

## **OBJETIVO GENERAL**

- Elaborar un proceso de atención de enfermería enfocado a descubrir la importancia de los problemas y necesidades que presenta la paciente en estudio permitiendo conocer las principales manifestaciones del desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, buscando elevar el nivel profesional del personal de enfermería, integrando los conocimientos necesarios y mejorando la calidad de atención.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Motivar al personal de enfermería a través de la exposición de estudios de casos, sobre la importancia de realizar una buena historia clínica a pacientes embarazadas.
2. Realizar un buen control prenatal de la paciente embarazada, para disminuir la morbilidad, mortalidad materna y fetal.
3. Realizar un interrogatorio al paciente para conocer las causas o posibles causas que originaron su padecimiento.
4. Establecer el diagnóstico de enfermería específico de la paciente con fundamentación científica basadas en una investigación del problema para proporcionar cuidados de enfermería específicos.



# PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

## I MARCO TEORICO.

### I.I CONCEPTO. PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA.

La ciencia de enfermería se basa en un amplio marco teórico. El Proceso Atención de Enfermería es un método mediante el cual se aplica este marco a la práctica de enfermería por lo general abarca cierto número de pasos, y que intenta lograr un resultado particular.

Este proceso se utiliza para identificar los problemas del paciente, para planear y efectuar en forma sistemática los cuidados de enfermería y para evaluar los resultados obtenidos con estos cuidados.

El proceso de Atención de Enfermería proporciona un marco dentro del cual se puedan satisfacer las necesidades individualizadas del paciente, la familia y de la comunidad. Implica una relación interaccional entre el paciente y la enfermera, siendo el paciente el centro.\*

**PROPOSITOS DE ENFERMERIA.** Mantener el bienestar general del paciente en nivel óptimo y, si dicho estado cambia, brindarle atención especializada en la cantidad y calidad, necesarias para que se recupere tal bienestar. Si no se logra esto, las actividades de la enfermera deben contribuir a mejorar la calidad de vida del sujeto, con el aprovechamiento óptimo de los recursos de que dispone éste, para lograr tal calidad durante el mayor tiempo factible.

### OBJETIVOS DE ENFERMERIA AL UTILIZAR EL PROCESO.

- Promover, mantener o recuperar la salud o ayudar a los pacientes a lograr una muerte pacífica, cuando su estado es terminal.
- Permitir a los individuos o grupos dirigir sus propios cuidados de salud hasta el máximo de sus capacidades.
- Proporcionar cuidados de enfermería de la mejor calidad y eficiencia posibles.

---

\* ALFARO, Rosalinda, "Aplicación del proceso de Enfermería, 2ª Edición, Editorial Mosby-Doyma Libros, España, 1995, p. 6.

## I.2 ETAPAS DEL PROCESO.

### 1.2.1 LA VALORACION:

Es la primera etapa del proceso de enfermería, sus actividades están centradas en la recopilación de información relativa al paciente, al sistema paciente-familia, o a la comunidad, con el propósito de identificar las necesidades, problemas, preocupaciones o respuestas humanas de paciente.

La información se reúne de varias fuentes para ayudar a la enfermera a comprender la situación del paciente. Dos métodos básicos de información son: La Observación y la Entrevista.

1.2.1.1. OBSERVACION.- Una descripción minuciosa de lo observado, es básica para el cuidado del paciente y requiere del uso de todos los sentidos.

La enfermera utiliza la vista para percatarse de cambios de coloración de tumefacciones, del color y la cantidad de material drenado, de las características de la respiración y de la comunicación no verbal.

La audición es otro medio principal de observación. Es de vital importancia para la enfermera escuchar lo que el paciente dice. Los sonidos de sofocación, jadeo y sollozos pueden identificar que el paciente está angustiado. El oído también es de ayuda en la evaluación de la respiración, el corazón y los ruidos intestinales. El tacto también este sentido es importante en los cuidados de enfermería. Desempeña un papel esencial en la exploración física o en la palpación de ciertas partes del cuerpo, puede infundírsele al paciente una sensación de estima al tocarlo. A través del tacto puede determinarse el tamaño, la forma y la textura de una protuberancia localizada o de un órgano aumentado de volumen. El sentido del olfato puede descubrir el olor a fruta, de la acidosis diabética, el olor desagradable del material drenado, o el olor a humedad debajo de un vendaje cada uno de los cuales puede indicar una infección o bien el olor al cigarrillo en el cuarto del paciente <sup>2\*</sup>

1.2.1.2 ENTREVISTA: Es un método que permite aprender acerca de las personas a través de una comunicación intencionada y dirigida hacia un fin. La entrevista de enfermería se desarrollo en un esfuerzo por proporcionar un cuidado personalizado. Su propósito es animar al paciente a que exprese sus ideas, sus sentimientos y los hechos que permiten identificar sus necesidades inmediatas y a largo plazo.

---

<sup>2\*</sup> ENEO, UNAM, "Antología Proceso Atención de Enfermería", García Albarran Ma. de los Angeles, Mata Cortés Ma. Magdalena, México, 1996, p. 27.

La calidad de la entrevista es influida por el ambiente que crea la enfermera. La enfermera debe escoger el momento que sea más propio para lograr una comunicación óptima un momento en el que haya el mínimo de estímulos externos.<sup>3\*</sup> Incluso aunque los impresos para registrar los datos basales de enfermería son instrumentos útiles para guiar la valoración de enfermería, el éxito de sus esfuerzos para identificar patrones de salud o enfermedad; dependen de su habilidad para realizar la entrevista y el examen físico y debe adquirir en ambas porque cada una de estas actividades completa y clarifica la atención que se otorgará al paciente al que se le aplicará el plan de cuidados de enfermería.

#### Técnicas para entrevistar.

Las entrevistas resultan muy reveladoras cuando la enfermera utiliza técnicas verbales y no verbales para obtener los datos. La combinación de ambos enfoques facilita la adquisición de una base de datos exacta y completa.

Técnicas Verbales.- Utilizadas con más frecuencia son las preguntas, las reflexiones y declaraciones adicionales. La enfermera que utiliza todas ellas durante la entrevista es más probable que logre obtener toda la información más importante del paciente. Las preguntas permiten a la enfermera obtener información del cliente, aclarar percepciones de las respuestas del paciente y ratificar otros datos subjetivos u objetivos. Las preguntas pueden ser abiertas, cerradas o sesgadas.

Las preguntas abiertas son aquellas que por su naturaleza obtienen una percepción que el paciente tiene de un hecho o la descripción de lo que le preocupa o de sentimientos. Por lo general, estas preguntas requieren de respuestas de una o más palabras.

Las preguntas cerradas son aquellas que se responden brevemente o con una o dos palabras. Se utilizan con más frecuencia para obtener hechos específicos.

Las preguntas sesgadas son aquellas que tienden a obtener una respuesta o reacción específica del paciente. Pueden ser abiertas o cerradas.

#### 1.2.1.3 HISTORIA CLINICA:

Es un formato sistemático en forma de cuestionario o de lista, que la enfermera puede emplear para obtener datos importantes acerca del paciente por medio de la entrevista. La historia clínica de enfermería debe incluir áreas de valoración, diagnóstico y el tratamiento del paciente, sus actividades cotidianas, problemas de salud real o potencial que se centra en la respuesta holística humana de un individuo o grupo y que las enfermeras son responsables de identificar y tratar independientemente.

---

\* ENEO, Op cit. p. 28.

El hacer una historia clínica permite a la enfermera establecer una relación enfermera-paciente positiva, observar sus conductas y el estado del paciente, así como seguir obteniendo información acerca de este. En esta historia clínica proporciona los antecedentes con los que se hará la valoración de los problemas existentes o potenciales del paciente, y sirve como base para planear, efectuar y evaluar los cuidados de enfermería.\*\*

### Historia Clínica de Enfermería

La historia clínica de enfermería es un registro escrito de información a cerca del paciente, facilita los datos sobre los que se valoran los problemas actuales y potenciales del paciente.

La historia clínica de enfermería deberá adaptarse a cada una de las unidades de la institución, a la información que se necesite para así poder brindar un cuidado individualizado.

### El resumen clínico

En el resumen clínico se recopila la información del paciente en forma sintetizada que incluye lo siguiente: La historia clínica, la exploración física, el diagnóstico, tratamiento, evolución y pronóstico médico, también incluye información de los estudios de diagnóstico, interconsultas, procedimientos quirúrgicos y tratamiento del paciente.

---

\*\* IYER, Patricia, et al, "Proceso y diagnóstico de Enfermería", 2ª Edición, Editorial Interamericana Mc Graw-Hill, España, 1993, Pág., 53.

#### 1.2.1.4 EXPLORACION FISICA:

Esta es una parte importante durante la etapa de la Valoración. En examen de enfermería se centra en :

- 1.- Definir aún más la respuesta del paciente ante el proceso patológico, sobre todo aquellas respuestas susceptibles de ser tratadas con acciones de enfermería;
- 2.- Establecer una base de datos para comparar a la hora de evaluar la eficacia de las intervenciones de enfermería y
- 3.- Justificar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista u otra relación enfermera-paciente.

#### TÉCNICAS EN LA EXPLORACION FISICA

La enfermera utiliza cinco técnicas especiales durante la exploración física: Inspección, palpación, percusión, auscultación y medición.

**La inspección** Se refiere a la exploración visual del paciente, para determinar respuestas o estados normales, inusuales o anormales. Es un tipo de observación que se centra en determinados comportamientos o rasgos físicos. La inspección es asimismo más sistemática y detallada que la observación, ya que define características como el tamaño, forma, posición, localización anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría.

**La palpación** Es la utilización del tacto para determinar las características de la estructura orgánica debajo de la piel. Esta técnica permite a la enfermera evaluar el tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsación, vibración, consistencia y movilidad.

Las manos de la enfermera son el instrumento de palpación utilizándose partes específicas para la valoración de determinadas características.

La palpación leve es el método que se utiliza para examinar la mayoría de las partes del cuerpo. Prefiriendo que la enfermera utilice la mano dominante.

**La percusión** Consiste en que la enfermera golpea una superficie corporal con uno varios para producir sonidos. Esto permite determinar el tamaño, la densidad, los bordes de un órgano y su localización. La percusión directa se realiza cuando la enfermera golpea o da una palmadita sobre la superficie corporal directamente con

uno o varios dedos de una mano La enfermera coloca su dedo índice o corazón de una mano firmemente sobre la piel, golpeando con el dedo corazón de la mano contraria.

Los ruidos obtenidos mediante la percusión pueden describirse como mate, sordo, resonante, o timpánico. Los ruidos mate son de baja intensidad y bruscos, y se producen cuando se percute un músculo o un hueso. Los ruidos sordos son de intensidad media y pesados, pudiéndose oírse encima del hígado o del bazo. La resonancia de un ruido claro y hueco producido cuando se percute sobre un pulmón normal lleno de aire. El ruido timpánico es de alta intensidad, pudiéndose oír sobre un estómago lleno de gas o los carrillos hinchados.

La auscultación Consiste en escuchar el ruido producido por los órganos del cuerpo. La enfermera puede usar la auscultación directa (solo con el oído) a detectar ruidos como silbancias. Sin embargo, por lo general los sonidos se evalúan directamente a través de un estetoscopio. Esta técnica se utiliza normalmente para determinar las características de los ruidos pulmonares, cardiacos e intestinales. La enfermera identifica la frecuencia, intensidad, calidad y duración de los ruidos auscultados.

La Medición Es una forma de observación, indica que ciertos datos conducen a una observación más precisa, se utiliza para ratificar la duración o extensión, las dimensiones como frecuencia, ritmo, cantidad o tamaño. Entre los datos medidos se incluyen los valores de laboratorio, signos vitales, estatura, el peso, el número de miembros de una familia

Cada una de las cinco técnicas-inspección, palpación, percusión, medición auscultación- puede realizarse de forma independiente. Sin embargo, el método más eficaz de exploración física es un enfoque global que incluya una combinación de dichas técnicas.<sup>5\*</sup>

## 1.2.2. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Se define un diagnóstico de Enfermería como la exposición de una conclusión resultante del reconocimiento de un patrón derivado de un examen de enfermería del paciente. En ella se incluyen dos aspectos del diagnóstico:

- 1.- El proceso del diagnóstico y
- 2.- La decisión o diagnóstico verdadero .

---

<sup>5\*</sup> IYER, Patricia, et al, "Proceso y diagnóstico de enfermería", 2ª Edición, Editorial interamericana Mc Graw-Hill, España, 1993, Pág., 54.

**VALORACION**

Recopilación de datos  
- Directa  
- Indirecta



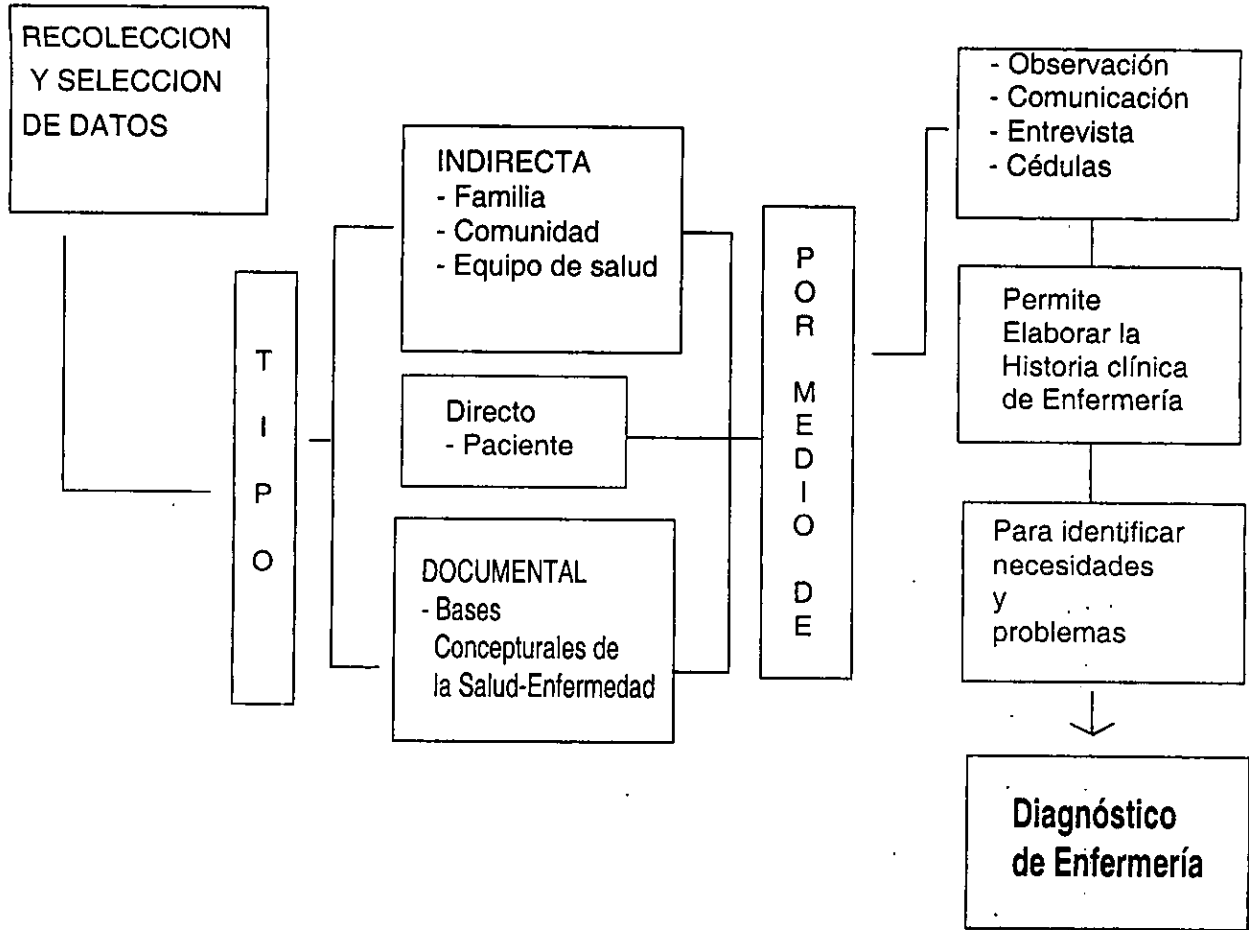
Identificar las necesidades y definir los problemas del paciente



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA



Base para seleccionar las intervenciones de Enfermería, para alcanzar los resultados reales y esperados





Los datos coleccionados durante la valoración son analizados e interpretados de forma crítica. Se identifican los diagnósticos de enfermería proporcionando un foco central para las siguientes fases, también van a ser un método eficaz de comunicación de los problemas del paciente. Esto brinda a la enfermera la oportunidad de elaborar un plan individualizado para el cuidado del paciente.

En esta parte la enfermera analiza los datos coleccionados al evaluar el estado de salud. Es importante darse cuenta de que el resultado de este proceso puede incluir problemas tratados principalmente por las enfermeras y problemas que requieren ser tratados por diferentes disciplinas

Para fundamentar el diagnóstico de enfermería la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), en 1973 publicó su primera lista de diagnósticos de Enfermería misma que ha crecido substancialmente y que se incorporaran al presente plan de cuidados.

Los diagnósticos se determinan que problemas pueden resolverse mediante intervenciones independientes de enfermería y que problemas requerirán de otro profesional de los cuidados de salud.<sup>6\*</sup>

Según L.J. Carpenito, dice que no todos los problemas que identifica una enfermera son necesariamente diagnósticos de enfermería. Ella cree que las enfermeras están implicadas en la identificación de dos tipos de problemas: los diagnósticos de enfermería (que implican el rol independiente de la enfermera) y los problemas interdependientes (que implican el rol interdependiente o de colaboración de la enfermera):

Estas son sus definiciones:

**Diagnóstico de Enfermería.-** Una formulación que describe la respuesta humana (un estado de salud-alteración real potencial de un patrón de interacción) de un individuo o grupo que la enfermera puede legalmente identificar y para el cual puede ordenar intervenciones definitivas para mantener el estado de salud o reducir, eliminar o prevenir alteraciones.

**Problema Interdependiente.-** Complicación fisiológica que es o puede ser resultado de situaciones fisiopatológicas o relacionadas con el tratamiento. Las enfermeras realizan el control de su inicio-estado y colaboran con el médico para su tratamiento definitivo.<sup>7\*</sup>

---

<sup>6\*</sup> ENEO, UNAM, "Antología Proceso Atención de Enfermería", García Albarran Ma. de los Angeles, Mata Cortés Ma. Magdalena, México, 1996, Pág., 52

### 1.2.2.1 TIPOS Y COMPONENTES DE LOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

El diagnóstico de enfermería es tanto una estructura como un proceso: La estructura de un diagnóstico de enfermería depender de su tipo.

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA REAL.**- Representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Al expresar un significado claro y preciso del diagnóstico, la definición debe ser conceptual y coherente con enunciado y las características que lo definen. El enunciado debe ser descriptivo y preciso del diagnóstico, en las características que lo definen hacen referencia a los datos clínicos (signos subjetivos y objetivos o síntomas) que, en conjunto apuntan a ese diagnóstico.

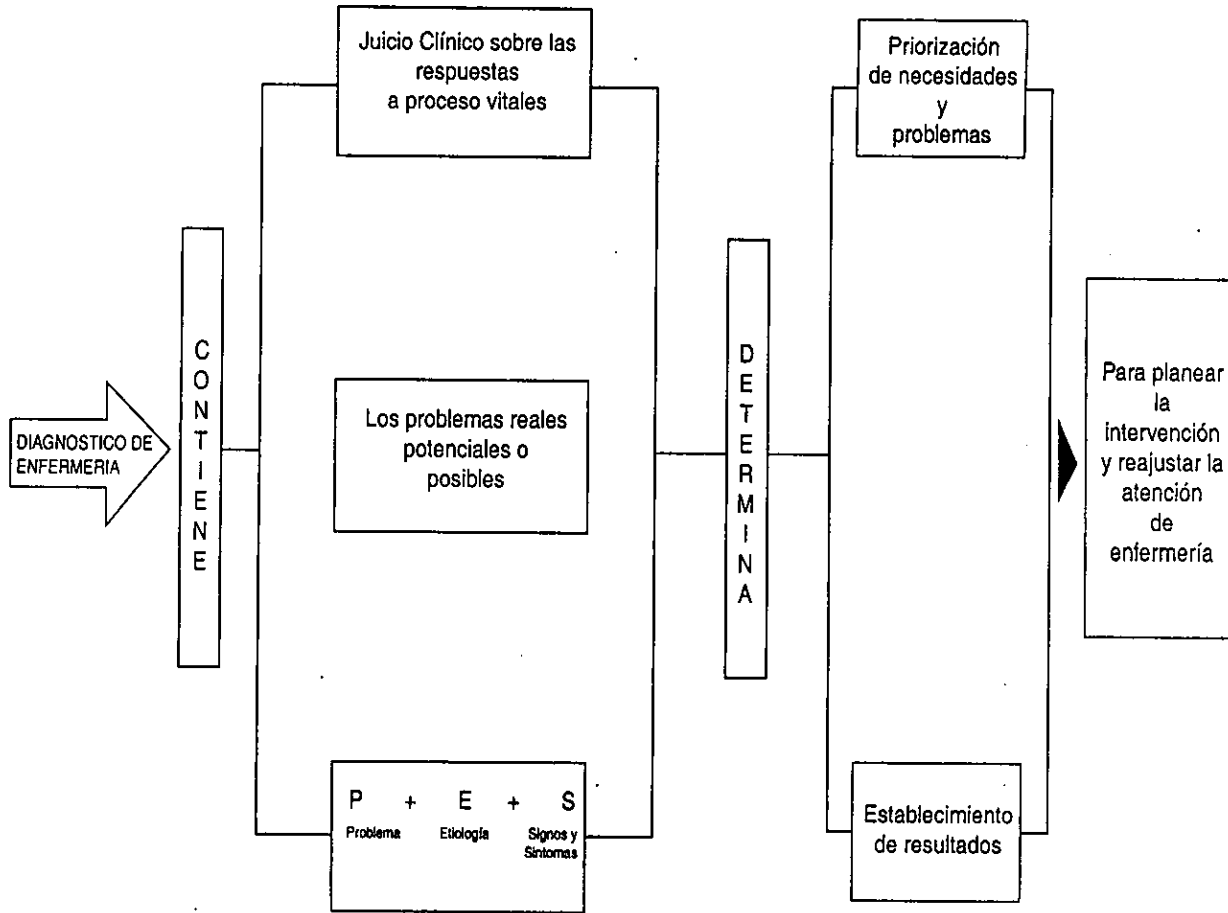
**DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA CON ALTO RIESGO:** según definió la NANDA un diagnóstico de Enfermería de alto riesgo es "un juicio clínico de que un individuo, una familia o una comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar". Actualmente todos los diagnósticos de enfermería potenciales comienzan por la frase "Alto riesgo de".

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA POSIBLES:** describen un problema sospechando para que se necesitan datos adicionales. La palabra posible se utiliza en los diagnósticos de enfermería para describir problemas que puedan existir que requieren datos adicionales para ser confirmados o descartados.

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA DE BIENESTAR:** Según la NANDA, un diagnóstico de enfermería de bienestar es un "un juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado"

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA DE SINDROME:** Son un desarrollo interesante dentro de los diagnósticos de enfermería. Los diagnósticos de enfermería de síndrome comprenden un grupo de diagnósticos de enfermería reales o potenciales que se supone que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados.

\*\* CARPENITO, Linda, Juall, "Diagnóstico de Enfermería y problemas asociados", 3º Edición, Editorial Interamericana Mc Graw-Hill, España, 1993, Pág., 710.



## El Formato P.E.S.

Son tres componentes esenciales del diagnóstico físico de enfermería que han recibido el nombre de formato PES. Estos tres componentes son:

El problema sanitario = (P)

El factor etiológico o relacionados = (E)

Las características de signos y síntomas que los definen = (S)

El formato PES se utiliza para describir una frase diagnóstica que plasma un diagnóstico de enfermería real aprobado por la NANDA. "Lo relacionado con" conectan el problema y la etiología, mientras se utiliza la frase "Que se manifiesta por", para conecta la etiología con los signos y síntomas.

La forma sería la siguiente:

Diagnóstico de Enfermería = Problema + Etiología + Signos y Síntomas  
  P                  E                  S

## PROBLEMAS CONJUNTOS

Además de los diagnósticos de enfermería y sus intervenciones correspondientes, a la práctica de esta profesión tiene o considera intervenciones que no se incluyen en la definición de diagnóstico de enfermería. Estas actividades atañen a problemas o complicaciones potenciales de origen médico y requieren intervenciones en colaboración con médicos y otros miembros del personal de atención a la salud. El término de problemas conjuntos se utilizaba para identificar estas situaciones.

Por consiguiente, al enfrentarse a problemas conjuntos la enfermera centra su atención en la vigilancia del paciente para la detección del surgimiento de complicaciones o cambios en el marco de condiciones existentes. Las complicaciones por lo general se relacionan con el proceso de enfermería del paciente o tratamientos, medicamentos o estudios diagnósticos. La enfermera también sistematiza las intervenciones de enfermería que son adecuadas para el tratamiento de las complicaciones y lleva a cabo el tratamiento prescrito por el médico.<sup>8\*</sup>

---

\* CARPENITO, Linda, J., "Diagnóstico de Enfermería y problemas asociados", 3ª Edición, Editorial Interamericana Mc Graw-hill, España, 1993, Pág. 711.

### **1.2.3. PLANEACION O PLANIFICACION**

La etapa de la planeación del proceso, se desarrollan estrategias para evitar, reducir o corregir los problemas identificados en el diagnóstico de enfermería.

Esta planeación comienza con el diagnóstico donde la enfermera va a conocer las necesidades del paciente y esta fase consta de varias etapas:

- 1.- Establecer prioridades para el diagnóstico de problemas.
- 2.- Fijar con el paciente los resultados para corregir, reducir o impedir los problemas.
- 3.- Escribir intervenciones de enfermería que conduzcan al logro de los resultados propuestos.
- 4.- Registro, en el plan de cuidados, de los diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería de forma organizada.

#### **PLAN DE CUIDADOS**

Tan pronto como identifica los problemas del paciente, la enfermera debe establecer prioridades, determinando cuáles son las más urgentes. Este PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA debe ser individualizado de manera que éste no pueda ser empleado por ningún otro paciente.

La fase de planeación del proceso de enfermería culmina con la elaboración del plan de cuidados. Dicho plan sirve para comunicar, a todo el personal de enfermería, la información siguiente:

- 1.- Los diagnósticos del ramo y las prioridades correspondientes.
- 2.- Los objetivos de las intervenciones de enfermería.
- 3.- Las intervenciones de enfermería.
- 4.- Los resultados esperados, con que se identifican las conductas que se pretenden en el paciente,
- 5.- El período en que se debe lograrse cada uno de los resultados.

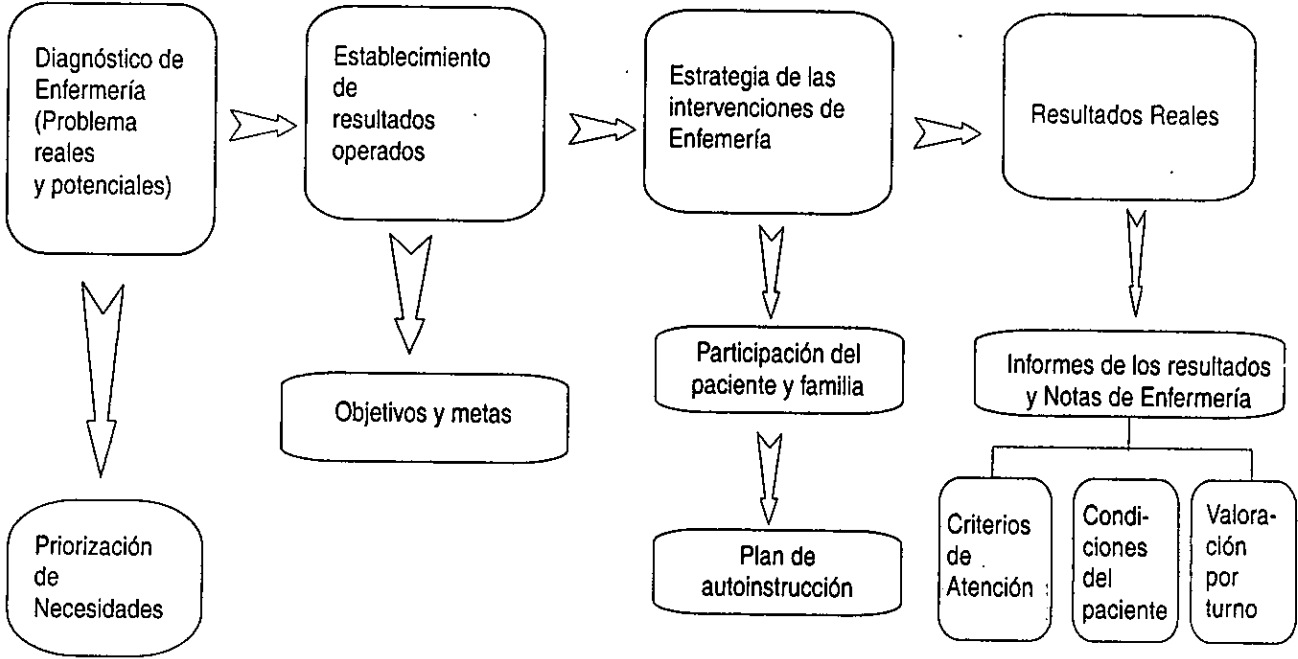
#### **1.2.3.1. OBJETIVOS**

Después de la consideración de prioridades, el establecimiento de objetivos es la tarea más importante de la fase de planeación esta son algunas razones de estos: Los objetivos son los pilares del plan de cuidado. Aquí se medirá el éxito del plan determinado si se ha conseguido los objetivos que habían fijado previamente.

Los objetivos dirigen las acciones. ¿Cómo sabrá lo que tiene que hacer si no sabe lo que pretende conseguir?.

Los objetivos son factores de motivación. Las personas generalmente actúan mejor si se les da un marco temporal para conseguir las cosas.

# PLANEACION



## OBJETIVOS A CORTO Y LARGO PLAZO

La administración de cuidados de acuerdo a los objetivos incluye el establecimiento de objetivos a corto y largo plazo.

Los objetivos a corto plazo son los que se deben alcanzar de forma relativamente rápida, con frecuencia en menos de una semana.

Los objetivos a largo plazo son aquellos que deben lograrse en un plazo de tiempo más largo, con frecuencia semanas o meses. La enfermera debe fijar varios objetivos a corto plazo para alcanzar un objetivo a largo plazo.

## OBJETIVOS CENTRADOS DEL PACIENTE

En vez de describir objetivos de enfermería, es decir, lo que la enfermera desea conseguir, se ha reconocido que la determinación de objetivos centrados en el paciente es un método eficaz para formular los objetivos. Esto se debe a que los objetivos centrados en el paciente se fijan en el resultado final deseado del plan de cuidados : Los beneficios que obtiene el paciente de los cuidados de enfermería. Determinación de objetivos de los diagnósticos de enfermería.

Para cada diagnóstico que se identifique en el plan de cuidados, debe identificar un objetivo centrado en el paciente que demuestre una mejora o resolución del diagnóstico de enfermería. La determinación de estos deriva directamente de los diagnósticos de enfermería que ha identificado.. Esto significa que si los diagnósticos son incorrectos, es muy probable que los objetivos sean inadecuados.<sup>9\*</sup>

### 1.2.3.2. JERARQUIZACION DE PRIORIDADES

Se debe tener un buen plan de cuidados para jerarquizar las necesidades del paciente dando prioridades para establecer o determinar los problemas que requieren atención inmediata, es decir, problemas amenazadores para la vida, y emprender de inmediato las acciones indicadas.

Determinar los diagnósticos de enfermería que se abordarán en el plan de cuidado de enfermería.

Determinar los problemas de enfermería interdependientes que requieren órdenes médicas para el diagnóstico, control ó tratamiento.

\* ALFARO, Rosalinda, "Aplicación del Proceso de Enfermería", 2 edición, Editorial Mosby -Doyma Libros, España, 1995, Pág., 105-107

## 1.2.4. EJECUCION

La cuarta fase del proceso de enfermería, la ejecución, es el paso en que se presta realmente la asistencia. Más que constituir un estadio separado, requiere que el personal de enfermería pase por todas las fases del proceso de enfermería efectiva también valoraciones adicionales; los datos obtenidos diagnósticos de enfermería y para modificar los resultados y actuaciones actuales, la planeación y la ejecución están estrechamente relacionadas .

La ejecución es el inicio y la terminación de las acciones necesarias para lograr los resultados definidos en la fase de planeación . Ejecución es brindar realmente los cuidados de enfermería individualizados donde nos dará ayuda a la continuidad y coordinación de estos, en el plan de cuidados.

Las intervenciones pueden llevarse a cabo por miembros del equipo de salud, el paciente o sus familiares. El plan de cuidados se utiliza de forma orientadora. La enfermera sigue recogiendo datos relacionados con el estado del paciente y su relación con el entorno. La ejecución del plan de cuidados de enfermería contribuye a un cuidado completo porque el plan considera los aspectos biopsicosociales del paciente. El plan de cuidados de enfermería se debe utilizar en sistemas de referencia para promover la continuidad del cuidado; de otro modo se pueden desarrollar lagunas o duplicaciones en el cuidado.

El paciente y su familia deben participar en la planeación del cuidado, ya que son fuentes clave de información y su compromiso en la planeación es aumentar la probabilidad de su cooperación con la ejecución.

La comunicación terapéutica es otro aspecto de particular importancia en la planeación del cuidado porque ayuda al paciente a identificar sus problemas, a explorar las posibles soluciones y a resolver los problemas. La enfermera tiene la responsabilidad de enseñar al paciente la información y habilidades que necesita saber para ejecutar el plan de atención.<sup>10\*</sup>

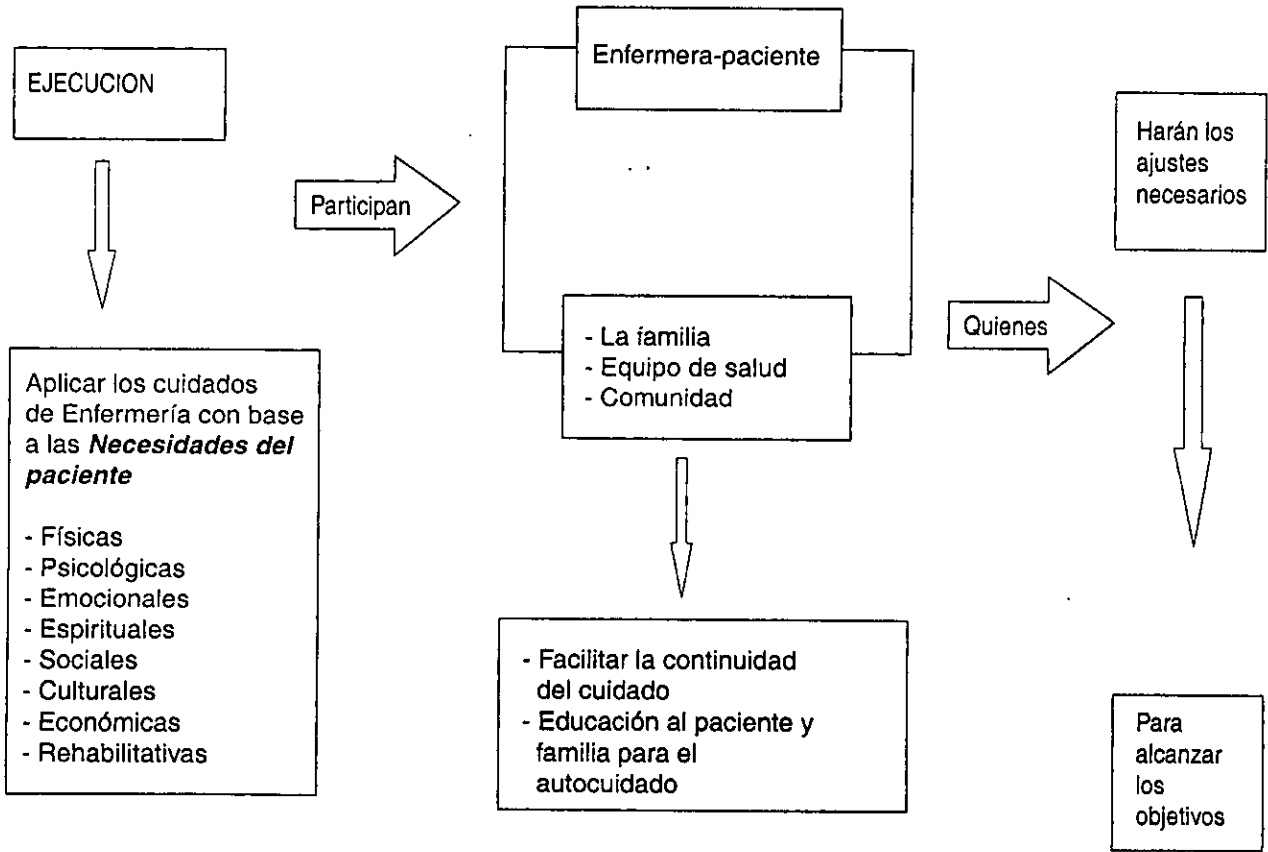
La enfermera se responsabiliza de tal ejecución pero incluye al paciente, sus familiares y otros miembros del personal de enfermería y asistencia general, según resulte apropiado. La enfermera coordina las actividades de todas las personas que participan en esta fase.

- \* El plan de atención de enfermería sirve de base para la fase de ejecución.
- \* Los objetivos inmediatos, mediatos y a largo plazo se emplean para dirigir la ejecución de las intervenciones de enfermería especificadas.

---

<sup>10\*</sup> ENEO, UNAM, "Antología Proceso Atención de Enfermería", García Albarran Ma. de los Angeles, Mota Cortés Ma. Magdalena, México, 1996, Pág., 93.





EJECUCION

Aplicar los cuidados de Enfermería con base a las **Necesidades del paciente**

- Físicas
- Psicológicas
- Emocionales
- Espirituales
- Sociales
- Culturales
- Económicas
- Rehabilitativas

Participan

Enfermera-paciente

- La familia  
- Equipo de salud  
- Comunidad

- Facilitar la continuidad del cuidado
- Educación al paciente y familia para el autocuidado

Quienes

Harán los ajustes necesarios

Para alcanzar los objetivos

- \* En la ejecución de dicha asistencia, la enfermera evalúa de manera constante al paciente y sus respuestas.
- \* Se hacen cambios al plan asistencial conforme se modifiquen el estado, los problemas y las respuestas del paciente y en la medida que se precise la re-asignación de prioridades.

### **1.2.5. EVALUACION**

Es la última fase del proceso de enfermería. Es un proceso continuo que determina hasta que punto se ha alcanzado los objetivos asistenciales. La evaluación del progreso del paciente se basa en la comparación entre el cuidado que se logró ofrecer y el cuidado que debería haber proporcionado la enfermera, este nos sirve como un mecanismo de retroalimentación que es útil para conocer a calidad de atención proporcionada en el cuidado de enfermería establecido en el plan de cuidados.<sup>11\*</sup>

Aunque se ha empezado la evaluación temprana durante las etapas precedentes del proceso de enfermería, controlando las respuestas del paciente a las intervenciones y realizando los cambios necesarios en el plan de cuidados, es durante esta etapa cuando debe complementarse una evaluación detallada del plan de cuidados.

Esta etapa se debe realizar las actividades:

- Establecimiento de criterios de la evaluación o resultados.
- Evaluación de los objetivos.
- Valoración de las variables que afectan el logro de los objetivos.
- Modificación del plan de cuidados o finalización de los cuidados de enfermería que se establecieron en el plan de cuidados.

En esta última etapa la enfermera valora el progreso del paciente, establece medidas correctivas si es necesario y revisa el plan de cuidados de enfermería.

---

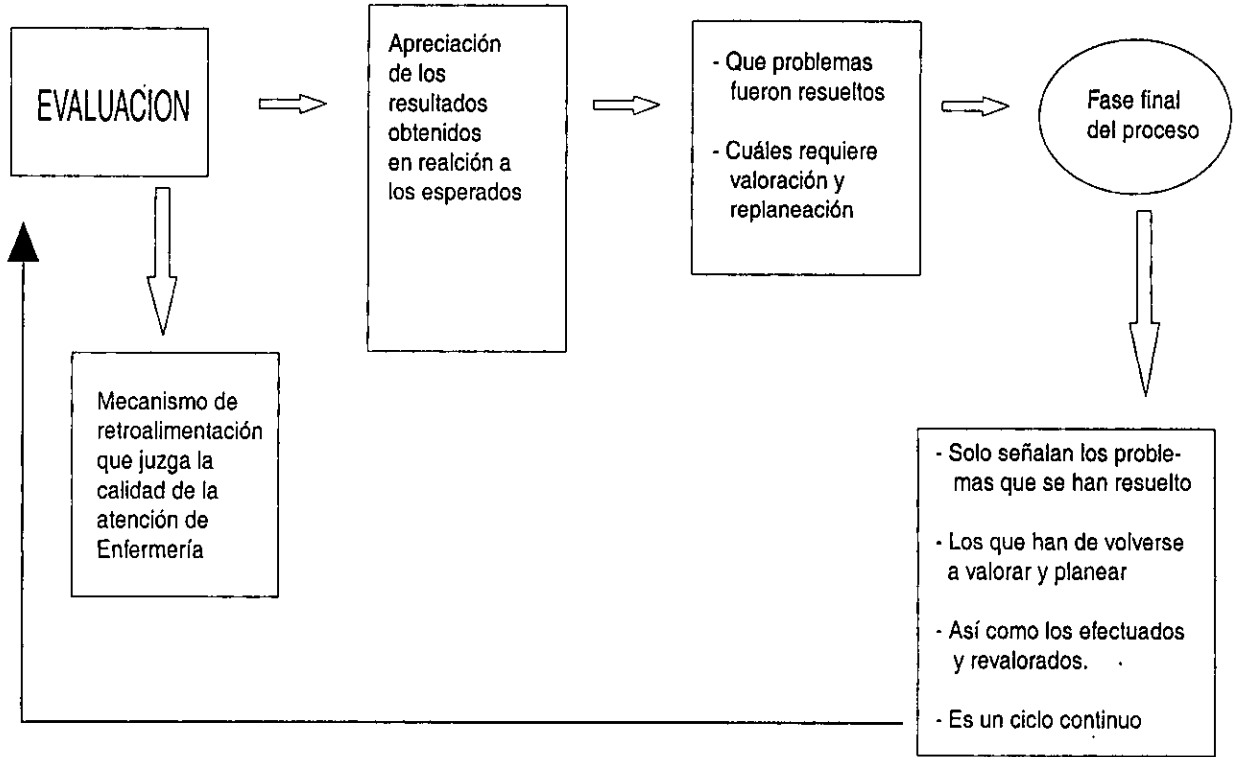
<sup>11\*</sup> ALFARO, Rosalinda, "Aplicación del proceso Atención de Enfermería", 2ª Edición, Editorial Moybay-Doyna Libros, España, 1995, Pág., 171.

1.2.5.1 EVALUACION DE LOS PROGRESOS DE ENFERMERIA.- Las consecuencias de la intervención de enfermería pueden ser positivas o negativas, anticipadas o inesperadas. Los efectos de la intervención deben ser evaluados periódicamente y la aplicación de la enfermería debe cambiar concomitantemente. La frecuencia de la reevaluación depende de cada situación. Un paciente que está en una Unidad de Cuidado Intensivo necesita reevaluaciones más frecuentes que otro que está en un pabellón de rehabilitación para enfermos crónicos.. En general, la enfermera está reevaluando constantemente el progreso del paciente que le asignan, hacia los objetivos mutuos definidos por el paciente y la enfermera. El comportamiento del paciente se compara con el comportamiento terminal descrito en los objetivos del plan asistencial y con los datos basados en los antecedentes asistenciales, para determinar el progreso del paciente.<sup>12\*</sup>

La consecución de los objetivos se evalúa comparando cada uno de ellos con los logros reales. Los resultados de la evaluación indican si cada objetivo se ha alcanzado de forma completa, de forma parcial ó no se ha alcanzado de forma completa, de forma parcial o en lo absoluto. En cualquiera de estas circunstancias, la comparación de los objetivos con los logros proporciona la base para poder modificar los primeros.

---

<sup>12\*</sup> DE BRUNNER , Suddarth, "Enfermería Médico Quirúrgica", Vol. I, 8ª Edición, Editorial Interamericana, España, 1999, Pág., 34.



### 1.3. TEORIA

Es un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistematizada de los fenómenos mediante el diseño de unas interrelaciones específicas entre los conceptos con el fin de describir, explicar y predecir.

### TEORICOS DE LA ENFERMERIA

FILOSOFIA.-Los primeros trabajos se basaron en el análisis, razonamiento y argumentos lógicos para identificar los fenómenos de la enfermería y las teorías existentes hasta la fecha. A finales de los 80 y principios de los 90, resurgió la filosofía de la enfermería humanísticas. Se han reunido en un grupo Nightingale, Wiedenbach , Adbellab, may, Warson y Benner debido a la visión que tenían de la enfermería humanística.<sup>13\*</sup>

### 1.3 GENERALIDADES DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

VIRGINIA HENDERSON.-Nació en 1897, siendo la quinta de ocho hermanos. Originaria de Kansas City, Missouri. En 1918, ingreso a la escuela militar en Washington, DC. en 1921 se graduó y acepto un puesto como enfermera el el Henry Steet Visiting Nurce Servicie de Nueva York. Ha hecho importantes contribuciones a la enfermería en sus más de 60 años de servicio como enfermera, profesora, autora e investigadora.

Ha publicado numerosas obras a lo largo de esos años. Su definición de la enfermería apareció por primera vez en 1955 en la quinta edición del textbook of the principles and practice of nursing de Hauner y Henderson.

Henderson indica que "la única función de la enfermería es atender al individuo, enfermo o sano, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila), y que el podría realizar sin ayuda si tuviera la fortaleza, voluntad o conocimientos necesarios, haciendo esto de tal forma que le ayude a conseguir independencia lo más rápidamente posible".

En el The Nature of Nursing señala las 14 necesidades básicas de los pacientes que constituyen los elementos de la atención de enfermería:

---

<sup>13\*</sup> ENEO, UNAM, "Antología de Teoría y Modelos", México, 1996, Pág., 12.

- 1.- Respiración.
- 2.- Comida y bebida.
- 3.- Eliminaciones.
- 4.- Movimiento.
- 5.- Reposo y sueño.
- 6.- Vestido.
- 7.- Temperatura corporal.
- 8.- Limpieza corporal.
- 9.- Seguridad del entorno.
- 10.- Comunicación.
- 11.- Religión.
- 12.- Trabajo.
- 13.- Ocio.
- 14.- Aprendizaje.

Su afirmación Teórica fue: LA RELACION ENFERMERA-PACIENTE.

En esta afirmación se puede establecer 3 niveles en la relación enfermera paciente que van desde una relación muy dependiente a la practica independiente.

- 1).- La enfermera como una substituta del paciente.
- 2).- La enfermera como auxiliar del paciente.
- 3).- La enfermera como una compañera del paciente.

Apoya una comprensión empática y dice que la enfermera necesita "introducirse en la piel de cada uno de los pacientes para saber lo que necesita".<sup>14\*</sup>

Considera que la labor de la enfermera es interdependiente con la de otros profesionales de la salud y compara del equipo con las porciones de un diagrama sectorial, dependiendo el tamaño del diagrama de las necesidades del paciente . El objetivo es que el paciente represente una porción cada vez mayor del diagrama a medida que aumenta su independencia.

## ACEPTACION POR LA COMUNIDAD DE LA ENFERMERIA

**EJERCICIO PROFESIONAL.-** Señala que si una enfermera considera que su función principal es el cuidado directo del paciente, recibir la compensación inmediata de observar un progreso en el mismo desde la dependencia a la independencia. En la fase de valoración, la enfermera debe regresar en el paciente los 14 com-

---

<sup>14\*</sup> MARRIER, Tomey, Ann, et al, "Modelo y Teoría en Enfermería" 4° Edición, Editorial Harcourt Bruce, 1999, Pág., 106.

ponentes de la atención básica en enfermería. En la fase de planeación supone trazar un plan que se ajuste a las necesidades del paciente, la actualización del plan según se requiera en función de los cambios, el uso del plan de cuidados como registro y la confianza de que se adapta a la planeación prescrita por el médico.

**FORMACION.-** Para que una enfermera ejerza su profesión de forma experta y aprovecha los métodos científicos para mejorar sus técnicas necesita contar con un tipo de formación que sólo es importante en las escuelas superiores y universales. HENDERSON creía que el valor de la educación derivaba no sólo de la suma de conocimientos adquiridos sino también de la confianza personal desarrollada en el instituto de educación superior del entorno.

Ella ha resaltado la importancia de crear en los estudiantes de enfermería el hábito de preguntar, participar en cursos, adentrarse en otros campos del saber, observar una atención eficaz y ofrecérsela en diversas circunstancias.

**INVESTIGACION.-** Recomendaba la investigación en bibliotecas actividades a la que ella era muy aficionada, consultando los fondos de las bibliotecas y las investigaciones enfermería.<sup>15\*</sup>

---

<sup>15\*</sup> MARRIER Torrey, Ann, etal, "Modelo y Teoría en Enfermería", 4a. Edición, Editorial Hancourt Bruce, España, 1999, pp. 107-110.

## 1.4 ANATOMIA Y FISILOGIA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO

### 1.4.1 APARATO GENITAL FEMENINO

Los genitales femeninos están constituidos por un conjunto de órganos, unos externos y otros internos.

Los genitales externos son: los labios mayores constituidos por dos repliegues de la piel que dejan en su parte media hendidura longitudinal, que va de delante hacia atrás o sea de la región del pubis a la región del ano.

En condiciones normales en la mujer adulta se implanta vello en dichos labios mayores. En medio de los labios menores que son dos repliegues mucosos, más pequeños que los labios mayores cuyo borde libre se extiende desde la parte inferior del pubis hasta la horquilla o parte inferior del vestíbulo o entrada vaginal.

Entre los dos labios menores se encuentra el vestíbulo vaginal o entrada al conducto de la vagina, que en la mujer virgen se encuentra parcialmente obturada por el himen. El himen es una delgada membrana mucosa cuya perforación permite la salida de las secreciones procedentes de los genitales internos y que después del parto o alguna otra maniobra traumática se rompe dejando libre la entrada a cavidad vaginal.

Por arriba del vestíbulo vaginal y en medio de los labios menores se encuentra una estructura de tejido eréctil denominada clitoris, que se inserta de arriba en la sínfisis del pubis. La cavidad vaginal es un conducto en cuyo fondo se encuentra implantada el útero o matriz. La entrada del útero recibe el nombre de hocico de tenca o cuello de la matriz. El útero es un órgano muscular en forma de pera, de vértice inferior y base superior; está formado por una gran capa muscular tapizada en su interior por un tejido secreto llamado endometrio.

A los lados y arriba del útero se abren las trompas de Falopio que dirigen hacia arriba y hacia afuera hasta aproximarse al sitio donde se encuentran los ovarios. Los ovarios son dos glándulas de secreción interna que poseen las células germinales llamados óvulos. A partir de la pubertad, época en la que el desarrollo de los órganos genitales se inicia. El funcionamiento de estos órganos se encaminan a la función reproductora.

Los ovarios situados próximos a la entrada de las trompas de Falopio, secretan dos tipos de hormonas; los estrógenos y la progesterona. Estas hormonas llamadas ováricas modifican la estructura y el funcionamiento de los órganos genitales femeninos a la vez que producen la instalación y el mantenimiento de los caracteres sexuales secundarios (pelo pubiano, pelo axilar, crecimiento mamario, voz de tonalidad aguda y grasa glútea).



Las gonadotropinas secretadas por la hipófisis, estimulan el funcionamiento ovárico a la vez que la maduración alternativa de los óvulos en los ovarios. La acción estrógena produce un engrosamiento del endometrio del útero aumentando en él la circulación sanguínea y el aporte de sustancias nutritivas. Este hecho prepara el endometrio a la anidación en el óvulo fecundado.<sup>18\*</sup>

Hacia el décimo cuarto día de iniciada la acción estrogénica se desprende de uno de los ovarios un óvulo maduro. Dicho óvulo pasa por la trompa de Falopio y llega al útero. Si no hay fecundación prosigue su camino, y también prosigue una serie de cambios que ocurren, motivados por la acción de la progesterona.

La acción de la progesterona afirma el embarazo si éste se ha producido, y de no ser así, desprende el endometrio engrosado por la acción estrogénica, cada veintiocho días. Veintiocho días dura, en la mayoría de las mujeres, el ciclo de alteración hormonal, y tres días dura generalmente el sangrado.

Entre dos sangrados menstruales consecutivos ocurre la maduración ovular llamada también ovulación. El óvulo degenera unas horas después que ha abandonado el ovario, probablemente en la trompa de Falopio; por este motivo y porque en cada ciclo se libera el óvulo, el periodo durante el cual puede tener lugar la fecundación es muy breve. Probablemente no mayor de 6 a 7 horas. Sin embargo el plazo durante el cual el coito puede producir concepción es relativamente largo ya que los espermatozoides masculinos conservan su poder fecundizante cuatro o cinco días.

Si se produce el embarazo cesa el ciclo menstrual durante nueve meses que es el tiempo que dura la formación, crecimiento y maduración del ser humano en el interior del útero. La fecundación es la unión del espermatozoide del hombre con el óvulo de la mujer. Dos células haploides se convierten en un diploide. El ser humano así formado, y constituido en ese momento por una célula, se anida en una de las paredes uterinas e inicia su desarrollo, crecimiento y mitosis, al mismo tiempo que en su alrededor se forman y se desarrollan un conjunto de anexos ovulares que lo ayudarán a vivir y lo mantendrán unido al organismo de su madre. Las hormonas ováricas son substituidas por las hormonas placentarias que inhiben a la gonadotropina hipofisiaria. A medida que transcurre el tiempo el útero crece porque crece su contenido. El ser humano recibe el nombre de embrión en los tres primeros meses, y el nombre de feto en los seis meses siguientes. El útero ha permanecido herméticamente cerrado hasta el momento en que, sin saberse la causa, después de nueve meses de gestación, el músculo uterino se contrae enérgicamente, periódica y rítmicamente, cada vez con mayor frecuencia y con mayor inten-

---

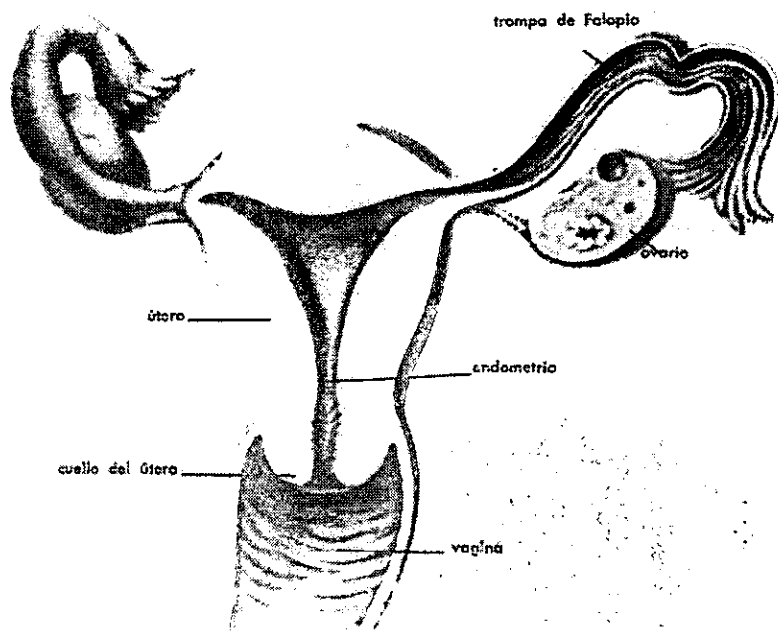
<sup>18\*</sup> RODRIGUEZ, Pinto, Mario. "Anatomía, Fisiología e Higiene", 8a. Edición, Editorial Progreso, México, 1986, pp. 36-37.

sidad, de modo tal que en el lapso de unas cuantas horas expulsa el niño al exterior, a través del cuello uterino y de la vagina.<sup>17\*</sup>

---

<sup>17\*</sup> RODRIGUEZ, Pinto, Mario "Anatomía, Fisiología e Higiene", 8ª. Edición, Editorial Progreso, México, 1986, Pág., 138-139.

15. CORTE TRANSVERSAL DE UTERO, TROMPA DE FALOPIO Y OVARIO  
(TAMANO NATURAL)



## 1.4.2 UTERO

El útero o matriz, es un órgano hueco destinado a contener el huevo fecundado durante su evolución y a expulsarlo, cuando éste ha alcanzado su desarrollo completo.

**Situación.** Está situado en la parte media de la excavación pélvica, entre la vejiga y el recto, por arriba de la vagina y por debajo de las asas intestinales.

**Forma.** Tienen la forma de un cono truncado y aplanado de adelante atrás, de base superior y de vértice inferior. Presenta en la unión de su tercio inferior con sus dos tercios superiores, un estrechamiento circular llamado istmo, que lo divide en una parte superior o cuerpo y una parte inferior o cuello.

**Número.** El útero es único normalmente, pero puede ser doble o bien estar atrofiado hasta faltar totalmente.

**Dimensiones:** El útero de la nulípara mide siete centímetros de longitud por cuatro de ancho en su cuerpo y dos en su cuello, con un espesor medio de dos y medio centímetros. En la múltipara su longitud es de ocho centímetros, de ancho alcanza cinco y de espesor tres centímetros. Tiene un peso de cuarenta a cincuenta gramos en la nulípara, llegando de sesenta a setenta gramos en la múltipara.

**Dirección.** Se distingue la dirección absoluta, cuando se considera aislado de la matriz y la relativa, tomando en cuenta las paredes pélvicas.

El eje de la matriz no es recto, pues presenta en la unión del cuello con el cuerpo un ángulo obtuso, abierto hacia abajo y adelante. Su abertura normal varía entre 140 y 170 grados. Cuando es demasiado cerrado, se dice que hay anteflexión; al contrario, cuando se halla invertido y, por tanto, abierto hacia atrás, se dice que hay retroflexión. Si el ángulo se presenta en uno de sus lados se dice que hay lateroflexión hecho que puede ocurrir aunque el ángulo anterior se presente más o menos marcado.

La dirección relativa del útero se define también tomando en cuenta la posición del punto central que normalmente pasa muy poco por delante de un plano que pase por las espinas ciáticas y en una línea vertical que pase por el centro del perineo. Puede, anormalmente, estar el punto central por delante, por atrás o por un lado de la posición normal constituyendo un verdadero desalojamiento uterino que se denomina, según el caso, anteposición, retroposición y lateroposición.

Cuando, sin cambiar el punto central, el útero dirige su cuerpo hacia delante y su cuello hacia atrás, se dice que hay anteversión. Si la dirección es en sentido contrario se dice que ha retroversión. Finalmente, en caso de que se incline hacia uno de sus lados se habla de lateroversión.

La posición normal es en situación central, con ligera anteflexión y ligera anteversión.

Normalmente el útero presenta, aunque en coarta extensión, desviaciones provocadas por la repleción o vacuidad de las vísceras adyacentes y aun por la posición que adopte la mujer.

Medios de fijación del útero. El útero está sostenido en una posición normal por seis ligamentos, constituidos por repliegues peritoneales que contienen en su interior las formaciones ligamentosas propiamente dichas. También contribuye a su fijación la cúpula vaginal y los músculos del perineo. Los ligamentos uterinos, pares y simétricos, son los ligamentos anchos, los ligamentos redondos y los uterosacros. Configuración exterior y relaciones. En el útero se considera una posición superior o cuerpo y otra inferior o cuello, unidas por el istmo.

Configuración interior del útero. Interiormente el útero presenta una cavidad aplanada de adelante atrás que comunica por abajo con la cavidad vaginal, y por arriba, el nivel de sus ángulos con las trompas uterinas. La configuración de las paredes de esta cavidad es distinta en el cuello y en el cuerpo.<sup>18\*</sup>

Constitución anatómica. El útero está constituido por tres capas: una serosa externa, otra muscular media y una mucosa interna.

La capa serosa, como ya se indicó, cubre su base y su cara anterior hasta el istmo, donde se refleja para cubrir la vejiga, formando el fondo de saco vesicouterino. Cubre también la cara posterior, y desciende hasta revestir parte de la pared posterior de la vagina en una extensión de dos a tres centímetros. Se refleja luego para cubrir las caras anterolaterales del recto, formando el fondo de saco rectovaginal o de Douglas. El mismo peritoneo que ha cubierto sus caras, al llegar a los bordes del útero, se adosa para constituir el ligamento ancho. Se adhiere más íntimamente al útero en su fondo y en sus dos tercios superiores, mientras en su tercio inferior el contacto entre la capa muscular y la serosa se hace por medio del tejido celular flojo.

La capa muscular, muy desarrollada está constituida por fibras musculares lisas, dispuestas en tres capas. La capa externa está formada a la vez por fibras longitudinales y transversales. Las primeras se distribuyen en la parte media de la cara anterior, ascienden al fondo y descienden a la cara posterior en forma de herradura; constituyen el fascículo ansiforme de Hélie. Estas fibras no pasan todas directamente de una cara a la otra, pues muchas de ellas, al llegar a la base, cambian de dirección, dirigiéndose a los orificios de la trompa uterina. Por abajo parte de las fibras longitudinales, descienden hasta el tercio superior del cuello y otras se detienen en el istmo.

Las segundas, fibras transversales, están situadas por debajo de las anteriores en el cuello uterino. Van de borde a borde, y muchas de ellas al llegar a él se dirigen

<sup>18\*</sup> QUIROZ Gutiérrez, Fernando "Tratado de Anatomía Humana" Tomo III, 12ª. Edición. Editorial Porrúa, S.A., México, 1993, pp. 321-324.

hacia la cara opuesta, otras se continúan a el ligamento ancho, y las de la base se prolongan con las fibras longitudinales de la trompa uterina. Entre estas fibras transversales se encuentran numerosos vasos sanguíneos. Su límite por abajo es el istmo, donde se continúa con la capa muscular profunda de la vagina y con los elementos musculares de los ligamentos uterosacros.

La capa media o capa plexiforme se halla formada por haces que se entrecruzan en todos los sentidos y albergan entre sus mallas gran cantidad de canalñes venosos y ssnemos uterinos (stratum vasculosum) una vez que los vasos han perdido sus paredes. Las cavidades musculares se encuentran revestidas por endotelio que se les adhiere íntimamente y permite la circulación sanguínea. La capa interna está constituida de manera idéntica a la externa, pór haces longitudinales que van de cara a cara y haces que al nivel de la ase se desvían hacia las trompas uterinas.<sup>19\*</sup>

---

<sup>19\*</sup> QUIROZ Gutiérrez, Fernando "Tratado de Anatomía Humana", Tomo III, 12ª. Edición, Editorial Porrúa, S.A. México, 1993, pp 325-327.

### 1.4.3 FISILOGIA MATERNA DURANTE EL EMBARAZO

#### EFFECTOS DEL EMBARAZO SOBRE EL ORGANISMO MATERNO

El embarazo afecta al organismo materno en su totalidad, pero de manera especial a los órganos genitales y glándulas mamarias, que presentan importantes cambios anatomofisiológicos.

#### CAMBIOS EN EL ÚTERO.

Estudios recientes señalan que el músculo uterino pertenece a una variedad específica de tipo sincicial que durante la gestación permite que ocurra un incremento muy grande en su tamaño y capacidad; de ser un órgano de 8 cm de longitud con una capacidad de 10 a 20 ml en su cavidad y 60g de peso, pasa a tener al final del embarazo una longitud de 35 cm, un peso de 800 a 1200 g. y una capacidad de 6 a 8 litros en su interior, es decir, aumenta más de 500 veces su capacidad original; así se forma un recipiente muscular que contiene el feto, a la placenta y al líquido amniótico.

Aumento de tamaño del Utero durante la gestación		
Al inicio	Peso	Al término
60 g		800 a 1200 g
	Longitud	
7 a 9 cm		35 cm
	Anchura	
5 cm		20 cm
	Capacidad	
10 a 20 ml		5 a 101 ml

El crecimiento tan notable del útero obedece a los factores siguientes:

1. Hipertrofia. Aumento del tamaño de cada fibra muscular. De 50 micras alcanza hasta 200 a 600 micras cada una. Es el factor de crecimiento más importante al inicio del embarazo.
2. Estiramiento de las fibras miometriales. Cada fibra se destiende ejerciendo su capacidad elástica a demanda de la presión excéntrica que origina el crecimiento del producto.
3. Hiperplasia. Aumenta de fibras musculares por la formación de nuevas células, que ocurren en los primeros meses de embarazo.

4. Aumento de tejido conectivo, de tipo mesenquimatoso. Aparece entre la bandas musculares al inicio de la gestación.
5. Hipertrofia de vasos sanguíneos y linfáticos. Esta hipertrofia esta condicionada por el aumento de flujo sanguíneo, fuera del embarazo es de 50 ml por minuto y al final llega a ser de 700 ml por minuto. Este aumento corresponde al 80% a la placenta y el 20% al miometrio y decidua. Los vasos sanguíneos, principalmente las venas, que constituyen los lagos venosos del lecho placentario y los linfáticos aumentan de calibre.
6. Hipertrofia de fibra nerviosas del útero (Gánglio cervical de Franfenhauser).

#### FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL CRECIMIENTO UTERINO.

En los primeros meses del embarazo, el crecimiento uterino obedece al estímulo que produce la acción de los estrógenos; posteriormente, dicho crecimiento se debe a factores mecánicos de estimulación.

Primer Trimestre. Estimulación hormonal por los estrógenos, tal vez principalmente por la progesterona.

Segundo y tercer trimestres. Estimulación mecánica, la cual está determinada por el desarrollo fetal progresivo.

- a) Construir un saco muscular de 3 a 5 mm de espesor.
- b) Tener sus paredes delgadas, blandas y depresibles.
- c) Permitir efectuar a través de ellas, la palpación de las partes fetales.
- d) Ser moldeables al feto y ceder a los movimientos del mismo.
- e) Contraerse en forma irregular (contracciones de Braxton Hicks).

Las paredes uterinas están constituidas básicamente por fibras musculares, que se organizan en capas siguiendo direcciones precisas. Estas capas son:

- a) Externa. Capa de fibras longitudinales que forman capuchón que prolonga hacia los ligamentos.
- b) Intermedia. Capa de fibras musculares entrelazadas a través de las cuales pasan los vasos sanguíneos. (Se comportan siguiendo un trayecto en forma de 8). Sin duda es la capa más importante del útero, ya que produce constricción de los vasos uterinos al contraerse (ligaduras de Pinard).
- c) Interna. Capa compuesta por fibras que se agrupan constituyendo esfínteres al nivel de ambos ostiums tubarios y en orificio cervical interno.

#### CAMBIOS DE CÉRVIX.

Durante el embarazo ocurren los siguientes cambios al nivel de cérvix uterina:

- a) Reblandecimiento y cianosis a causa de vascularización y edema.
- b) Hiperplasia e hipertrofia de las glándulas cervicales.



- c) Alteraciones en la mucosa cervical, que dan lugar a la producción de tapón mucoso.
- d) A partir del cuarto mes de embarazo hay incorporación de fibras cervicales a la porción interna del útero, con lo cual se va formando progresivamente el segmento uterino.
- e) Aumento en la frecuencia de "erosiones" por eversión de las glándulas endocervicales.

#### CAMBIOS EN LOS OVARIOS.

En los ovarios los cambios principales que ocurren durante el embarazo son:

- a) Supresión del desarrollo folicular y, por tanto, de la ovulación.
- b) Crecimiento del cuerpo amarillo (funciones hasta 10 a 12 semanas) en uno de los ovarios.
- c) Aparición de una reacción decidual importante en la superficie ovárica.
- d) Aumento del calibre de los vasos ováricos.

#### CAMBIO EN LAS TROMPAS DE FALOPIO.

Las principales modificaciones a este nivel son:

- a) Hipertrofia moderada
- b) Aumento de vascularización
- c) Disminución de la motilidad tubaria.

#### CAMBIOS EN LA VAGINA.

En la vagina se observan las modificaciones siguientes:

- a) Aumento de vascularización, con coloración violácea.
- b) Secreción abundante (leucorrea blanquesina), con pH 3.5 a 6, por alto contenido de ácido láctico, que sirve para proteger a la cérvix de la invasión de bacterias patógenas.
- c) Aumento del espesor de la mucosa.
- d) Relajamiento de tejido conectivo.
- e) Hipertrofia de fibras musculares lisas.

Los tres últimos factores dan lugar a aumento de grosor de las paredes vaginales y a mayor elasticidad de las mismas.

#### CAMBIOS DE MAMAS.

En las mamas se observan los cambios siguientes durante el embarazo:

- a) Aumento de sensibilidad.
- b) Incremento de tamaño.
- c) Presencia de nódulos palpables por hipertrofia alveolar.

- d) Congestión de venas superficiales (red venosa de Haller).
- e) Aparición de la aréola secundaria.
- f) Mayor excitabilidad del pezón.
- g) Aparición de tubérculos de Montgomery.
- h) En ocasiones, precisa de un líquido llamado calostro.

#### CAMBIOS EN LA PARED ABDOMINAL.

En la pared abdominal de la mujer embarazada se puede observar, cuando ocurre la distensión de la piel por el crecimiento uterino, la presencia de estrías originadas por la ruptura de las fibras elásticas de la capa reticular de la piel. Estas lesiones son de color violáceas cuando se trata del primer embarazo y adquieren un color blanco nacarado si la paciente es multigesta.

Con cierta frecuencia se encuentran hernias umbilicales de diferentes tamaños y diastasis de los músculos rectos anteriores del abdomen durante el embarazo.

Repercusión del embarazo en otros órganos.

**Hipófisis.** Aumento importante del volumen de esta glándula en el último mes; desarrollo notable de las llamadas "células cromóforas del embarazo", descenso de la producción de hormona estimulante del folículo.

**Tiroides.** Aumenta su volumen gracias a que recibe mayor vascularización; eleva su metabolismo basal a causa del oxígeno que consume el útero y la unidad feto-placentaria.

**Corazón y sistema circulatorio.** El peso de este órgano aumenta 25 g, modifica su posición y se ubica horizontalmente debido a la elevación del diafragma, lo cual ocasiona la desviación del eje eléctrico a la izquierda, de 58 a 47 grados. El choque de la punta cardíaca se precisa arriba del cuarto espacio intercostal, fuera de la línea medio claviclar. Esto produce modificaciones electrocardiográficas y de la silueta cardíaca en estudio radiológico. No se encuentra relación alguna entre el peso de la madre y el electrocardiograma.

El corazón retorna su posición original en la cuarta semana del puerperio.

Durante el primer y segundo trimestre del embarazo al gasto cardíaco aumenta paulatinamente y alcanza su mayor nivel entre las semanas 28 y 32; el volumen plasmático aumenta entre 20 y 30%.

La gestante puede presentar soplos sistólicos ocasionales, extrasístoles y taquicardia. La velocidad de la circulación sanguínea se incrementa al aumentar la cantidad de sangre circulante y el volumen cardíaco minuto y al disminuir la resistencia periférica y la viscosidad sanguínea. La frecuencia cardíaca aumenta ligeramente hacia la semana 36 y disminuye al final del embarazo.

La presión arterial experimenta poca variación; la presión venosa con cifras de 4 a

8 cm de agua fuera del embarazo, aumenta hasta 24 cm de agua después del quinto mes.

En el ecocardiograma se observa un moderado aumento de las dimensiones del ventrículo derecho y el diámetro sistólico del ventrículo izquierdo.

Hay hipercontractibilidad miocárdica por efecto estrogénico.

El embarazo ocasiona una sobrecarga cardiocirculatoria progresiva que no rebasa la capacidad de reserva del corazón sano, pero si la del enfermo, pudiendo provocar una insuficiencia cardiaca. A ésta el maestro I. Chávez denominó "síndrome gravídico circulatorio", que está constituido por:

- a) Trastornos del ritmo cardíaco: arritmia sinusal, respiratoria o vasosimática, que no tiene ninguna repercusión patológica.
- b) Aumento de la frecuencia cardíaca o taquicardia.
- c) Desviación a la izquierda del eje eléctrico, con promedio de 47º (recuérdese que el promedio del corazón sano es de 58º).
- d) R I mayor que R. II.
- e) R III pequeña o ausente (menos de 3mm)
- f) S III profunda con voltaje de más de 25% del de R.
- g) T III negativa.
- h) Q III profunda.
- i) P II y P III negativas.
- j) S I profunda.
- k) QRS empastado o complejo en W o M en D III
- l) Presencia de Q en VF (Burwell).
- m) Desnivel del segmento ST en desviaciones precordiales.
- n) Onda T de bajo voltaje (0.25 a 1 mm).

#### Aparato Respiratorio.

Modificación de la capacidad torácica de la paciente, debido a la elevación del diafragma, en tanto que la capacidad vital pulmonar permanece constante. Aumento de la velocidad de ventilación de 7.41 l/min a 11 l/min al final del embarazo.

#### APARATO DEGESTIVO.

Aumento de caries dentales por alteraciones en la saliva y cambios histológicos gingivales (gingivitis hipertrófica). Disminución de la pepsina y ácido clorhídrico libre y de la acidez total de jugo gástrico. Reducción de la motilidad gástrica, hipotonía del conducto gastrointestinal; relajación del esfínter cardioesofágico que ocasiona pirosis hasta el quinto mes.

#### HÍGADO

Se observa discreta estasis biliar.

## PIEL.

Esta experimenta pigmentación en zona específicas (cloasma facial, pezones, línea morena del abdomen, genitales externos y músculos) debida a cambios en la melalina. Hiperactividad de glándulas sudoríparas y sebáceas.

## ARTICULACIONES.

Hay relajamiento de articulaciones pélvicas y cambios posturales a medida que avanza el embarazo.

## APARATO URINARIO.

Presentación de síntomas compresivos en el triángulo vesical (alteraciones en la micción). Hiperperistaltismo uretral (dilatación del uréter derecho). Estasis urinaria que propicia infecciones. En el riñón aumenta el flujo plasmático, por lo que las asas glomerulares se encuentran rebosantes de sangre, fenómeno que, aunado a lo delicado de la membrana capsular, origina un aumento progresivo del filtrado glomerular, que en la semana 26 del embarazo excede del 50%. Desde 1856, Blot descubrió la existencia de glucosa en la orina de embarazadas no diabéticas; es frecuente encontrar lactosa y glucosa en la orina de la gestante por aumento del filtrado glomerular.

Desde el punto de vista psicoemocional, se presentan las siguientes alteraciones.

- Estado de ánimo cambiante.
- Depresión mental pasajera.
- Crisis de llanto injustificado.
- Irritabilidad mental y agotamiento.

## CAMBIOS METABÓLICOS.

Existen factores que intervienen en el aumento de peso de la madre, como son:

- Aumento progresivo del tamaño del feto y placenta.
- Elevación del volumen de líquido amniótico.
- Hipertrofia de útero y mamas.
- Crisis de llanto injustificado.
- Irritabilidad mental y agotamiento.

Cambios metabólicos.

Existen factores que intervienen en el aumento de peso de la madre, como son:

- Aumento progresivo del tamaño de feto y placenta.
- Elevación del volumen de líquido amniótico.

- Hipertrofia de útero y mamas.
- Mayor retención de agua.
- Acumulación de grasa y proteína.
- Aumento de volumen sanguíneo.
- Hipertrofia de otros órganos.
- Aumento de lípidos.

El peso de la madre se incrementa paulatinamente durante todo el embarazo; en el segundo trimestre el incremento de peso es de 500g por mes y en los finales llega a ser de 1500g o más.

**Metabolismo del agua.**

Al término del embarazo una mujer retiene un promedio de 6.8 litros de agua, debido a los siguientes factores:

- a) Presión hidrostática intracapilar.
- b) Aumento de presión venosa en miembros inferiores.
- c) Presión osmótica coloidal.
- d) Permeabilidad capilar elevada.
- e) Retención de sodio.

La retención excesiva de agua se traduce en edema, y se manifiesta por el aumento súbito de peso corporal.

**CAMBIOS HEMATOLÓGICOS.**

El crecimiento del feto requiere del suministro constante de sustancias nutricionales y de la eliminación de los residuos metabólicos, hecho que se efectúa a través de la sangre, de que se incrementa la circulación uterina y ovárica.

El flujo sanguíneo uterino disminuye proporcionalmente a la intensidad de la contracción miometrial.

El volumen sanguíneo aumenta durante el embarazo ya que se requiere llenar el espacio intravascular que condiciona el desarrollo de la placenta. Dicho volumen está constituido por una parte sólida, representada por los elementos figurados de la sangre, y una parte líquida, que es el plasma.

- a) Satisfacer la demanda del útero que se encuentra aumentada por la hipertrofia del sistema vascular del mismo.
- b) Proteger a la madre y el feto contra los efectos que ejercen las alteraciones del retorno venoso al ocurrir cambios bruscos de posición (supina erecta y viceversa).
- c) Salvaguardar a la madre contra los efectos de la pérdida sanguínea durante el parto.

El aumento de eritrocitos durante el embarazo está en relación directa con el aumento de la demanda de oxígeno, ya que estas células constituyen el transporte natural de este elemento. Con base en la creciente demanda de oxígeno se acel-

era la producción de eritrocitos; sin embargo, el lapso vital de ellos continúa siendo de 100 días, en promedio igual que si no existiera embarazo; sin embargo, aumenta un poco la cantidad de formas jóvenes o reculocitos.

Las concentraciones de hemoglobina (Hb), hematócrito (Ht) y glóbulos rojos disminuyen durante el embarazo, porque el aumento plasmático es mayor (anemia aparente del embarazo). La cifra promedio de Hb es de 12 g%.

No es recomendable atender un parto con cifras inferiores a 10g% de hemoglobina.

Durante el embarazo aumenta el número de leucocitos a expensas de polimorfonucleares neutrófilos, principalmente, y plaquetas. Se consideran cifras normales de 10 000 a 12 000 leucocitos; durante el puerperio pueden elevarse aún más.

Las proteínas gamma y beta globulinas disminuyen en el primer trimestre y ascienden a su nivel previo al final del embarazo.

El fibrinógeno se eleva de 250 mg, al inicio del embarazo, hasta 300 a 4000 mg a las 36 semanas, y desciende a 150 mg durante el puerperio inmediato. Aumenta también el factor II protrombina, factor V proacelarina, factores VII, VIII, IX, X y XII y disminuyen los factores XI y XIII.

La sedimentación globular se encuentra acelerada por el aumento de fibrinógeno, por lo que no puede emplearse esta prueba como método diagnóstico de infección durante el embarazo.

Los lípidos séricos como el colesterol (precursor de los estrógenos y la progesterona), al igual que los triglicéridos, aumentan considerablemente en la gestación y disminuyen después del parto.

#### REQUERIMIENTOS DE HIERRO.

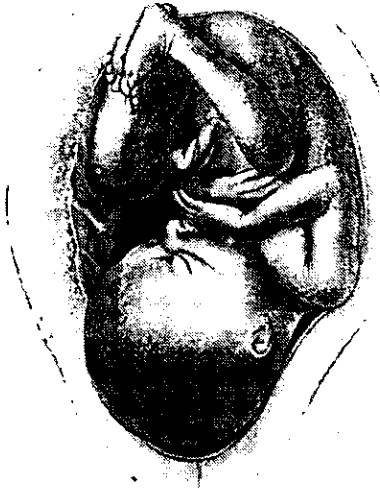
La mayoría de las embarazadas requieren un ingreso adicional de este elemento (6 a 7 mg al día), ya que no tienen reservas para cubrir sus demandas.

La administración de 60 a 80 mg de hierro diario y 800 a 1000 mg de folato, nivelan los requerimientos de hierro durante el embarazo.

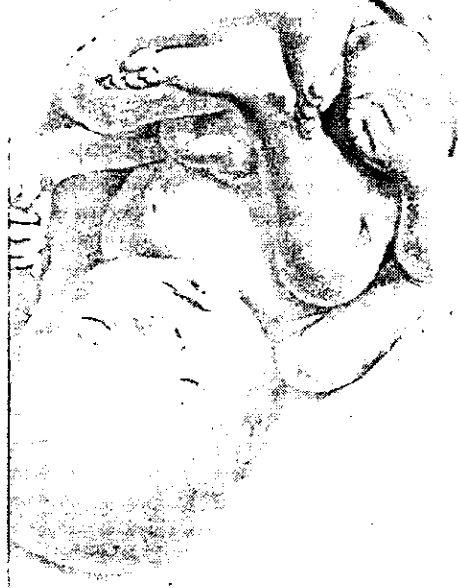
El feto, empero, no ve alterado el suministro del hierro que necesita, puesto que a través de la placenta lo toma la madre.

La absorción de este elemento por el intestino se encuentra aumentada. Las cantidades adicionales de hierro y las propias de la alimentación deben continuarse hasta el puerperio. <sup>20\*</sup>

ANATOMIA DE LA GINECOLOGIA  
Y OBSTETRICIA



LA FIGURA



#### 1.4.4 LA PLACENTA

##### CARACTERISTICAS GENERALES:

La placenta madura, es un órgano carnosos, redondeado y aplanado, de color rojo azulado, sus diámetros miden 15-20 centímetros y su espesor es de 3 centímetros, pesa de 400 a 600 gramos o sea, más o menos, a la sexta parte del peso del recién nacido. El cordón umbilical (Funis) se extiende de la superficie fetal de la placenta al ombligo del producto. Las membranas fetales se originan del margen placentario. En los embarazos múltiples puede existir una o más placentas, de acuerdo con el número de huevos implantados y el tipo de segmentación que se siga. La placenta tiene un origen mixto, o sea, materno-fetal. Al término, cerca de cuatro quintos son de origen fetal.

La posición materna de la placenta está constituida por hojas comprimidas de decidua basal, vestigios vasculares y en su periferia por decidua esponjosa. La placenta se divide en cotiledones por surcos o hendiduras irregulares. Al desprenderse la placenta de la pared uterina en el alumbramiento materno aparece rugosa, roja y esponjosa.

La posición fetal de la placenta está constituida por numerosos vellosidades, son éstas ramificaciones terminales de la circulación fetal, sirviendo así mismo como medio de transporte para los productos metabólicos. La superficie vellosa expuesta a la sangre materna, se ha calculado en 50 m<sup>2</sup>. El sistema capilar fetal dentro de las vellosidades tiene una longitud de caso 50 km. La mayoría de las vellosidades flotan libres en el espacio intervelloso, pero una que otra vellosidad - garfio ancla a la placenta en la decidua basal. La superficie fetal de la placenta está recubierta por membranas amnióticas, son lisas y brillantes. Las ramas de los vasos umbilicales circulan sobre estas membranas antes de introducirse en la placenta.<sup>20\*</sup>

##### LOCALIZACION:

La placenta definitiva aparentemente tiende a formarse y a delimitarse así misma en la zona en la que el suministro de sangre es más satisfactorio. Cuando la implantación tiene lugar en la posición más inferior del útero, lo que casi con seguridad es el antecedente anatómico de la placenta previa, el suministro de sangre no es tan eficiente como lo es en el cuerpo y la placenta generalmente es mucho más grande en el área y de menor grosor. Ya que, sin embargo, la totalidad de la super-

<sup>20\*</sup> BENSON, Ralph, "Manual de Ginecología y Obstetricia" 3ª. Edición, Editorial Manual Moderno, 1998 p.66



ficie del corión está en sus estadios primitivos, cubierta con vellosidades placentarias que participan en la circulación fetal y que luego se pierden secundariamente, la placenta puede asentarse casi en cualquier sitio.<sup>21\*</sup>

#### TAMAÑO:

En el segundo trimestre, la placenta es aproximadamente del mismo tamaño que el feto; a medida que avanza la gestación, se hace relativamente más pequeña, aunque sigue creciendo hasta el término. La placenta eventualmente alcanza un tamaño de: Diámetro de 15 a 20 centímetros de espesor de 3 centímetros. Al término, la relación de su peso al del feto es de alrededor de 1:6, pero puede variar de 1:2 a 1:10. El peso de las membranas y el cordón es trivial. Las placentas de menor tamaño están asociadas con fetos menores. Los infartos placentarios extensos no están en relación con una disminución llamativa del peso placentario. El edema de placenta, sin embargo, en ocasiones causa un incremento de peso, así como una alteración en el color.

La observación de que la placenta sigue creciendo en tamaño, establece un punto clínicamente importante. Está claro que el bienestar del feto depende del crecimiento de la placenta, y que este crecimiento ha de mantenerse parejo con el feto, si la placenta falla, el feto o bien nace o experimenta tendencias a la asfisia, o incluso muere. Es incuestionable que, en determinadas circunstancias, la placenta no crece lo suficiente para mantener las necesidades del feto, y el resultado es o bien que este se marchita, adquiere un aspecto poco saludable, debido a la disminución de la grasa subcutánea y su tamaño y maduración están por debajo de lo normal, incluso llevar a montinato. Existe, sin embargo, poca evidencia de que el crecimiento placentario esté limitado a condiciones normales o que está limitado y restringa el crecimiento fetal.

#### MORFOLOGIA:

Normalmente, la placenta consiste en vasos sanguíneos y espacios vasculares, con una pequeña cantidad de tejido conectivo y un, relativamente transparente, endotelio en la superficie de las vellosidades. La superficie materna de la placenta normalmente tiene un color rojo oscuro, debido a la sangre venosa. La superficie fetal es brillante, y consiste en grandes vasos y paredes opacos que cursan por la superficie opalescente del gruecorión. El color pálido de la placenta edematosa está normalmente reforzado en la superficie fetal, porque muchas condiciones que producen edemas placentarios están asociados con anemia fetal.

<sup>21\*</sup> BENSON, Ralph, "Manual de Ginecología y Obstetricia", 3ª. Edición, Editorial Manual Moderno, Méx., 1998, pp. 67-68

La placenta en su superficie materna está normalmente fraccionada de 12 a 20 subdivisiones, conocidas como cotiledones. No existe un patrón consistente en cuanto a la forma de anclaje de las vellosidades o los septos de tejido conectivo que establezca la distribución de los cotiledomas. La arborización de los vasos fetales eventualmente está distribuida en pequeñas unidades placentarias, cada una de las cuales está irrigada por una arteria en el lado materno. El flujo de sangre se esparce hacia fuera. Existen alrededor de 50 de estos lóbulos en la placenta humana.

## HISTOLOGIA

Con el tiempo se producen cambios en la apariencia microscópica de la placenta. Las vellosidades primitivas son reemplazadas por vellosidades que contienen vasos sanguíneos y una cantidad relativamente grande de tejido conectivo. Su superficie está cubierta por una doble capa de epitelio, siendo la más interna el Citotrofoblasto. Existe evidencia de que el sincitiotrofoblasto deriva del Citotrofoblasto.

Algunas de las vellosidades se extienden hasta la decidua basal, y su soporte de tejido conectivo se convierte en zonas de anclaje de la placenta. Otras forman los troncos principales, a través de los cuales los grandes vasos fetales fluyen y desde los que se ramifican los secundarios y los terciarios. A medida que la gestación avanza, las vellosidades contienen cada vez menos tejido conectivo; hacia el término, las ramas vellosas más extensas consisten en poco más que capilares fetales rodeadas por el sincitiotrofoblasto, que es equivalente a la capa de endotelio del espacio intervelloso.

## CIRCULACION FETO-PLACENTARIA:

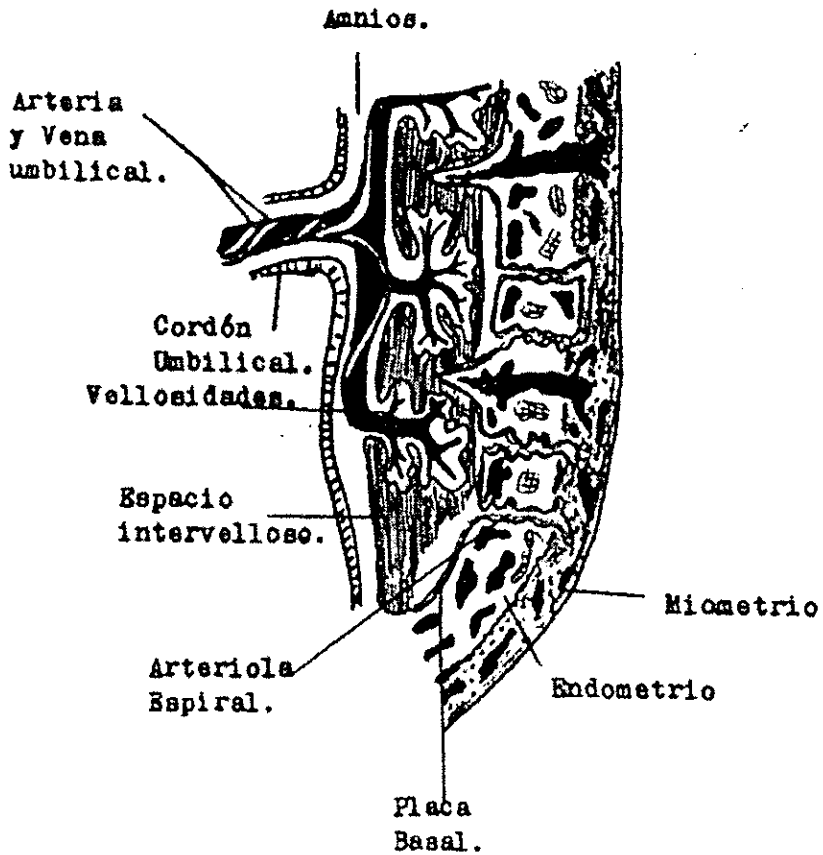
Efectuada la nidación, se empieza a formar en el Plasmotrofoblasto pequeñas lagunas que más tarde confluyen. Estas lagunas que se convertirán en espacios intervellosos, se llenan de sangre materna proveniente de las venas erosionadas. Al abrirse a ellas un vaso arterial materno, se inicia una circulación lenta dando así, principio a la fase hematotrófica del embrión. El sistema lacunar está dividido por trabéculas muchas de las cuales emiten prolongaciones. Por dentro de estas proyecciones, el citotrofoblasto forma un núcleo mesenquimatoso. El núcleo se canaliza después y se establecen conexiones con otros vasos sanguíneos potenciales. Las ramificaciones vascularizadas reciben el nombre de vellosidades coriónicas.

Las ramificaciones más extensas del árbol veloso se desarrollan en la zona del corión más inmediatamente a la región del aprovisionamiento de sangre materna (corión frondoso), y que corresponda a la zona de la futura placenta. En el resto del corión se desarrollan escasas velosidades (corion leve). Las velosidades están sobre el corión (corión reflejo).

El sistema veloso es comparable a un abeto invertido. Las ramas se dirigen hacia abajo y afuera del espacio intervelloso. Es probable que esta disposición favorezca determinadas corrientes y establezca gradiente sanguíneos, como sucede en el hígado. De todas formas, esta distribución ayuda al depósito de fibrina, hecho comúnmente observado en la placenta madura.<sup>22\*</sup>

<sup>22</sup> CUNNINGHAM, F. Gary, Etal "Williams Obstetricia" 4ª. Edición, Editorial Masson, S.A., España, 1993, pp 935-938.

Corte transversal de  
la Placenta Madura.



## CIRCULACION UTERO-PLACENTARIA:

### a) Venas

En toda la extensión de la decidua basal (placa basal de la placenta) es posible identificar muchos orificios venosos localizados aleatoriamente. Durante toda la gestación perdura un gran número. Estas venas no tienen esfínteres y no se observa arteriolización de ellas que pudieran surgir comparaciones de la placenta y una fistula arteriovenosa.

La placenta humana carece de un sistema colector venoso periférico, función que ha sido adscrita con frecuencia a un seno marginal. A este seno drena menos de una tercera parte de la sangre placentaria. Al principio del desarrollo de la placenta no existe el seno marginal, y en la placenta madura no se distingue con frecuencia largos subcoriales marginales. Ocasionalmente se descubren vasos maternos debajo de la periferia, y éstos se han descrito como venas coronarias o lagos venosos. Estos vasos pueden o no tener comunicación con el espacio intervelloso y su papel permanece discutible. Estos vasos de pared delgada pueden romperse durante la separación marginal prematura de la placenta, dando lugar a un sangrado que puede ser erróneamente catalogado como "Ruptura de Seno Marginal". En la actualidad el problema es la separación marginal de la placenta.

### b) Arterias.

En contraste con las venas, las arterias se disponen en grupos próximos a las adherencias deciduales de los tabiques intercotiledóneos. Con la maduración de la placenta, los orificios arteriales de la placenta, los orificios arteriales de la placa basal disminuyen en un número a causa de la trombosis. A término, la relación de venas o arterias es de 2:1, o sea la proporción existe en otros órganos maduros. Aún en los sitios donde la placenta está bien formada, algunas arterias espirales desembocan directamente en los espacios intervellosos, pero muchas de ellas permanecen flexuosas o comprimidas, Estas arteriolas que aboca el espacio intervelloso, aparecen cortas y anguladas por su fijación y el crecimiento de la placenta. La tortuosidad crea obstáculos o puntos de flexión, que tienden a hacer lenta la corriente sanguínea aferente.<sup>23\*</sup>

---

<sup>23\*</sup> CUNNINGHAM, F. Gary, et al, "Williams Obstetricia", 4ª. Edición, Editorial Masson, S.A., España, 1993, pp 938-942.

## Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta D.P.P.N.I.

### Definición:

Este padecimiento es un accidente agudo que consiste en la separación parcial o total de la placenta insertada en la cavidad uterina, después de 20 semanas de gestación y antes del nacimiento del feto.

También se le conoce como abruptio placentae o aglatio placenta o hemorragia interútero placentaria. Aproximadamente 30% de los casos de sangrados en el tercer trimestre son debidos a desprendimiento prematuro, encontrándose por lo general, hemorragia inicial después de las 26<sup>a</sup>. Semanas. El desprendimiento placentario a principios del embarazo no puede diferenciarse de otras causas del aborto.

### Etiología

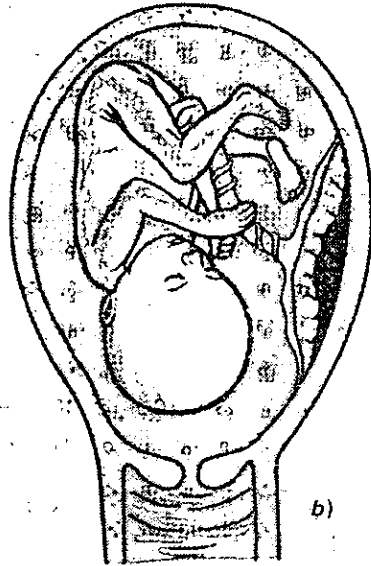
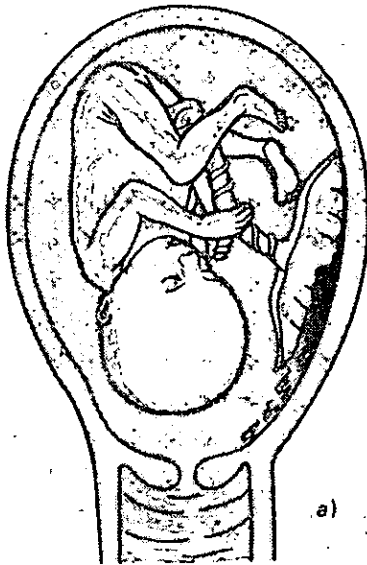
- Traumatismos obstétricos abdominales del útero gestante.
- Cuadros hipertensivos coincidentes o concomitantes a la gestación.
- Sobredistensión uterina (embarazo múltiple o polihidramnios).
- Pueden coadyuvar las deficiencias maternas del ácido fólico, la desnutrición, la edad avanzada a la presencia de miomas submucosos.
- Puede ocurrir como accidente después del nacimiento del primer gemelo o por descompresión brusca al evacuar el polihidramnios.
- Cordón corto (brevedad)
- Usos inadecuados de ocitócicos.
- Maniobra de Kristeller (proscrita).

A menudo son difíciles de confirmar las causas de desprendimiento placentario. Un mecanismo es la lesión vascular local que ocasiona ruptura vascular en la decidua basal, sangrado y formación de hematoma. El hematoma desgarrar vasos desnudos adyacentes, produciendo mayor sagrado y crecimiento de la zona de desprendimiento. Otro mecanismo es iniciado por un aumento brusco de la presión venosa uterina transmitida al espacio intervelloso. Esto da por resultado congestión del lecho venoso y el desprendimiento de toda la placenta o de una porción de la misma. Los trastornos predisponentes a la lesión vascular y que se sabe que están asociados a una morbilidad alta de desprendimiento placentario, son preeclampsia-

eclampsia, hipertensión crónica, diabetes mellitus, y enfermedad renal crónica. Los factores que predisponen a un desequilibrio vascular y a la posibilidad de congestión pasiva del lecho venoso en respuesta a una elevación súbita de la presión venosa uterina son la compresión de la vena cava por el útero grávido, lo cual impide la circulación venosa, la vasodilatación secundaria a choque, la hipertensión compensadora como resultado de compresión aórtica, y la vasodilatación paralítica es la anestesia regional.<sup>24\*</sup>

---

\* BENSON M.D., Ralph C., Diagnóstico y tratamiento, 5ª. Ed. Editorial Manual Moderno, México, p. 710



\* MONDRAGON, Castro Hácior, "Obstetricia Básica Ilustrada" 2a. Edición, Editorial Trillas, México, p. 221.



## CLASIFICACION

Existen varias clasificaciones, las más aceptadas son las que toman en consideración el grado de desprendimiento y la sintomatología presentada. Es importante saber la diferenciación del grado del desprendimiento ya que el cuadro clínico y el pronóstico fetal y materno depende en gran parte de la magnitud presentada.

A continuación se describen los tipos de grados

### GRADO I

Desprendimiento ligero, existe hemorragia exterior poco intensa, puede haber hipertonia uterina, y aumenta considerablemente la mortalidad fetal.

### GRADO II

Desprendimiento moderado, existe hipertonia uterina, dolor abdominal, sangrado intenso, es frecuente el estado de choque, los latidos cardiacos son anormales o faltan, existen frecuentemente albuminuria, en la cesárea el aspecto uterino varía desde una pequeña zona de color rojo azulado hasta el del útero de Couvelaire. El grado de desprendimiento placentario es de 30 a 50 por ciento.

### GRADO III

Desprendimiento agudo, es copiosa la hemorragia, ya sea interna, externa o mixta, el dolor es intenso y coincide con hipertonia uterina severa. La paciente se encuentra en estado de choque, el feto ha muerto y la albuminuria es frecuente. Las pruebas de coagulación generalmente están alteradas. La placenta se encuentra desprendida entre 50 y 100 por ciento y en estas condiciones puede llegar a presentar infiltración sanguínea importante con atonía.<sup>25\*</sup>

De acuerdo con el sitio en que se inicia el desprendimiento placentario, se divide en:

- Desprendimiento central. Se desprende uno o varios cotiledomas localizados en el centro placentario. No ocurre sangrado exterior.
- Desprendimiento original. Se desprende por un borde la placenta y se manifiesta por sangrados externos.

---

<sup>25</sup> ENEO UNAM "Antología de Obstetricia II", 1997, México, p. 93.

## Cuadro Clínico y Criterio Diagnóstico

El cuadro clínico varía considerablemente según el tipo de desprendimiento placentario de que se trate. Generalmente el cuadro clínico es evolutivo, ya que una placenta que se encuentra desprendida parcialmente, al poco tiempo puede estarlo de manera total y de este modo se cambia por completo la sintomatología.

El cuadro clínico se caracteriza por:

- a) Dolor abdominal intenso consecutivo e hipertonía uterina que ocurre como consecuencia de la distensión uterina producida por la presencia de sangrado retroaplacentario (por la infiltración de la sangre en el miometrio y esto ocasiona contracciones uterinas).
- b) Sangrado por vía vaginal en los casos de desprendimiento marginal, donde la sangre es oscura de color pardusco con o sin coágulos. En casos de desprendimiento central, el sangrado puede ser oculto y puede no manifestarse al exterior, por quedar en forma de coágulo retroaplacentario.
- c) Estado de choque materno producido por el dolor intenso (choque neurológico) y la hipovolemia ocasionada por el sangrado.

La infiltración de la sangre del miometrio ocasiona que las fibras musculares sufran degeneración convirtiéndose en una fibra. (atonía uterina).

A la exploración física se encuentra:

- a) Hipertonía uterina caracterizada por la presencia del llamado "útero leñoso" denominado así por la gran consistencia que adquiere este órgano en casi de desprendimiento masivo.
- b) Sufrimiento fetal progresivo manifestado por taquicardia, bradicardia, arritmia y muerte fetal.
- c) Líquido amniótico hemático, que adquiere un color rojo vino, el cual se puede hacer evidente al practicar amniotomía o al romperse espontáneamente las membranas.
- d) Hemoperitoneo, aparente al practicar laparotomía.
- e) Utero de Couvelaire o infiltración hemática del miometrio, visible con laparotomía donde se observan grandes zonas equimóticas, por la gran infiltración sanguínea al miometrio.

### Hallazgos de laboratorio

El grado de anemia probablemente será mucho menor que lo que la magnitud del sangrado pareciera justiciar, debido a que durante el sangrado agudo se retardan los cambios en la hemoglobina y el hematócrito hasta que ha ocurrido hemodilución secundaria. Un frotis de sangre periférica puede mostrar una cuenta plaque-

taria reducida; la presencia de esquitocitos, sugestiva de coagulación intravascular diseminada, y eritrocitos distorcionados que reflejan depauperación de fibrinógeno con liberación de productos de descomposición de la fibrina. Si no se dispone de determinaciones seriadas de laboratorio de las concentraciones de fibrinógeno, la prueba de la observación de la coagulación es un procedimiento sencillo e inestimable que se puede hacer al lado de la cama del enfermo. Se obtiene una muestra de sangre venosa, cada hora se coloca en un tubo de ensayo limpio, y se observa la formación de coágulo y lisis del mismo. La incapacidad para que se forme el coágulo a los 5-10 minutos a la disolución del coágulo formado cuando se agita suavemente el tubo es prueba de una deficiencia de coagulación que casi siempre es debida principalmente a una falta de fibrinógeno y plaquetas. Los estudios más sofisticados (por ejemplo, prueba de paracoagulación de la protamina plasmática para el complejo monomérico de fibrina soluble; tiempo de tromboplastina parcial) son muy útiles si se dispone de ellas en enfermas de urgencia.

Exámenes en el laboratorio.

Biometría hemática, examen general de orina, glucosa, urea, creatinina, tiempo de coagulación (tiempo parcial de protombina), fibrinógeno, plaquetas, lisis de euglobulinas, productos de degradación de la fibrina, prueba de retracción del coágulo, electrolitos y gases en sangre. Estos estudios se solicitan de acuerdo con los recursos existentes en cada unidad médica.

### Diagnóstico

Historia clínica: para detectar a través del interrogatorio antecedentes tóxicos o evolución de desprendimiento prematuro de placenta Normoinserta.

Vigilar el aumento del tamaño del útero, dolor, datos de hipertonia uterina.

Características de la hemorragia vaginal si las hay y condiciones del cérvix. Presencia de signos como taquicardia, disnea, bostezos, agitación, palidez, síncope, sudor frío y pegajoso

Ultrasonografía para corroborar situación y condiciones del cérvix.

### Diagnóstico Diferencial

Con placenta previa, ruptura uterina; afecciones agudas del epigastrio (tumor ovárico con pedículo torcido, peritonitis, pancreatitis, colecistitis, apendicitis, etc.) tumores, polipos, cáncer cervico-uterino y otros.

## Tratamiento

A medida de urgencia: Si la paciente muestra evidencia de agravamiento progresivo o si ya ha ocurrido un desprendimiento mayor de la placenta, manifestado por hemorragia, espasmo uterino o sufrimiento fetal, se está ante una urgencia aguda. Como primer paso hacia el parto y en un esfuerzo para reducir al mínimo la posibilidad de coagulación intravascular diseminada o émbolo de líquido amniótico, debe romperse artificialmente las membranas para liberar la mayor cantidad posible de líquido amniótico. La vigilancia interna mediante medios electrónicos proporcionará información útil sobre el tono y las contracciones uterinas así como sobre el estado del feto.

Al mismo tiempo, debe obtenerse sangre para pruebas de laboratorio y por lo menos 4 unidades de sangre deben tenerse listas para posible transfusión. Es recomendable un aparato de infusión con una aguja de calibre 18 o cánula. Debe administrarse una solución de Ringer.

### Tratamiento Expectante:

Es adecuado cuando el feto es inmaduro, el sangrado no es extenso, y la irritabilidad uterina no existe o es mínima. El diagnóstico presuntivo, si puede descartarse placenta previa, es probable que sea un pequeño desprendimiento placentario marginal. Se hospitalizará a la paciente, se harán tipificación y pruebas cruzadas de sangre, y se observará por un periodo de 24 a 48 horas, hasta asegurarse de que no está ocurriendo mayor desprendimiento placentario, que no es probable el parto prematuro y que no existe placenta previa.

### Parto Vaginal

Es recomendable un intento de parto vaginal si el grado de desprendimiento parece ser limitado, suponiendo que se pueden vigilar los signos de sufrimiento fetal. Cuando el desprendimiento de la placenta es extenso pero el feto está muerto o tiene dudosa viabilidad, también está indicado el parto vaginal, a menos que la hemorragia sea rápida e incontrolable.

Debe iniciarse la inducción del trabajo de parto con una infusión de oxitocina, si el trabajo de parto no comienza poco después de la amniotomía. En la práctica no suele necesitarse que se aumente la estimulación pues el útero, por lo general, ya está excesivamente irritable. Si el útero se encuentra en extrema espasticidad, las contracciones uterinas pueden no ser distinguidas con claridad, a menos que se

utilice un aparato de vigilancia interna, y el pronóstico en el trabajo de parto debe juzgarse observando la dilatación cervical. El progreso del trabajo de parto suele ser tan rápido que no se requieren forceps para acortar la segunda etapa del parto. Son recomendables el bloqueo paracervical y pudendo. Se evitará la anestesia regional cuando hay hemorragia importante, pues se puede producir profunda hipotensión persistente.

### Operación Cesárea

Las indicaciones para la operación cesárea pueden ser tanto fetales como maternas. Debe acogerse al parto abdominal, siempre que el parto no sea inminente para un feto con una posibilidad razonable de sobrevivencia que muestra signos persistentes de sufrimiento. La operación cesárea también se aconseja si las condiciones no son favorables para el parto rápido, cuando se está ante un desprendimiento placentario progresivo o grave, con un feto en buen estado. Esto incluye la mayoría de las pacientes nulíparas con dilatación cervical menor de 3-4 cm., Las indicaciones maternas para la operación cesárea son hemorragia incontrolable de un útero contraído o apoplejia uterina, según se manifiesta por hemorragia con relajación secundaria de un útero previamente espástico.

### Tratamiento

Este es variable, depende de la extensión del desprendimiento repercute éste en la madre y el producto

El grado de shock

Pérdida de sangre estimada

Condiciones del Feto

Presencia de toxemia

En desprendimientos pequeños se orienta a proteger el producto.

El desprendimiento amplio con feto muerto, aplicar medidas para proteger a la madre.

Canalizar vena, tomar muestras de laboratorio, exploración abdominal, buscando presencia de contracciones, aumento de tono uterino, foco fetal y también del útero.

Buscar datos del cérvix (borramiento, dilatación), descartar placenta previa en todos los casos de ruptura de las membranas.

En condición fetal buena con foco audible y desprendimiento extenso, una cesárea

de urgencia puede salvar al producto y disminuye la mortalidad materna.

### Complicaciones

Estado de choque, coagulación intravascular diseminada (CID), insuficiencia renal por necrosis cortical o tubular, ambas reversibles, necrosis hipofisaria e infiltración sanguínea en el útero con anatomía sufrimiento fetal agudo y/o muerte del producto.

Cuando ocurre el útero de Couvelaire se debe practicar de inmediato una histerectomía sin importar la edad o paridad de la madre, ya que una espera sólo propicia un cuadro de choque hipocolémico más severo.

### Pronóstico

El desprendimiento prematuro de placenta normoinsera sigue cobrando un 10% de mortalidad materna en forma directa o por las complicaciones que produce la mortalidad se eleva hasta un 40%

Factores desfavorables para el pronóstico son la presencia de sangrado extenso y oculto, pérdida de sangre excesiva, choque, nuliparidad, una cérvix cerrada, ausencia de trabajo de parto, diagnóstico y tratamiento retardados.

Las tasas de mortalidad materna que oscilan entre 0.5 y 5% son las comunicadas en la actualidad en diversas partes del mundo. La mayoría de las mujeres mueren de hemorragia (inmediata o retardada) o insuficiencia, el diagnóstico precoz y tratamiento definitivo deben reducir la tasa de mortalidad materna de 0.5-1%.

Las tasas informadas de mortalidad fetal fluctúan en 50-80% alrededor del 20% de los casos, no puede auscultarse latido cardiaco fetal al internar a la paciente al hospital, y en otro 20% se observa precozmente sufrimiento fetal. En casos en los que la transfusión de la madre se requiere en forma urgente, la tasa de mortalidad fetal probablemente será por lo menos del 50%. Los productos nacidos vivos tienen una alta tasa de morbilidad, resultado de hipoxia prenatal, traumatismo y los peligros de la prematuridad.<sup>26\*</sup>

<sup>26\*</sup> BENSON Ralp C., etal "Diagnóstico de Tratamiento" 3ª. Edición, Editorial Manual Moderno, México, 1990, pp. 709-721.

## Cuadro: Resumen comparativo de características de la placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta

Causas	Placenta previa	Desprendimiento prematuro de placenta
Etiología	Se desconoce	Se desconoce
Factores concomitantes de riesgo	Multiparidad, gestación múltiple edad de la mujer especialmente mayor de 35 años. Incisiones uterinas cesárea previa	Hipertensión materna, gran multiparidad, gestación múltiple polihidramnios, traumatismos externos (raros) cordón umbilical corto (raro).
Frecuencia	Uno de cada 167 partos	Un caso en 77-200 partos
Síntomas	Hemorragia indolora que aparece a final de segundo trimestre o en el tercero (por lo común sangre roja brillante) El útero está blando  La pérdida hemática observada corresponde a los signos de choque	Hemorragia que puede ser externa (a menudeo de sangre oscura parda).  Rigidez y dolor del útero o la palpación. Choque que no guarda proporción con la pérdida hemática.
Prognóstico	La mortalidad materna es de 0.1% Principales problemas: Premadurez	Mortalidad materna: 0.5 a 5%. Principal problema: premadurez mortalidad perinatal 2.15%
Recurrencia	1:17	Un caso en 6-18
Complicaciones	Hemorragia Choque hipovolémico Trombocitopenia Anemia Rotura prematura de membranas y Trabajo de parto Posición fetal anómala Embolia aérea Hemorragia posparto rotura del útero.	Hemorragia Defectos de coagulación como hipofibrinogenemia Insuficiencia renal Anemia

## 1.5.1 ESTADOS DE CHOQUE

### Definición

Se define como una entidad patológica en donde el aporte circulatorio es inadecuado, disminuyendo en forma persistente el flujo a nivel de la microcirculación determinando hipoxia tisular, alteraciones bioquímicas, metabólicas y endócrinas, originando muerte celular, fenómeno que se considera irreversible.

### Fisiopatología

El aporte inadecuado, agudo y persistente del flujo hacia los tejidos produce hipoxia tisular, alteración en el metabolismo aeróbico, con liberación de sustancias vasoactivas y vasoconstrictivas persistentes, originando liberación de sustancias tóxicas, con recuperación hacia los diferentes órganos y sistemas.

### Clasificación de los Estados de Choque

1 Choque hipovolémico

2 Choque Séptico

3 Choque Cardiogénico

### Alteraciones de los Estados de Choque

Choque	Choque Hipovolémico	Choque Séptico	Cardiogénico
Frecuencia cardíaca	Incremento	Incremento	Incremento
Tensión arterial	Hipotensión	Hipotensión	Hipotensión
Presión venosa central	Menor de 5 cms. H <sub>2</sub> O	Mayor de 10 H <sub>2</sub> O	Mayor de 10 H <sub>2</sub> O
Coloración de la piel	Extremidades Pálidas y frías	Pálido-marmorea	Marmorea
Llenado capilar	Lento 3 seg.	Lento 3 seg.	Lento 3 seg.
Flujo urinario	Oliguria	Oliguria - anuria	Oliguria
Transporte de O <sub>2</sub>	Aumentado	Aumentado	Disminuido
Gasto cardíaco	Disminuido	Precoz - tardío Aumentado - Disminuido	Disminuido
Diferencia térmica Rectal / periférica	Aumentado	Aumentado - Disminuido	Aumentado
Acidosis metabólica	Presente	Presente	Presente



## 1.5.2 TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO

### A. Hipertensión inducida por el embarazo (PIH)

1. Preclampsia: hipertensión con proteinuria, edema o ambos trastornos que surgen después de las 20 semanas de la gestación.
  - a. Los síntomas pueden aparecer antes en caso de mola hidatiforme.
  - b. Aparece casi exclusivamente en primigrávidas.
  - c. Afecta mujeres en los extremos del periodo de la reproducción (menores de 20 años o mayores de 35 años).
  - d. Puede aparecer en multigrávidas con los factores siguientes
    - 1) Distensión excesiva del útero como en el caso de gemelos o polihidramnios.
    - 2) Vasculopatía que incluya hipertensión crónica esencial y diabetes sacarina.
    - 3) Nefropatía crónica

Hipertensión: 140/90mm Hg o un incremento de 30 mm Hg para la sistólica o 15 mm Hg para la diastólica respecto a la cifra basal;

La aparición de estos criterios por lo menos en dos ocasiones, con una diferencia de 6 horas.

Edema: Edema notable, limitado por lo regular a cara y manos, incluso después de levantarse la mujer por la mañana.

Proteinuria: 500mg o más de proteína en una muestra de orina de 24 horas o proteína 2+ en una muestra sin horario fijo de toma, que surge a finales del curso de PIH Preeclampsia grave, presencia de uno o más de los siguientes factores.

- \* Presión sistólica de 160 mm Hg o diastólica de 110 mm Hg en dos ocasiones, con una diferencia de 6 horas mientras la mujer está en reposo absoluto.
- \* Proteinuria de 5g/24h, cuando menos, o 3+ a 4+ por análisis semi cuantitativo.
- \* Perturbaciones cerebrales o visuales, alteración de la conciencia, cefalea, escotomas o visión borrosa
- \* Edema pulmonar o cianosis

Signos de avance de la enfermedad:

- \* Dolor epigástrico superior al vientre
- \* Trombositopenia o trastorno de la función hepática.

2. Eclampsia: Extensión de la preeclampsia con convulsiones de tipo normal:

- \* La mitad de los casos aparecen antes del parto.
- \* La cuarta parte de los casos surge durante el trabajo de parto.
- \* Una cuarta parte de los casos se observa en términos de 48 horas de ocurrido el parto

B. Hipertensión crónica

1. Presión arterial de 140/90 mm Hg antes del embarazo
2. Presión arterial de 140/90 antes de las 20 semanas de gestación, que persiste indefinidamente después del parto, o coexistencia de ambos factores.
3. Para diagnóstico diferencial después de la vigésima semana de gestación.
  - a. Presencia de hemorragias y exudados en el estudio del fondo de ojo
  - b. Nitrógeno ureico plasmático: 20mg/100ml.
  - c. Niveles de creatinina plasmática: 1mg/100ml.
  - d. Presencia de una enfermedad crónica, diabétes mellitus o trastornos del tejido conectivo.

C. Hipertensión crónica con preeclampsia sobreañadida: a menudo evoluciona en forma rápida hacia la eclampsia antes de la trigésima semana de la gestación.

1. Datos corroborados de hipertensión crónica.
2. Datos de un proceso agudo sobreañadido.
  - a. Incremento de la presión sistólica en 30 mm Hg o de la diastólica en 15 mm Hg a 20 mm Hg por arriba de la cifra basal en dos ocasiones, con una diferencia de 6 horas como mínimo.
  - b. Aparición de proteinuria.
  - c. El edema se observa en mujeres con preeclampsia.

D. Hipertensión tardía transitoria: se observan incrementos transitorios de la presión arterial en el trabajo de parto en el puerperio inmediato, con normalización en términos de 10 días después del parto.

## II. METODOLOGÍA

La metodología para llevar a cabo el presente proceso de atención de Enfermería fue a través de la investigación de necesidades del paciente tomando como marco de referencia el modelo de Virginia Henderson, quien planteó las soluciones para su recuperación a través del plan de atención de enfermería.

El tipo de investigación para elaborar el plan de atención de Enfermería en el presente trabajo fue:

- \* bibliográfico
- \* documental
- \* descriptivo
- \* analítico y
- \* observacional.

Para su desarrollo se llevó a cabo a través de las etapas del proceso Atención de Enfermería

Valoración.- Se llevó a cabo esta primera etapa utilizando técnicas e instrumentos como son:

- La observación
- La entrevista de Enfermería
- La exploración física de la paciente
- La historia clínica de Enfermería

Los datos se recogieron en forma sistemática utilizando la entrevista, la exploración física, los resultados de laboratorio y otras fuentes.

Diagnóstico.- Durante esta fase, los datos que se obtuvieron fueron analizados e interpretados en forma crítica. Aquí se extrajeron conclusiones en relación a necesidades, problemas del paciente, identificados diagnosticados de enfermería, donde se utilizaron los esquemas de la NANDA y se establecieron cada una por necesidad detectada de la paciente.

Los factores que se utilizaron en esta etapa

- 1.- Etiqueta Diagnóstica (lista de la Nanda)
- 2.- Características definitorias
- 3.- Factores contribuyentes.

El diagnóstico de enfermería nos proporcionó un método eficaz de comunicación de las necesidades de la paciente, conociendo sus diagnósticos potenciales y reales.

Planeación.- Se desarrollaron estrategias para evitar, reducir o corregir las necesidades identificadas en el diagnóstico de enfermería, jerarquizando cada una de ellas, la planeación se llevó a cabo paciente-enfermera, se determinaron objetivos de lo que se espera conseguir con el proceso atención y se decidieron las intervenciones de enfermería que ayudarán al logro de objetivos establecidos.

Ejecuciones.- En esta etapa se describieron el plan de cuidados, desarrollando intervenciones de enfermería, su respectiva justificación científica, así como se podrá corregir información sobre el paciente e identificando nuevas necesidades, debe anotarse y comunicar el estado de salud del paciente en respuesta a las actividades de enfermería.

Evaluación.- En esta última etapa se valoró si el plan ha sido efectivo o si hay que realizar algún cambio en el mismo, si se cumplieron los objetivos planeados o sólo parcialmente la evaluación será realizada para cada necesidad detectada.

### **III. Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería**

#### **3.1 PRESENTACION DEL CASO CLINICO**

El presente Proceso Atención de Enfermería, se implementó en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México, de la ciudad de Toluca, Estado de México, en el cual se aplicaron las cinco etapas del proceso:

1. Valoración
2. Diagnóstico de Enfermería
3. Planeación
4. Ejecución
5. Evaluación

Paciente de sexo femenino de 37 años de edad, que acude aproximadamente a las 9:00 horas al servicio de admisión por presentar en forma súbita dolor intenso incapacitante, con presencia de sangrado trasvaginal por lo cual se ingresa al servicio de labor, posteriormente se determinó pasarla a quirófano para interrupción del embarazo por vía abdominal, obteniendo un producto único vivo de sexo femenino con apgar 7/ 8.

La paciente se recibe en el servicio de recuperación en el turno matutino con efecto residual de anestesia, se recibe con los siguientes signos vitales: presión arterial de 70/40, frecuencia cardiaca de 122, frecuencia respiratoria de 26, temperatura de 35°C, presión venosa central de 4 cms H<sub>2</sub>O.

#### **SIENDO LAS SIGUIENTES NECESIDADES QUE SE OBSERVARON**

1. Oxigenación.- Por dificultad respiratoria, náuseas, taquicardia, agitación; cianosis y ansiedad.
2. Nutrición e Hidratación.- Se detectó hemorragia, mucosa oral seca, hipotensión arterial, taquicardia, trastorno de conciencia.
3. Eliminación.- Presentando edema generalizado.
4. Moverse y mantener buena postura.- Por incapacidad y moverse libremente.

5. Descanso y sueño.- Detectado por diafóresis, dolor y fatiga.
6. Termorregulación.- Presenta escalofrío, hipotermia, piloerección, piel pálida, llenado capilar lento.

Por lo cual se ingresa al servicio de hospitalización con el diagnóstico médico de:

Cesárea por Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoincerta.

Tratamiento médico indicado

1. Ayuno
2. Solución glucosada al 5%, 1000 + 40 unidades de oxitocina + 1 ampula de gluconato de calcio a 125 ml. por hora.
3. Medicamentos:
  - Cefalotina 1g. I.V. cada 6 horas.
  - Ketorolacaco 30 mg. I.V. cada 6 horas
  - Furosemida 40 mg. I.V. cada 8 horas.
4. Vigilar sangrado transvaginal
5. Sonda Foley a derivación
6. Balance de líquidos por turno
7. Vendaje abdominal.
8. Transfundir paquete globular 300 ml para pasar en 2 horas.
9. Reportar eventualidades

### **3.2 VALORACION**

En esta etapa se aplicó un instrumento de valoración tomando como referencia el modelo de Virginia Henderson, modificando algunos conceptos y omitiendo otros, de acuerdo a la patología presentada de la paciente.

\* Se anexa el cuestionario que se aplicó a la paciente.

### 3.2.1 INSTRUMENTO DE ENTREVISTA

#### Ficha de Identificación

Nombre: Ma. Isabel Zepeda Sánchez

Edad: 37 Años, Peso: 63 Kgs. Talla: 162 cms.

Fecha de Nacimiento: 15 de Mayo del 1963 Sexo: Femenino\_

Ocupación: Hogar Procedencia: Almoloya de Juárez.

Fecha de Admisión: 4 de Julio del 2000, Hora: 20:00

Fuente de Información: Observación directa y entrevista con familiar

Fiabilidad: Esposo y pte.

Miembros de Familia: 4 personas Persona significativa: Sus hijos

Antecedentes Heredofamiliares: Padre aparentemente sano, madre falleció por accidente automovilístico, hermanos aparentemente sanos, hijos aparentemente sanos.

Antecedentes Personales: No patológicos: Residente y originaria de Almoloya de Juárez, Estado de México, ocupación hogar, tabaquismo y alcoholismo negado, cuenta con todos los servicios básicos intradomiciliarios de la comunidad, como son: agua potable, drenaje, su casa habitación es de dos plantas con piso de cemento, paredes de block sin aplanar, loza, contando con lo necesario en su hogar como son recámaras, cocina, sala y baño completo. Religión católica. Situación económica de nivel medio bajo, esposo jornalero y trabaja sólo cuando hay cosecha, lo poco que gana lo distribuyen para la comida, gasto de la casa y su hijo. En este momento se encuentra preocupada y triste por el padecimiento. su descanso es visitar a sus familiares.

Antecedentes Personales patológicos: Colecistectomía hace 4 años, refiere no tener antecedentes alérgicos, hemotransfusiones y traumatismos negados, oca-



sionalmente cefalea, tomando analgésico oral.

Antecedentes Ginecoobstétricos: Menarca a los 14 años, eumenorreica ritmo 30x3; vida sexual activa a los 17 años con dos parejas. Gesta II Para I fecha de última regla 14 de Noviembre de 1999, fecha de la cesárea; 12 de Julio 2000, refiriendo control prenatal en el mismo hospital, no teniendo referencias de aumento de presión arterial, peso del producto anterior 3,200 Kgs., mencionando que fue embarazo de término, no teniendo control de planificación familiar

### I. Necesidades básicas

#### a) oxigenación

Disnea debido a: Ansiedad y al dolor.

Registros de Signos vitales y características \_\_\_\_\_

FC 88	Regular <u>  X  </u>	Irregular	<u>  _  _  _  _  _  </u>
FR 24	Regular <u>  _  _  _  _  _  </u>	Irregular	<u>  X  _  _  _  _  </u>
T.A. 150/110	Izquierda <u>  X  </u>	Sentado	<u>  _  _  _  _  _  </u>
	Derecha <u>  _  _  _  _  _  </u>	Sentado	<u>  _  _  _  _  _  </u>
		Acostado	<u>  X  </u> de Pie <u>  _  _  _  _  </u>
		Acostado	<u>  _  _  _  _  _  </u> de Pie <u>  _  _  _  _  </u>
Temp 35 <sup>5</sup>	Axilar <u>  X  </u>	Oral	<u>  _  _  _  _  _  </u>
		Rectal	<u>  _  _  _  _  _  </u>
Estado de Conciencia	Conciente	<u>  _  _  _  _  _  </u>	Somnoliento <u>  _  _  _  _  _  </u>
	Confuso	<u>  X  </u>	Inconciente <u>  _  _  _  _  _  </u>
Coloración de Tegumentos	Pálida	<u>  X  </u>	Cianótica <u>  _  _  _  _  _  </u>
	Rosada	<u>  _  _  _  _  _  </u>	Ictericia <u>  _  _  _  _  _  </u>
Frecuencia Respiratoria	Normal	<u>  _  _  _  _  _  </u>	Superficial <u>  _  _  _  _  _  </u>
	Rápida	<u>  X  </u>	Trabajosa <u>  _  _  _  _  _  </u>
		Otros	<u>  _  _  _  _  _  </u>

Circulación del Entorno Venoso: Lento

## 6. Nutrición e Hidratación

Dieta Habitual (tipo): Normal    Suplemento \_\_\_\_\_

Trastornos digestivos: Extreñimiento

Intolerancia alimentaria alergias: Al Huevo

Problemas de masticación y deglución: No

Patron de ejercicio: Ninguno

Turgencia de piel \_\_\_\_\_ flexible     firme    \_\_\_\_\_ frágil  
\_\_\_\_\_ deshidratada    otras \_\_\_\_\_

edema SI áreas de presión Cara, manos y miembros inferiores

membranas mucosas: hidratadas \_\_\_\_\_ secas

Características de uñas: Recortadas y sin micosis

Características de cabello: Grueso y maltratado

Funcionamiento Neuromuscular y esquelético:

Complexión: robusta  Media \_\_\_\_\_ Delgada \_\_\_\_\_

\*Al caminar se encorba, dolor en Ms. Ps.

Aspecto de Dientes y encías

dientes normales \_\_\_\_\_ faltan piezas si  no \_\_\_\_\_ cuantas 2 Sup.

hay encías \_\_\_\_\_ normales \_\_\_\_\_ con placas blandas  lesiones  
\_\_\_\_\_ otros

Heridas y tiempos de cicatrización

Herida: Cesárea aproximadamente 3 años    Tiempo de cicatrización: 1 mes

c) eliminación

Hábitos intestinales frecuencia: 1 / 24 horas

Tipo: seco consistencia: Normal

Fecha de última evacuación: 1 día

Usa de alguna ayuda para defecar Si X No \_\_\_\_\_

Problemas de hemorroides: Defecación involuntaria .

hay dolor al defecar: A veces tiene otros problemas al defecar \_\_\_\_\_

Patrón habitual urinario frecuencia: 3 veces al día

tipo: Normal cantidad: Poca incontinencia; A veces nicturia: No

tiene algún otro problema al orinar: No Dolor al Orinar: No

Palpación de vejiga urinaria: A la palpación con globo vesicular.

En la menstruación cantidad: Abundante dolor: No tiempo: Cada 28 días

Abdomen globoso normal \_\_\_\_\_ resistente \_\_\_\_\_ blando X

ruidos intestinales Si X No \_\_\_\_\_

d) Termoregulación

Adaptabilidad a los cambios de temperatura

Por lo regular se cubre cuando hace frío y se pone ropa ligera cuando hace calor.

Ejercicios que realiza tipo: Caminar

Frecuencia: 3 veces por semana

Temperatura ambiental que le es agradable a usted: Cuando hace Calor

Características de piel

Color normal \_\_\_\_\_ pálida X cianótica \_\_\_\_\_ otros \_\_\_\_\_

Temperatura caliente \_\_\_\_\_ fría X turgencia \_\_\_\_\_ normal \_\_\_\_\_

Edema No \_\_\_\_\_ Si X Descripción / Localización: La mayor parte del cuerpo.

Lesiones No \_\_\_\_\_ Si X Descripción / Localización: Abdomen, cirugía obstétrica.

Hematomas No X Si \_\_\_\_\_ Descripción / Localización \_\_\_\_\_

Enrojecimiento No X Si \_\_\_\_\_ Descripción / Localización \_\_\_\_\_

Prurito No X Si \_\_\_\_\_ Descripción / Localización \_\_\_\_\_

Transpiración

Usted suda Si X No \_\_\_\_\_

Olor: Normal Cantidad \_\_\_\_\_

II Necesidades Básicas de Moverse y mantener buena postura

a) Moverse y mantener buena postura

Capacidad física cotidiana Normal X Ayuda de Aparatos \_\_\_\_\_

Actividades en el tiempo libre: Caminar \_\_\_\_\_ Leer \_\_\_\_\_ Tejer X Creativas X

Hábitos de descanso: Sólo al dormir

Hábitos de trabajo: Todo el día en la casa, ayuda a su mamá también en el hogar.

Capacidad muscular flexible / resistencia: Flexible

Postura: Encorbada Ayuda para la deambulaci3n: Si

Dolor con el movimiento: Sí, por la cirugía Estado de conciencia: Letargia

Estado Emocional: Deprimida por la situaci3n que pasó.

b) Descanso y sueño

Horarios de descanso: 16 a 18 horas horario de sueño: 22 a 6 am.

Hora de descanso: 2 Horas horas de sueño: 8 horas

Siesta: No Ayudas: No Padece insomnio: No

Se siente cansado al levantarse: Si

Estado mental: ansiedad / estr3s / lenguaje : Ansiedad

Ojeras X Atenci3n \_\_\_\_\_ bostezos X concentraci3n \_\_\_\_\_

Apatía \_\_\_\_\_ Cefal3as X

Respuestas a estímulos: Contesta y observa hacia donde van los objetos o personas

c) Usa de prendas de vestir adecuadas

¿Influye su estado de ánimo para la selección de prendas de vestir? Si

Su autoestima es determinante en su modo de vestir: Si

Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría: Si

d) Necesidad de higiene y protección de la piel

Frecuencia de aseo: Baño diario

Momento preferido para el baño: Por la mañanas

Cuántas veces se lava los dientes al día: 2 veces

Aseo de manos antes y después de comer X después de eliminar X

Olor corporal \_\_\_\_\_

Halitosis X cuero cabelludo: Seco

e) Necesidad de evitar peligros

Qué miembros componen su familia de pertenencia 2

Conoce las medidas de prevención de accidentes: Algunas

el en hogar: Sobre el gas y la luz en el trabajo \_\_\_\_\_

Realiza controles periódicos de salud recomendados: Si

Cómo canaliza las situaciones de tensión en su vida: Platicando con su esposo.

Deformaciones congénitas: Ninguna

Condiciones del ambiente en su hogar: Normales

### 3. Necesidades Básicas de Comunicación

a) Necesidad de comunicarse

Estado civil: Casada. Años de relación: 10 Años vive con: él y un niño de 7 años

Preocupaciones estrés: El momento que vivió. Cómo la van a recibir: Bien

Otras personas que pueden ayudar: su madre y su esposo.

Ron el la estructura familiar: Muy unidos

Cuanto tiempo pasa sola: la mayor parte del día

Habla claro: Si, se expresa bien      confusa Por el momento que vivió

Dificultad en la visión: No      audición: No

b) Necesidades de vivir según sus creencias y valores

Creencia religiosa: Católica      su creencia religiosa le genera conflictos personales: No      principales valores en su familia: Crear en Dios y estar unidos

Principales valores personales: Sus hijos

c) Necesidad de trabajar y realizarse

Trabaja actualmente: No      tipo de trabajo: Hogar

Cuánto tiempo le dedica al trabajo: 12 horas      riesgos \_\_\_\_\_

Está satisfecho con su trabajo: Si

Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o de la familia \_\_\_\_\_

Está satisfecho (a) con el rol familia que juega: Si

Estado emocional /calmado / ansioso / enfadado / retraído / temeroso / irritable / inquieto / eufórico: Ansioso / Enfadado.

d) Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: Jugar con su hijo y ver televisión.

Existen recursos en su comunidad para la recreación: Campo y parque recreativo.

e) Necesidad de aprendizaje

Nivel de educación: 3o. de Secundaria.      problemas de aprendizaje: Ninguno

Preferencias leer / escribir: Leer.

Se analizaron las respuestas obtenidas de la pacientes

Detectando las siguientes necesidades:

1. Oxigenación.- Por dificultad respiratoria, náuseas, taquicardia, agitación, cianosis y ansiedad.
2. Nutrición e Hidratación.- Se detectó hemorragia, mucosa oral seca, hipotensión arterial, taquicardia, trastorno de conciencia.
3. Eliminación.- Presentando edema generalizado.
4. Moverse y mantener buena postura.- Por incapacidad y moverse libremente.
5. Descanso y sueño.- Detectado por diaforesis, dolor y fatiga.
6. Termorregulación.- Presenta escalofrío, hipotermia, piloerección, piel pálida, llenado capilar lento.

### 3.3 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Durante esta fase, los datos obtenidos fueron analizados e interpretados detectando por cada necesidad un diagnóstico de enfermería, quedando de la siguiente manera:

Necesidad	Diagnóstico de Enfermería
Oxigenación	Potencial alteración en el mantenimiento de salud, relacionado con el intercambio gaseoso alterado en el transoperatorio, debido a hiperventilación, manifestado con dificultad respiratoria, náuseas, taquicardia, agitación, cianosis, ansiedad.
Hidratación y nutrición	Déficit del volumen de líquidos relacionados con hemorragia, manifestado por mucosa oral seca, hipotensión arteria, taquicardia, trastorno de la conciencia, ojos hundidos.

Eliminación	Alto riesgo deterioro de la integridad de la integridad cutánea en relación con vulnerabilidad de la piel, manifestada con edema generalizado.
Moverse y mantener Buena Postura	Trastornos de la inmovilidad física de la paciente relacionada con la cirugía quirúrgica efectuada y manifestada por la incapacidad y de moverse libremente.
Descanso y sueño	Alto riesgo de alteración del bienestar en relación al dolor manifestado por diaforesis, dolor y fatiga.
Termorregulación	Trastorno de termorregulación ineficaz relacionado con el efecto anestésico, manifestado por temperatura menor de 35°C, escalofrío, piloerección, piel pálida, llenado capilar lento.

### 3.4 C) PLANEACION

En esta fase se desarrollaron estrategias para evitar reducir, corregir las necesidades identificadas en el diagnóstico de enfermería, se establecieron prioridades, jerarquizando cada ellas de la siguiente manera:

Necesidades detectadas	Jerarquización de Necesidades
1. Oxigenación	1. Nutrición
2. Nutrición e hidratación	2. Oxigenación
3. Eliminación	3. Eliminación
4. Moverse y mantener buena postura	4. Descanso y sueño
5. Descanso y sueño	5. Termorregulación
6. Termorregulación	6. Moverse y mantener buena postura.



1.- Necesidades Nutrición e Hidratación	Para conservar el equilibrio hídrico del organismo es esencial el volumen suficiente de líquidos.
Diagnóstico de Enfermería.	Déficit del volumen de líquidos relacionados con hemorragia, manifestado por mucosa oral seca, hipertensión arterial, taquicardia, trastorno de la conciencia, ojos hundidos.
Objetivos.	Mantener una normovolemia en la paciente. Corregir la hipovolemia en la paciente, de lo contrario puede ser letal.
2. Necesidad.	<p>Oxigenación</p> <p>Es el intercambio de oxígeno y bióxido de carbono entre la atmósfera y la sangre circulante. El aire entra y sale del aparato respiratorio debido a la producción periódica intermitente de cambios de la presión en la cavidad intrapulmonar.</p>
Diagnóstico de Enfermería.	Potencial alteración en el mantenimiento de la salud, relacionada con el intercambio gaseoso alterado en el transoperatorio debido a hipoventilación, manifestado con dificultad respiratoria, náuseas, taquicardia, agitación, cianosis y ansiedad.
Objetivo.	<p>Mantener el suministro de oxigenación y ventilación alveolar adecuado.</p> <p>Mantener la vía aérea permeable, mientras la paciente está bajo efectos anestésicos.</p>
3. Necesidad	<p>Eliminación</p> <p>Para que el organismo funcione eficazmente, es necesario que se eliminen los residuos y las sustancias tóxicas que se forma en el organismo.</p>

# ESTA TESIS NO SALE DE LA BIBLIOTECA

Diagnóstico de Enfermería.	Alto riesgo de deterioro de la integridad cutánea en relación con vulnerabilidad de la piel, manifestada con edema generalizado.
Objetivo.	Se protegerá la integridad de la piel y se eliminará el edema. Ayudar a recuperar una eliminación adecuada de uresis.
4. Necesidad	Descanso y sueño Las células del organismo necesitan periodos de disminución de la actividad durante los cuales pueden restablecerse.
Diagnóstico de Enfermería.	Alto riesgo de alteración del bienestar relacionada con el dolor, manifestando por diaforesis, dolor, fatiga, expresión de irritabilidad, ansiedad.
Objetivo.	Proporcionar un ambiente que satisfaga sus necesidades de sueño y descanso. Identificar los factores que contribuyen al transporte del patrón del sueño y proporcionar medidas específicas para facilitarlos.
5. Necesidad.	Termorregulación. Existe una fluctuación precisa de la temperatura corporal, dentro de la cual las células funcionan eficazmente y la actividad enzimática es adecuada.
Diagnóstico de Enfermería.	Trastorno de termorregulación ineficaz relacionado por temperatura menor de 35°C., escalofrío, piloerección, piel pálida, llenado capilar lento.
Objetivo.	Mantener normotemia en el organismo de la paciente. Ayudar a la paciente a mantener la temperatura dentro de las cifras normales.

6. Necesidad

Moverse y mantener buena postura.

El aparato neuromusculoesquelético es un medio de locomoción, la postura correcta puede definirse como la relación anatómica que se guarda entre las partes del cuerpo cuando este se encuentra en diferentes posiciones.

Diagnóstico de Enfermería.

Trastorno de la inmovilidad física de la paciente relacionada con la cirugía quirúrgica efectuada y manifestada por la incapacidad y de moverse libremente.

Objetivo.

Mejorar el libre movimiento de la paciente.

Evitar mayor lesión de la que presenta, así como proporcionar un ambiente de seguridad.

3.5 C) EJECUCION

En esta etapa se describe el plan de cuidados desarrollados, intervenciones de enfermería, su respectiva justificación científica, así como su evaluación, la cual se realizó por cada necesidad detectada.

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

- 1.- Necesidad:** Nutrición e Hidratación  
Para conservar el equilibrio del organismo es esencial el volumen suficiente de líquidos.
- Diagnóstico de Enfermería:** Déficit del volumen de líquidos relacionados con hemorragia manifestado por mucosa oral seca. Hipotensión arterial, taquicardia, trastorno de la conciencia, ojos hundidos
- Objetivo:** Mantener una normovolemia en la paciente.  
Corregir la hipovolemia en la paciente, de lo contrario puede ser letal.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	JUSTIFICACION CIENTIFICA	EVALUACION
<p>1.- Controlar signos y síntomas de hemorragia / shock</p> <p>a) Tensión Arterial</p> <p>b) Diuresis</p> <p>c) Inquietud</p> <p>d) Frecuencia Cardiaca</p> <p>e) Pulso</p> <p>f) Piel</p> <p>g) Sed</p> <p>- Tomar signos vitales cada 15 minutos</p>	<p>1. Los signos y síntomas de hemorragia / shock.</p> <p>a) Aumento de frecuencia del pulso con tensión arterial normal o ligeramente disminuido.</p> <p>b) Diuresis menor de 30 ml / hora</p> <p>c) Inquietud, agitación, disminución de la capacidad mental.</p> <p>d) Aumento de frecuencia cardiaca</p> <p>e) Pulso periférico disminuido.</p> <p>f) Piel fría, pálida o cianótica</p> <p>g) Sed.</p> <p>Quando el volumen intravasacular o plasmáti-</p>	<p>Restauración del volumen circulante con la finalidad de restablecer en forma oportuna las constantes vitales hemodinámicas que se encontraban alteradas, evaluando el estado hemodinámico del paciente.</p> <p>Se queda al terminar el turno con los siguientes signos vitales:</p> <p>Tensión arterial 110/60</p> <p>Frecuencia Cardiaca: 94</p> <p>Frecuencia Respiratoria : 20</p>

\* NORDMARK T Madelyn, etal. "Bases científicas de la Enfermería", 2ª. Edición, Editorial Manual Moderna, México, 1999, Págs. 128-187

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	JUSTIFICACION CIENTIFICA	EVALUACION
<p>2.- Controlar el estado de líquidos; evaluar lo siguiente:</p> <p>a) Ingesta (parenteral y oral)</p> <p>b) Diuresis y otras pérdidas (orina, drenado y vómito)</p> <p>3. Toma de muestras de laboratorio Química Sanguínea, Biometría Hemática, T.P.P. Es, Gp. Rh.</p> <p>- El adecuado conocimiento de valores normales conlleva a integrar una decisión adecuada y oportuna</p> <p>4.- Estimar el tipo de sangre y hacer pruebas para paquetes sanguíneos y/o plasma.</p> <p>a) recuperar resultados de laboratorio.</p>	<p>co disminuye, el organismo intenta compensar la pérdida movilizándolo líquido del compartimiento intersticial.</p> <p>2.- La pérdida de líquidos durante la cirugía puede trastornar el equilibrio de líquidos en un paciente de alto riesgo.</p> <p>3.- La respuesta de compensación a la disminución del volumen circulatorio se encamina a aumentar la oxigenación de la sangre mediante un aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria y una disminución de la circulación periférica y piel fría. La disminución de la capacidad mental.</p> <p>4. El volumen sanguíneo varía de acuerdo con el peso y la superficie corporal. Se estima que hay 3 litros de sangre por metro cuadrado de superficie corporal.</p>	<p>Temperatura 36o. C</p> <p>coloración levemente pálida.</p> <p>Díuresis 60 ml por hora balance de líquidos + 70</p> <p>Se pasaron 2 paquetes globulares en el turno Presentando una saturación de oxígeno de 88%.</p>

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	JUSTIFICACION CIENTIFICA	EVALUACION
<p>5.- Continuar con flúidoterapia para restaurar el volumen circulante y ministración de expansores de volumen, plasma, sangre, albumina.</p> <p>6.- Iniciar transfusión, según indicación médica y observar reacción que presente.</p> <p>a) Signos vitales, pre, trans y post transfusiones.</p> <p>7.- Contar y pesar apósitos, testigo de herida quirúrgica y vaginal en busca de sangrando, evaluando pérdidas mayores de sangre en beneficio de la integridad de la paciente.</p> <p>8.- Toma de muestras de gases en sangre según sea necesario, y verificar que se realice.</p>	<p>5.- La pérdida de sangre, plasma y de otros líquidos corporales reduce el volumen circulante en un 15% se hace aparente la hipovolemia clínica.</p> <p>6.- Las necesidades a largo plazo de aumento de la parte sanguínea a los tejidos, son satisfechas por un aumento de la vascularización.</p> <p>7.- El sistema de alarma del organismo que se despierta en previsión de "escupe o lucha" y al realizar ejercicio intenso, es el resultado de la estimulación hipotalámica.</p> <p>8.- Es el resultado de la acumulación de iones hidrógenos, derivados de la acumulación de ácido láctico y piruvico producido por anorexia tisular y metabolismo anaeróbico, caracterizado por exceso de ácidos con ph y bicarbonato bajo.</p>	

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	JUSTIFICACION CIENTIFICA	EVALUACION
<p>9.- Vigilancia constante del catéter venoso central en relación a su funcionamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Permeabilidad</li> <li>* Limpieza</li> <li>* Reacción de piel (edema, rubicundez)</li> <li>* Toma de P.V.C.</li> <li>* Toma de Rayos X</li> <li>* Toma de Rayos X de control.</li> </ul> <p>10.- Valorar el fondo uterino cada 5 minutos durante la primera hora postquirúrgica, y reportar anomalías.</p> <p>11.- Realizar anotaciones correspondiente en hojas de enfermería.</p> <p>12.- Toma de signos vitales y reportar alteraciones.</p>	<p>9.- a) Altura- normalmente debe estar a nivel de ombligo y después del parto o cesárea.</p> <p>b)Tamaño - Cuando está contraído debe ser del tamaño de una manzana.</p> <p>c) Consistencia - debe notarse firme.</p>	

2.- Necesidad:

**Oxigenación.**

Es el intercambio de oxígeno y bióxido de carbono entre la atmósfera y la sangre circulante. El aire entra y sale del aparato respiratorio debido a la producción periódica interminente de cambios de la presión en la cavidad intrapulmonar.

Diagnóstico de Enfermería:

Potencial alteración en el mantenimiento de salud, relacionada con el intercambios gaseoso alterado en el transoperatorio, debido a hiperventilación, manifestado con dificultad respiratoria, náuseas, taquicardia, agitación, cianosis y ansiedad.

Objetivo:

Mantener el suministro de oxigenación y ventilación alveolar.  
Mantener la vía permeable mientras la paciente está bajo efectos anestésicos.

<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERIA</b>	<b>JUSTIFICACION</b>	<b>EVALUACION</b>
<p>1.- Administrar oxígeno según sea necesario de 3 a 6 litros por minuto, para conservar el riesgo adecuado.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Mascarilla nasal</li><li>- Humedificador (húmedo-frío)</li><li>- Oxímetro</li><li>- (Saturación de oxígeno)</li></ul> <p>2.- Mantener vías respiratorias permeables</p>	<p>1.- En la insuficiencia respiratoria la pO<sub>2</sub> es menos de 60 mm., de Hg. Un individuo con hipoxia crónica puede tolerar esta concentración en reposo, pero su aumentan los requerimientos de oxígeno, presentará insuficiencia respiratoria.*</p> <p>2.- Cuando el suministro de oxígeno es insuficiente, el paciente presenta ansiedad, con el cuadro clínico correspondiente.*</p>	<p>La respuesta es satisfactoria de la paciente después de administrar oxígeno a 6 litros por minuto.</p> <p>Presentando FC 94 FR 20 T/A 110/60 Temp. 36o.C Coloración levemente pálida.</p> <p>Presenta una saturación de oxígeno de 98%</p>

\* Gauntlet Beare, etal "Enfermería Médico Quirúrgica" Ed. Masby-Doyma Libros, México, 1995 pag. 438.



INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	JUSTIFICACION CIENTIFICA	EVALUACION
<p>3.- Monitoreo electrónico continuo de respiración y frecuencia cardiaca.</p> <p>4.- Vigilar signos vitales cada 15 ó 30 minutos, hasta que se estabilicen, valorando el estado de conciencia.</p> <p>5.- Auscultar los campos pulmonares para percibir ruidos respiratorios disminuidos y anormales.</p> <p>6.- Proporcionar a los pacientes una posición adecuada de semifowler o fowler.</p> <p>7.- Tranquilizar a la paciente explicándole que gradualmente se irá mejorando la respiración.</p>	<p>3.- Casi todo el oxígeno transportado a las células del organismo va unido a la hemoglobina.*</p> <p>4.- La vigilancia continua de la paciente y del funcionamiento del equipo, permiten la detección oportuna de trastornos mentales y de conciencia, cambios de coloración, sudoración, alteraciones de signos vitales.*</p> <p>5.- La presencia de estertores indica secreciones retenidas o la disminución de los sonidos respiratorios pueden indicar atelectasia.*</p> <p>6.- La posición pueden afectar la distribución de la circulación pulmonar y la ventilación.*</p> <p>7.- Este puede disminuir la ansiedad del paciente.*</p>	<p>disminuyó su ansiedad y mejoró su respiración de la paciente con la aplicación de oxígeno.</p> <p>Al terminar el turno se quedó en posición semi fowler.</p>
<p>* Barrera Susana, etal "Fundamento de Enfermería" Ed. Manual Moderno S.A., México, 1991, pág. 321.</p>		

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	JUSTIFICACION CIENTIFICA	EVALUACION
<p>8.- Enseñar y estimular el movimiento del paciente tras la intervención quirúrgica.</p>	<p>8.- Para prevenir la estasis venosa y mejorar el tono muscular, la circulación y la función respiratoria.*</p>	

Necesidad:

### Eliminación

Para que el organismo funcione eficazmente es necesario que se eliminen los residuos y las sustancias tóxicas que se forman en el organismo.

Diagnóstico de Enfermería:

Alto riesgo de deterioro de la integridad cutánea en relación con vulnerabilidad de la piel manifestada con edema generalizado.

Objetivo:

Se protegerá la integridad de la piel y se eliminará el edema.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	JUSTIFICACION CIENTIFICA	EVALUACION
<p>1.- Valorar los estados causales * Exceso de volumen de líquidos * Vasoconstricción.</p> <p>2.- Promover los factores que mejoran el flujo arterial. * Mantener las extremidades en posición descendente. * Mantener las extremidades en posición ascendente.</p> <p>3.- Ministración de Diuréticos Furocemide de 20 a 10 mg. vía intravenosa,</p>	<p>1.- Los trastornos de la piel y de las mucosas pueden ser producidas por edemas.*</p> <p>2.- Tanto los tejidos deshidratados como los edematosos tienden a ser más propensos a sufrir lesiones traumáticas.*</p> <p>3.- La presencia de exceso de líquido tisular interfiere con la nutrición celular.*</p>	<p>La paciente con la administración de diuréticos y medidas terapéuticas evita el incremento ponderal repentino conforme controla la retención de líquidos.</p> <p>Diresis de 60 ml por hora balance de líquidos + 700 ml P.V.C. 8 mg H<sub>2</sub>O.</p> <p>La paciente continúa con flujos urinarios bajos.</p>

\* CARPENITO Jauil Linda, "Diagnóstico de Enfermería", 5ª. Edición, Editoria Interamericana, España, 1995, Pág. 1155.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	JUSTIFICACION CIENTIFICA	EVALUACION
<p>dosis: 20 mg.  Horario: cada 12 horas  Paciente: Isabel Zepeda Sánchez.  Medicamento correcto.</p> <p>4.- Medir PV.C. cada hora. y vigilar permeabilidad, realizar anotaciones.</p> <p>5.- Reducir o eliminar la compresión externa que dificulta el retorno venoso.  - Vendaje de miembros pélvicos inferiores no compresivos.</p> <p>6.- Valorar la hidratación de la piel.</p>	<p>Furosemida  Acción diurética potente que inhibe la resorción de sodio, potasio, cloruro en los túbulos contorneados proximales y distales del riñón. Posología: 20 a 40 mg vías I.M. o I.V. lenta o en solución I.V. que se repite según se requiera.</p> <p>4.- El volumen excesivo de líquido dificulta el intercambio adecuado de sustancias entre las células y la sangre.*</p> <p>5.- Los diuréticos reducen la sobre carga de líquidos por aumento de la pérdida de agua en los riñones.*</p> <p>6.- La sequedad excesiva cuarteala piel, por lo que se pueden producir grietas en la piel y mucosas. Estas áreas irritadas producen molestias y tejidos subyacentes están más expuestos a lesiones.*</p>	
<p>* CARPENITO Jaull Linda, "Diagnóstico de Enfermería", 5ª. Edición, Editoria Interamericana, España, 1995, Pág. 1155.</p>		

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	JUSTIFICACION CIENTIFICA	EVALUACION
<p>7.- Verificar permeabilidad de sonda foley.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuantificaciones de diuresis.</li> <li>- Realizar limpieza de tela testigo (fijación).</li> </ul> <p>8. Administración de carga de soluciones cristaloides coloides y hemoderivados.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sol. fisiológica</li> <li>- Sol. Haemael</li> <li>- Albumina</li> <li>- Plásma</li> <li>- Concentrados plaquetarios.</li> </ul> <p>De acurdo a indicación médica y resultado de laboratorio.</p>	<p>7.- La correcta ejecución de este procedimiento nos permite tener un parámetro de gran valor, para cuantificar orina, y así como para determinar y conocer el funcionamiento renal y el estado hemodinámico.</p> <p>8.- La administración de líquidos y electrolitos, su objetivo primario aumentar la presión de perfusión y por ende el gesto cardiaco, transporte de oxígeno, para que el consumo de oxígeno sea adecuado.*</p>	

\* CARPENITO Jaull Linda, "Diagnóstico de Enfermería", 5ª. Edición, Editoria Interamericana, España, 1995, Pág. 1155.

Necesidad:

### Descanso y Sueño

Las células del organismo necesitan periodos de disminución de la actividad durante los cuales pueden reestablecerse.

Diagnóstico de Enfermería:

Alto riesgo de alteración del bienestar relacionada con el dolor, manifestado por diaforesis, dolor, fatiga, expresión de irritabilidad, ansiedad.

Objetivos:

Proporcionar un ambiente que satisfaga sus necesidades de sueño y descanso.  
Identificar los factores que contribuyen al transporte del patrón del sueño y propiciar medidas específicas para facilitarlo.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	JUSTIFICACION CIENTIFICA	EVALUACION
<p>1.- Administrar analgésicos de acuerdo a indicación médica. Profenid 50mg. I.V. c/8 horas. Ketorolaco 300 mg. vía: intravenosa dosis: 300mg. horario: cada 6 horas Paciente: Isabel Zepeda Sánchez Medicamento correcto.</p>	<p>1.- Aunque el umbral de dolor no tiene variaciones importantes entre los individuos, las reacciones personales hacia el dolor sí varían de manera importante. Ketorolaco, tratamiento del dolor, indicación analgésico no narcótico. vía de administración: I.M. o I.V. Acción: Inhibe la síntesis de prostaglandinas y no tiene efecto sobre los receptores de los opiáceos. Vida media: 3 a 5 horas vía de excreción: orina y heces. dosis: 30 a 60 mg inicial 10 a 30 mg cada 4 o 6 horas</p>	<p>La paciente al terminar el turno realizó movimientos con mayor facilidad, mostrándose optimista y cooperadora, logrando conciliar el sueño por un periodo de dos horas ininterrumpidas disminuyendo su dolor y fatiga.</p>

\* NORDMARK T. Madelyn, et al, "Bases Científicas de la Enfermería" 2ª. Edición, Editorial Manual Moderno, México, 1999, págs. 417-453.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	JUSTIFICACION CIENTIFICA	EVALUACION
<p>2.- Explicar el motivo de un equilibrio deficiente: acompañar a la paciente mientras deambula.</p> <p>3.- Colaborar en la identificación de signos y síntomas de alarma y vigilando el dolor en intensidad.</p> <p>4.- Mantener en reposo y sin ruidos nocturnos, evitar la luz directa.</p> <p>5.- Se debe alentar a la paciente para que reporte la presencia de dolor.</p>	<p>Contraindicaciones: en pacientes con perforación o sangrado gastrointestinal.</p> <p>2.- El dolor indica lesión tisular. Cuando la lesión es intensa, los receptores y las fibras para el dolor pueden estar lesionados también, de manera que no reciben señales de dolor desde el área lesionada.</p> <p>3.- El tipo de personalidad del individuo en relación con sus reacciones hacia los estímulos.</p> <p>5.- Los receptores para el dolor son terminaciones nerviosas libre. Están ampliamente distribuidas en las capacidades superficiales de la piel y en algunos tejidos internos como las paredes arteriales.</p>	

\* NORDMARK T. Madelyn, etal, "Bases Cientificas de la Enfermería" 2ª. Edición, Editorial Manual Moderno, México, 1999, págs. 417-453.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	JUSTIFICACION CIENTIFICA	EVALUACION
<p>6.- Realizar cambios frecuentes de posición y orientar a la paciente a que lo haga.</p> <p>7.- Reducir al mínimo la necesidad de despertar a la paciente.</p> <p>8. Administrar antibiótico Cefatolina.  Vía: intravenosa  dosis: 1g.  Horario: cada 6 horas.  Paciente: Isabel Zepeda Sánchez  Medicamento correcto.</p>	<p>6.- Algunas regiones del organismo poseen receptores sensibles que son principalmente, sino exclusivamente, para el dolor.</p> <p>8. Posología 0.5 a 1g, I.M. o I.V, directa o como solución I.V. cada 4 o 6 horas, o si la infección es grave hasta 2 g. cada cuatro horas.</p>	



5.- Necesidad:

### **Termorregulación**

Existe una fluctuación precisa de la temperatura corporal, dentro de la cual las células funcionan eficazmente y la actividad enzimática es adecuada.

Diagnóstico de Enfermería:

Trastornos de termorregulación ineficaz da relacionado afecto anestésico, manifestado por temperatura menor de 36°C. Escalofrío, piloerección, piel pálida, llenado capilar lento.

Objetivo:

Mantener normotermia de organismo de la paciente. Ayudar a la paciente a mantener la temperatura dentro de las cifras normales.

<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERIA</b>	<b>JUSTIFICACION CIENTIFICA</b>	<b>EVALUACION</b>
<p>1.- Aplicar medidas de calor externo, para mantener temperatura superior a 36°C.</p> <p>a) Colocando cobertor sobre la paciente</p> <p>b) Colocar lámpara de chicote en miembros pélvicos.</p> <p>c) Colocar cogín eléctrico</p> <p>d) Vigilar signos vitales</p> <p>e) Vigilar continuamente el área de aplicación de calor.</p>	<p>1.- El hipotálamo regula la temperatura y tiene un punto establecido para esto, si la temperatura corporal cambia el hipotálamo inicia los mecanismos.</p>	<p>Resultados satisfactorios, la paciente al terminar el turno se encuentra con temperatura de 36°C dentro de los límites normales.</p>

\* BRUNER, L.S. et. al. "Manual de la Enfermera" Vo. 2, Editorial Enrubia-Lozano, México, 1981, p. 782..

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	JUSTIFICACION CIENTIFICA	EVALUACION
<p>2.- Toma y registro de temperatura corporal. - Suspender lámpara y cojín eléctrico.</p> <p>3. Registrar temperatura corporal cada hora y reportarla en hoja de enfermería.</p>	<p>2.- Para elevar la temperatura corporal el cuerpo inicia vasoconstricción piloerección (piel de gallina) y los escalofríos.</p> <p>3.- Los pirógenos son sustancias químicas que elevan el patrón termostático del centro regulador del calor.</p> <p>4.- Cuando el organismo hace intento para producir más calor, los sujetos se estremecen y pueden llegar hasta temblar.</p> <p>5.- La pérdida de calor disminuye por una vasoconstricción periférica <b>i n t e n s a</b> . Simultáneamente se producen escalofríos.</p> <p>6.- Los receptores nerviosos para el frío y el calor que se localizan en la piel, también ayudan a regular la temperatura corporal.</p>	

\* BRUNER, L.S. et. al. "Manual de la Enfermera" Vo. 2, Editorial Enrubia-Lozano, México, 1981, p. 782..

6.- Necesidad:

**Moverse y mantener buena postura**

El aparato musculo esquelético es un medio de locomoción, la postura correcta puede definirse como la relación anatómica que se guarda entre las partes del cuerpo cuando este se encuentra en diferentes posiciones.

Diagnóstico de Enfermería:

Trastornos de la inmovilidad Física de la paciente relacionada con la cirugía quirúrgica efectuada y manifestada por la incapacidad y de moverse libremente

Objetivo:

Mejorar el libre movimiento de la paciente. Evitar mayor lesión de la que presenta, así como proporcionar un ambiente de seguridad.

<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERIA</b>	<b>JUSTIFICACION CIENTIFICA</b>	<b>EVALUACION</b>
<p>1.- Explicar la necesidad de aumentar la movilidad al máximo grado posible tolerado y concentrar los peligros que conlleva la inmovilidad.</p> <p>2.- El ejercicio favorece la independencia. Incorporar ejercicios de movilización como rutina.</p> <p>3.- Aumentó gradual de ejercicio y evitar exceso de éste.</p>	<p>1.- Las explicaciones pueden ayudar a obtener la colaboración a pesar del dolor o el temor a caerse.</p> <p>2.- La movilización activa ejercita los miembros y robustece los músculos y las articulaciones.</p> <p>3.- La movilidad es uno de los aspectos más importantes del funcionamiento físico, porque es esencial para el mantenimiento de la independencia.</p>	<p>Se contó con mayor movilidad, resultado satisfactorio, la paciente deambula sin ayuda, sin presentar ninguna complicación al segundo día de internamiento.</p>

\* NORDMARK T. Madelyn et al, "Bases Científicas de la Enfermería" 2ª. Edición, Editorial Manual Moderno, México, 1999, pag. 329.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	JUSTIFICACION CIENTIFICA	EVALUACION
<p>4.- Deambular con la paciente después de tomar alimentos.</p> <p>5.- Evitar periodos prolongados de tener sentada a la paciente.</p> <p>6.- Enseñar medidas de seguridad hospitalaria:  * Barandales -  pasamanos  * Timbres</p>	<p>4.- La postura correcta del cuerpo ocurre cuando las fuerzas musculares que se necesitan para balancear su el peso que producen las diferentes para el cuerpo son mínimas.</p> <p>5.- Enseñar a la paciente los métodos para trasladarse de la cama, silla o lavabo y para ponerse de pie.</p> <p>6.- Se debe proteger a los pacientes contra accidentes del tipo de caídas, los tropiezos y los golpes contra objetos duros.</p>	

\* NORDMARK T. Madelyn et al, "Bases Científicas de la Enfermería" 2ª. Edición, Editorial Manual Moderno, México, 1999, pag. 329.

#### IV. Conclusiones

1. La definición de Virginia Henderson indica que la enfermería que ve su función principal la de suministradora directa de asistencia al paciente donde hallará una satisfactoria evolución en el progreso de la paciente, desde la dependencia a la independencia, ya que la enfermera deberá poner todo su esfuerzo para comprender al paciente, cuando pierde su voluntad, el conocimiento o la fuerza aplicando sus 14 necesidades básicas.

2. La enfermería es un progreso de acción, reacción, interacción y transformación, mediante el cual la enfermera ayuda al individuo de cualquier edad, grupo socio-económico, religión o raza a satisfacer sus necesidades básicas, a fin de llevar a cabo actividades de la vida diaria.

3. Al elaborar este proceso atención de enfermería, nos dimos cuenta que al utilizarlo en la atención de los pacientes resulta de gran beneficio, proporcionando un servicio de enfermería de calidad, en virtud que para implementarlo debe forzosamente la enfermera llevar a cabo la investigación de las necesidades del paciente, por medio de una entrevista, estableciendo un diagnóstico para realizar una planeación de intervenciones en orden de prioridad y realizar una fundamentación bibliográfica obteniendo como resultado un acervo científico que nos sirve para demostrar seguridad al realizar cada procedimiento y satisfacer las necesidades del paciente.

4. Con la aplicación del proceso atención de enfermería permite la asignación de pacientes de la manera más apropiada y asegurar que los pacientes reciban atención de enfermería de calidad.

5. Utilizando el modelo de Virginia Henderson en la atención del presente caso clínico, fue de mucha utilidad porque se adaptó a las necesidades básicas del paciente, ya que desde el inicio se observaron las modificaciones de las necesidades de la paciente al satisfacerlas en base a la investigación del origen.

## **Sugerencias**

- 1.- Que se continúe implementando el proceso Atención de Enfermería para ofrecer un servicio de calidad.
- 2.- Motivar al personal de enfermería para que se acostumbre a realizar una sistematización de trabajo en beneficio del paciente.
- 3.- Promover para que la enfermeras realicen investigación bibliográfica y así conocer a fondo las diferentes patologías de los pacientes que estamos tratando.
- 4.- Desarrollar proceso atención de enfermería para que se apliquen sus cinco etapas y así poder tener facilidad al aplicarlo.

## Glosario de Términos

Albumina	Sustancia proteica que se encuentra en casi todos los tejidos de la organización animal y vegetal.
Alumbramiento.	Ultimo periodo del parto después de la expulsión del niño; es la expulsión de la placenta.
Amenorrea	Ausencia de menstruación.
Angiopasmo.	Contracción de un vaso que determina la isquemia.
Cardiopatía.	Nombre de toda enfermedad que afecta al corazón.
Cesárea.	Extracción del feto y la placenta mediante incisión en el abdomen y la pared uterina.
Distocia.	Parto difícil, sea cual fuere el origen de su naturaleza y de la dificultad.
Embolo.	Cualquier partícula extraña o anormal que es transportada por la sangre; puede ser sólida, líquida o gaseosa, y la obstrucción ocasiona una embolia (obstrucción de un vaso por el embolo).
Endometritis.	Inflamación de la mucosa que reviste el interior de la cavidad uterina.
Faneras:	Son pelos, uñas, glándulas sebáceas y sudoríparas.
Fibrinógeno.	Globulina de la que se deriva principalmente la fibrina por acción de la trombina.
Flebitis.	Inflación de una vena.
Gestosis.	Determinación con la que se designa a las enfermedades derivadas del embarazo, que suelen manifestarse antes del parto, produciendo graves consecuencias al organismo.

Hemorragia.	Salida abundante de sangre por los vasos, por roturas accidentales o espontáneas, éstas pueden ser internas (de los vasos a los diversos tejidos) o externa (de los vasos a la superficie exterior del cuerpo).
Idiopático.	Que se origina por sí mismo; de causa desconocida.
Loquios.	Líquido que se expulsa de la matriz durante las semanas siguientes al parto.
Metrorragia.	Pérdida de sangre por el útero que se produce fuera del periodo menstrual.
Toxemia.	Envenenamiento general de la sangre por toxinas.
Tóxico.	Sustancia que por su composición química obra sobre los tejidos para destruir su organización anatómica y su funcionamiento fisiológico.
Trofoblasto.	Grupo de células marginales que cubren al blástocito, cuando ocurre el proceso de implantación, en el endometrio aparecen dos capas diferenciales con producción hormonal, una externa (sincitiotrofoblasto) y una interna (citotrofoblasto).
Trombo.	Coágulo que se aloja en un vaso.
Tromboflebitis.	Inflamación de la pared de una vena con formación de un coágulo (trombo).
Uremia.	Intoxicación debida a la insuficiencia o a la detención de la función renal.



## ABREVIATURAS

Abreviaturas obstétricas y de laboratorio más utilizadas:

A:	Número de abortos
C:	Número de cesáreas
DOC:	Citología exfoliativa (prueba de Papanicolau)
FCF:	Frecuencia cardíaca fetal.
FPP:	Fecha probable de parto
FUM:	Fecha de última menstruación.
FU:	Fondo uterino
G:	Número de embarazos.
Hb:	Hemoglobina.
Hto:	Hematócrito.
IVSA:	Inicio de vida sexual activa.
Leuc:	Leucocitos
O:	Número de obitos
P:	Número de partos
SDG:	Semanas de gestación
Segm:	Segmentados
TPT:	Tiempo de tromboplastina.

## **Bibliografía**

- 1.- Alfaro, Rosalinda "Aplicación del Proceso Aplicación de Enfermería", 2a. Edición, Editorial Mosloy-Doyma libros, España 1995 p. 250
- 2.- Atkinoson Leslie, etal, "Proceso Atención de Enfermería", 2a.-Edición, Ed. Manual Moderno, México, 1995. p. 300
- 3.- Benson Ralp C. Etal, "Diagnóstico y tratamiento obstétrico", 3a. Edición, Editorial Manual Moderno, 1990. p. 400
- 4.- Brunner Suddarth "Enfermería Médico-Quirúrgica" Vol. 1, 8a. Edición, Editorial Interamericana, España, 1999. p. 700
- 5.- Carpenito Juall Lynda, "Diagnóstico de Enfermería" 5a. Edición, Editorial Interamericana, España 1995, p. 1335
- 6.- Carpenito Juall Lynda, "Diagnóstico de Enfermería y Problemas Asociados" 3a. Edición, Editorial Interamericana, España 1995, p. 1000
- 7.- Carpenito Juall Lynda, "Plan de Cuidados y Documentación de Enfermería" 2a. Edición, Editorial Interamericana, España 1995, p. 750
- 8.- Carpenito Juall Lynda, "Manual de Diagnóstico de Enfermería" 4a. Edición, Editorial Interamericana, España 1995, p. 750
- 9.- Cunniangham, F. Gary, etal, "Williams Obstetricia" 4a. edición, Editorial Massón, S.A., España, 1993, p. 1500
- 10.- "Diccionario Médico" 3a. Edición, Editorial Salvat Editores, España, 1990, p. 2000.
- 11.- Diclona A. Nancy, etal, "Enfermería Maternal" 3a. edición, Editorial Interamericana, España, 1986 p. 932
- 12.- Eneo, UNAM, "Antología Proceso Atención de Enfermería" México, 1996 p. 100
- 13.- Eneo, UNAM, "Antología teoría y modelos", México, 1996. p. 50

- 14.- Iyer, W. Patricia, etal "Proceso y diagnóstico de Enfermería", 2a. Edición, Editorial Interamericana, España 1993, p. 250
- 15.- Marrier Tomey Ann, etal, "Modelo y Teorías en Enfermería", 4a. edición, Editorial Hancourt Bruce, España, 1999. p. 350
- 16.- Mondragón Castro Héctor "Obstetricia Básica Ilustrada", 2a. Edición, Editorial Trillas, México, 1992. p. 700.
- 17.- Nordmark, Madelyn etal, "Bases Científicas de la Enfermería", 3a. edición, Editorial Manual Moderno, México, 1997. p. 712
- 18.- Quiroz, Gutiérrez Fernando "Tratado de Anatomía Humana" Tomo III, 12a. Edición, Editorial Porrúa, S.A., México, 1993, p. 400
- 19.- Reeder, J. Sharón, etal, "Enfermería Materno-Infantil" 16a. Edición, Editorial Harla, México, 1995. p. 750.
- 20.- Rodríguez, Pinto Mario "Anatomía, Fisiología e Higiene" 8a. Edición, Editorial Harla, México, 1995, p. 750.
- 21.- Rosles, Barrera Susana, etal, "Fundamentos de Enfermería" 2a. Edición, Editorial Manual Modero, México, 1999 p. 300
- 22.- Suros, Forns Juan, etal, "Semiología médica y técnica exploratorio", 6a. Edición, Editorial Salvat Editores, España, 1988 p. 488.