



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
“EMBARAZO ECTÓPICO”**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

PAULINA GÓMEZ MONROY.

**DIRECTOR ACADÉMICO:
LEO. FEDERICO SACRISTÁN RUIZ.**



MÉXICO, D.F.

2006



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE.	Pag.
INTRODUCCIÓN.	1
OBJETIVOS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.	3
ÁREA DE INVESTIGACIÓN.	4
METODOLOGÍA DE TRABAJO.	4
CAPITULO I.- MARCO TEÓRICO.	5
1.1.-Proceso Atención Enfermería.	5
♦ 1.1.1.-Primera Etapa del Proceso Enfermero “Valoración”.	10
♦ 1.1.2.-Segunda Etapa del Proceso Enfermero “Diagnóstico”.	20
♦ 1.1.3.-Tercera Etapa del Proceso Enfermero “Planificación”.	39
♦ 1.1.4.-Cuarta Etapa del Proceso Enfermero “Ejecución”.	57
♦ 1.1.5.-Quinta Etapa del Proceso Enfermero “Evaluación”.	70
1.2.-Anatomía del Aparato Reproductor Femenino.	76
♦ 1.2.1.-Ovarios.	76
♦ 1.2.2.-Características Histológicas de los Ovarios.	77
♦ 1.2.3.-Trompas de Falopio.	80
♦ 1.2.4.-Útero.	81
♦ 1.2.5.-Vagina	84
♦ 1.2.6.-Vulva.	86
♦ 1.2.7.-Perine.	87
♦ 1.2.8.-Glándulas Mamarias.	88

1.3.-Fisiología del Embarazo.	90
◆ 1.3.1.-Desarrollo Morfológico y Funcional del Feto.	90
◆ 1.3.2.-Datación del Embarazo.	91
◆ 1.3.3.-Óvulo, Cigoto y Blastocisto.	91
◆ 1.3.4.-Embrión.	92
◆ 1.3.5.-Feto.	93
◆ 1.3.6.-De la Semana Doce de Gestación a las Cuarenta Semanas de Gestación.	93
1.4.-Fisiología del Embarazo Ectópico.	96
◆ 1.4.1.-Hallazgos Clínicos.	97
◆ 1.4.2.-Clasificación y Frecuencia.	97
◆ 1.4.3.-Etiología.	98
◆ 1.4.4.-Patología.	100
◆ 1.4.5.-Cambios Endometriales y Hemorragia Vaginal.	101
◆ 1.4.6.-Terminación del Embarazo Ectópico.	102
◆ 1.4.7.-Datos Clínicos del Embarazo Ectópico.	104
◆ 1.4.8.-Datos de Laboratorio del Embarazo Ectópico.	106
◆ 1.4.9.-Exámenes Especiales.	107
◆ 1.4.10.-Diagnóstico Diferencial del Embarazo Ectópico.	109
◆ 1.4.11.-Complicaciones.	109
◆ 1.4.12.-Prevención del Embarazo Ectópico.	110
◆ 1.4.13.-Tratamiento del	

Embarazo Ectópico.	110
◆ 1.4.14.-Pronostico del Embarazo Ectópico.	111
1.5.-Clasificación de los Diferentes tipos de Embarazos Ectópicos.	112
◆ 1.5.1.-Embarazo Ectópico Tubario.	112
◆ 1.5.2.-Embarazo Ectópico Intersticial.	114
◆ 1.5.3.-Embarazo Ectópico Abdominal.	119
◆ 1.5.4.-Existen otros tipos de Embarazos Ectópicos.	122
1.6.-Las Mujeres en Equidad de Genero.	123
1.7.-La Mujer Víctima del Aborto.	132
1.8.-La Psicología e Infertilidad en Hombres y Mujeres.	143
1.9.-La Angustia y Ansiedad.	148
1.10.-Miedo y Temor.	154
1.11.-El Duelo.	157
1.12.-Alteración del Descanso y Sueño.	165
1.13.-Acciones de Enfermería Según los Niveles de Prevención.	171
CAPITULO II.- VALORACIÓN.	176
CAPITULO III.-DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA.	184
CAPITULO IV.-PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN	185
CAPITULO V.- EVALUACIÓN.	186
♣ Diagnostico de Ansiedad.	185
♣ Diagnóstico de Dolor Agudo.	187

♣ Diagnóstico de Miedo y Temor	190
♣ Diagnóstico Duelo Disfuncional.	192
♣ Diagnóstico Deterioro del Patrón del Descanso y Sueño.	195
CONCLUSIONES.	198
BIBLIOGRAFÍA.	200
GLOSARIO DE TÉRMINOS.	209

INTRODUCCIÓN.

En el presente trabajo, realizado por la pasante en Enfermería y Obstetricia, Paulina Gómez Monroy, se analiza y describe todo lo referente al embarazo extrauterino en las mujeres; siendo éste un factor de riesgo para la esterilidad y la muerte materna. Definiendo el embarazo extrauterino, ectópico, heterotópico o ecciesis, como la nidación del huevo fecundado fuera de la cavidad uterina.

Ahora bien, los sitios donde es factible la nidación corresponde al trayecto que recorre el óvulo desde su salida del ovario hasta antes de su entrada a la cavidad uterina, sitios correspondientes al ovario, abdomen, las diferentes partes de las trompas de Falopio así como son: la ampolla, istmo, fimbria, intersticio, e infundíbulo; además, el ligamento ancho, cuerno uterino y el cuerno rudimentario. El crecimiento del huevo, los sitios referidos, van a determinar una distensión anormal en los tejidos, lo que podría provocar diferentes manifestaciones clínicas que van desde el dolor de la fosa iliaca correspondiente, hasta el cuadro de abdomen agudo, o ruptura de la trompa de Falopio provocando con esto el aborto hacia la cavidad abdominal.

Por lo anterior, el embarazo ectópico constituye una de las urgencias obstétricas en donde el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno disminuye la mortalidad de la mujer. Ya que muchas veces puede ser prevenible si desde el primer mes de embarazo o desde el momento en que se sabe la mujer embarazada acudiera a su consulta prenatal se le realizarían los estudios correspondientes detectando alguna alteración en el embarazo.

En cuanto a la frecuencia, existen más embarazos ectópicos en las mujeres de grupos socio económicos bajos, hábitos higiénicos y nutricionales deficientes, que condicionan ciertos padecimientos como la enfermedad pélvica inflamatoria, aguda o crónica, cirugía abdominopélvica previa, apendicitis, endometriosis, quistes ováricos, cesárea, neurectomía presacra, cirugía tubárica, embarazo ectópico previo, abortos electivos repetidos, uso de dispositivos intrauterinos, tumor pélvico que deforme la trompa (masa pélvica uterina, ovárica, tubarica, o de otro sitio), anomalías del desarrollo del

tracto genital y de las trompas de Falopio, anticonceptivos orales que contienen sólo progesterona y el uso de estrógenos como anticonceptivos postcoito.

En cuanto a los factores paternos que favorecen la aparición de un embarazo ectópico son: el bajo número de espermatozoides, ovulación retardada, así como antecedentes de infertilidad en la pareja.

El embarazo ectópico más frecuente ocurre en la trompa de Falopio de un 95 a 98%; de ellas, en la región ampular ocupa el 50 a 60%, en la región del ístmica de 30 a 40%, el intersticial 1 a 2%, el ovárico se observa en un 0.5%. Estos resultados no son del todo valorable, ya que la gran cantidad de abortos no se cuantifican, ya que son embarazos complicados o de alto riesgo en base a las anomalías por parte del huevo o de la madre, representando algún tipo de embarazo ectópico.

La tasa de mortalidad de las mujeres que tienen un embarazo ectópico y que se representa es de 1 en 10 embarazos ectópicos y más del 75% de estos embarazos ectópicos se diagnostica antes de la decimosegunda semana de gestación. El embarazo ectópico puede ocurrir en cualquier época, desde la menarca hasta la menopausia, pero el 40% ocurre en mujeres entre los 26 y 35 años de edad.

OBJETIVOS DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA.

OBJETIVOS GENERAL:

Describir, conocer y analizar lo referente a los cuidados enfermeros desde un punto de vista holístico, de una paciente con Embarazo Ectópico.

OBJETIVOS PARTICULARES:

- 1.-Analizar lo que es un embarazo ectópico.
- 2.- Conocer los problemas físicos, psicológicos y emocionales en la paciente con embarazo ectópico.
- 3.-Analizar la atención de enfermería de acuerdo a los problemas detectados en la paciente con embarazo ectópico.
- 4.-Proporcionar los cuidados de enfermería tomando en cuenta las bases científicas del Proceso Atención de Enfermería

ÁREA DE INVESTIGACIÓN.

Clínica los Arcos del sector privado, en la sección de la consulta externa, y Hospital adventista, del Sector Privado, en la sección del área de Hospitalización, en el quinto piso.

METODOLOGÍA DE TRABAJO.

El presente trabajo se realiza conforme a la metodología del Proceso Atención de Enfermería, de la siguiente forma:

VALORACIÓN:

Se realiza la selección de la paciente en el Hospital Adventista en el área de Gineco-Obstetricia (en quirófano y hospitalización). Posteriormente se realizó la entrevista y la exploración física, para detectar los posibles problemas.

DIAGNÓSTICO: Se realizaron los diagnósticos enfermeros para así poder realizar la jerarquización de los problemas detectados en base a los factores de riesgo.

PLANEACIÓN: Realizó un plan de cuidados a partir de los problemas detectados, basándose en los conocimientos teórico--prácticos adquiridos y poder brindar una recuperación satisfactoria.

EJECUCIÓN:

Posteriormente, se proporcionaron los cuidados enfermeros necesarios para su pronto restablecimiento.

EVALUACIÓN:

Se determina si se lograron los resultados planteados, así como la recuperación física, psicológica y emocional de la paciente de regreso a su casa.

CAPITULO I.-MARCO TEÓRICO.

1.1.- PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como Proceso de Atención Enfermería (P. A. E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

En la página de Internet NANDAwikipedia.encyclopedialibre.org/wiki/NANDA¹, nos dice que el Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes, por primera vez, y fue considerado como un proceso, en Hall (1955), Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración , planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación); y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos otros autores más, establecieron cinco etapas, añadiendo la etapa diagnóstica.

Encontramos, que el sistema de planificación, en la ejecución de los cuidados de enfermería, esta compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen.

EL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA: Para la autora Rosalinda Alfaro-Lefevre² nos define como una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros, así como promover cuidados humanísticos centrados en objetivos (resultados) impulsando a las enfermeras a examinar continuamente lo que hacen

¹ NANDAwikipedia.encyclopedialibre.org/wiki/NANDA.

² Alfaro Lefevre Rosalinda. Aplicación del Proceso Enfermero. Editorial Masson, México, 2005.

y a plantearse cómo pueden mejorarlo, a través de los siguientes pasos que son: Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación.

El proceso atención de enfermería es sistemático, porque es el método de solución de problemas, que consta de cinco pasos, llevándose a cabo una serie de acciones deliberadas para extremar la eficiencia y obtener resultados beneficiosos a largo plazo.

Se menciona que es dinámico, ya que a medida que se adquiere mayor experiencia, podrá moverse hacia atrás o hacia delante entre los distintos pasos del proceso, combinado en ocasiones distintas actividades para conseguir el mismo resultado final.

Se indica que es humanístico puesto que se basa en las creencias de que a medida que brindamos y planificamos los cuidados debemos considerar los intereses, valores y deseos específicos del usuario (persona, familia o comunidad). Como enfermeras se debe considerar la mente, el cuerpo y el espíritu, puesto que nos esforzaremos por comprender los problemas de salud de cada individuo y el correspondiente impacto del mismo en la percepción de bienestar de la persona y en su capacidad para las actividades de la vida diaria.

Centrado en los objetivos (resultado) por lo que los pasos del proceso enfermero están diseñados para centrar la atención en si la persona que demanda los cuidados de salud obtiene los mejores resultados de la manera más eficiente.

Los requerimientos específicos de documentación proporcionan los datos clave que pueden estudiarse para optimizar los resultados en otras personas en situación similar.

Es importante aprender el Proceso Atención de Enfermería ya que proporciona la base para los exámenes para la provisión de plazas en el Sistema Público de

Salud, por lo que necesita estar familiarizada con el proceso enfermero para poder responder a las preguntas, puesto que cada vez se depende más de los planes de cuidados estandarizados y computarizados; Para poder usar esta información de manera segura, debe dominar los principios que rigen el proceso enfermero. Sólo entonces será capaz de pensar críticamente sobre cómo lograr los objetivos finales enfermeros para:

- a) Prevenir la enfermedad y promover, mantener o restaurar la salud (en las enfermedades terminales, para controlar la sintomatología y fomentar el confort y el bienestar hasta la muerte).
- b) Potenciar la sensación de bienestar y la capacidad para actuar según los roles deseados.
- c) Proporcionar cuidados eficaces y eficientes de acuerdo con los deseos y necesidades del individuo.
- d) Hallar formas de aumentar la satisfacción del usuario al administrar los cuidados de salud.

La autora Rosalinda Alfaro-Lefevre³, nos señala brevemente la descripción de lo que hay que realizar en cada paso del proceso enfermero, de la siguiente manera:

1.-VALORACIÓN: En esta fase se recolecta y examina la información sobre el estado de salud, buscando evidencias de funcionamiento anormal o factores de riesgo que puedan generar problemas de salud. También puede buscar evidencias de los recursos con que cuenta el cliente.

2.-DIAGNÓSTICO: Analiza los datos e identifica los problemas reales y potenciales, que constituye la base del plan de cuidado, así como identificar los recursos que son esenciales para desarrollar un plan de cuidado eficiente.

3.-PLANEACIÓN: Hay que realizar cuatro puntos clave que son:

³ Ibidem.

- a) Determinar las prioridades inmediatas (de mas importantes a menos importantes).
- b) Fijar los objetivos (resultados) esperados.
- c) Determinar las intervenciones.
- d) Anotar o individualizar el plan de cuidados.

4.-**EJECUCIÓN:** Es la puesta en práctica del plan – pero no solo actuar – Piense y reflexione que sobre lo que está haciendo se basa en tres puntos que son:

*Valorar el estado actual de la persona antes de actuar.

*Llevar a cabo las intervenciones y volver a valorar para determinar la respuesta inicial.

*Informar y registrar.

5.-**EVALUACIÓN:** Ver si la persona ha logrado los resultados esperados tomando en cuenta cuál es el estado de salud y la capacidad funcional de la persona en comparación con los resultados esperados, así como si ha logrado los objetivos observando si la persona está preparada para cuidarse por si misma.

LOS BENEFICIOS DEL USO DEL PROCESO ENFERMERO: Es para complementar a otras disciplinas al centrarse no sólo en las cuestiones médicas, sino también en las respuestas humanas: cómo responde la persona a los problemas médicos, al tratamiento y al cambio en las actividades de la vida diaria. Este enfoque holístico le ayuda a cerciorarse de que las intervenciones están adaptadas al individuo, no a la enfermedad. Otros beneficios son:

- ❖ Agiliza el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud reales y potenciales, reduciendo la incidencia de ingresos hospitalarios (y acortando su duración).
- ❖ Tiene requerimientos de documentación precisos diseñados para:
 - a) Mejorar la comunicación y prevenir errores, omisiones y repeticiones innecesarios.

b) Dejar un “rastros de papel” que pueda seguirse posteriormente para evaluar los cuidados del usuario y para realizar estudios que permitan el avance de la enfermería y mejoren la eficacia y eficiencia de los cuidados de salud.

- ❖ Evitar que se pierda de vista el factor humano.
- ❖ Promover la flexibilidad y el pensamiento independiente.
- ❖ Adaptar las intervenciones al individuo (no únicamente a la enfermedad).
- ❖ Ayuda a que los usuarios y sus familiares se den cuenta de que su aportación es importante y de que sus puntos fuertes son los recursos.
- ❖ Así mismo ayuda a que las enfermeras tengan la satisfacción de obtener resultados.

1.1.1.-PRIMERA ETAPA DEL PROCESO ENFERMERO “VALORACIÓN”.

La autora Rosalinda Alfaro-Lefevre⁴, nos indica que la VALORACIÓN, es el primer paso para determinar el estado de salud, que se da cuando usted realiza la entrevista y un examen para reunir información y asegurarse de qué dispone, para tener una imagen clara de salud de la persona. Puesto que todo el plan de cuidados se basa en los datos recogidos en esta fase, debe esforzarse por asegurarse de que la información es correcta, completa y organizada de forma que le ayude a empezar a tener una primera impresión de patrón de salud o enfermedad. Las cinco fases para realizar la historia clínica son: Recolección de datos, Validación de los datos, Organización de los datos, Identificación de los patrones / comprobación de las primeras impresiones y el informe y anotación de los datos.

1.-RECOLECCIÓN DE DATOS: Es reunir datos (información) sobre el estado de salud, es un proceso continuo que empieza cuando se encuentra por vez primera con el usuario y continúa hasta que la persona está dada de alta.

Los recursos que se utilizan para considerar una valoración completa son los siguientes:

- +Consumidor (individuo, familia, comunidad).
- +Personas allegadas.
- +Registros médicos y enfermeros.
- +Consultas verbales y escritas.
- +Estudios diagnósticos / de laboratorio.

Los datos obtenidos pueden clasificarse en dos categorías: directos e indirectos. Los datos directos son información obtenida directamente del usuario (entrevista, exploración).

⁴ Idem.

Los datos indirectos son información que se obtiene de otras fuentes (cónyuge, otras enfermeras, etc.)

Una recolección de datos completa se produce en tres fases:

*Antes de ver a la persona (Averigüe todo lo que pueda. Esta información puede ser limitada).

*Cuando se vea a la persona (Entreviste a la persona y lleve a cabo el examen físico).

*Después de ver a la persona (Revise los recursos que ha empleado y determine qué otros recursos adicionales puede ofrecerle información adicional.

DATOS BÁSICOS (VALORACIÓN FOCALIZADA).

Hay dos tipos principales de valoración:

1.- Valoración de los datos básicos (inicio de los cuidados). Información general que reúne en el contacto inicial con la persona para valorar todos los aspectos de su estado de salud.

Hay tres factores principales que influyen en los diseños de estos instrumentos y en el tipo de información que se requiere son:

a) Las necesidades y problemas más comunes en esa unidad específica, el instrumento para la valoración de un adulto es diferente del empleado para un niño y el instrumento de valoración para un centro de cuidados agudo difiere del utilizado en un centro de cuidados de larga estancia.

b) El marco de referencia enfermero adoptado en el centro.

c) Estándares de cuidados para la valoración. La información requerida por las compañías de seguros también puede, en determinadas circunstancias, influir en la información que recogen los instrumentos de valoración en general debe,

constituir un sistema de valoración global y fiable que esté estandarizado y sea reproducible.

Esta valoración es la base para identificar los problemas y recursos para desarrollar un plan de cuidados estandarizados dirigido a obtener el máximo funcionamiento físico, mental y psicosocial.

Así como también se debe recoger un conjunto de datos mínimos de manera estandarizada.

2.- Valoración focalizada, son los datos que se reúnen para determinar el estado de un aspecto específico (hábitos intestinales). La valoración focalizada puede hacerse como parte de una recogida general del dato básico o solo, para controlar problemas concretos o aspectos específicos de los cuidados.

ENTREVISTA ENFERMERA Y VALORACIÓN FÍSICA.

La entrevista y la valoración física se complementan y clarifican mutuamente.

La Entrevista Enfermera es la habilidad para establecer una relación de confianza formular preguntas, escuchar y observar es la clave para establecer una relación positiva enfermera—paciente y esencial para conocer los hechos. Las personas que buscan cuidados de salud, tanto si están sanas cuando si sufren una enfermedad aguda, están en una situación extremadamente vulnerable; necesitan saber que están en buenas manos y que se atenderán sus principales preocupaciones.

Para realizar la una entrevista se deberá tomar en cuenta los siguientes puntos:

Antes de iniciar la entrevista:

*Organización.

*No fiarse de la memoria.

- *Dedicar tiempo suficiente.
- *Asegurar la intimidad
- *Mantener centrada la atención.
- *Visualícese como segura, cálida y atenta.

Cuando empiece la entrevista:

- +Preséntese con su nombre y cargo.
- +Verifique el nombre de la persona y averigüe cómo le gusta que le llamen.
- +Explique brevemente su propósito.

Durante la entrevista

- +Dedique a la persona toda su atención.
- +No tenga prisa.
- +Siéntese.

Cómo escuchar:

- *Sea un oyente empático.
- *Use frases cortas, complementarias.
- *Esté atenta a los sentimientos.
- *Cuando vea que el lenguaje corporal envía un mensaje que entra en conflicto con el lenguaje verbal, hágaselo saber a la persona.
- *Deje que la persona acabe las frases.
- *Sea paciente si la persona tiene un bloqueo de memoria.
- *Evite el impulso de interrumpir.
- *Permita que haya pausas en la conversación.

Cómo formular las preguntas.

- +Pregunte, en primer lugar, sobre el principal problema de la persona.

+Enfoque sus preguntas para obtener información específica sobre los signos y síntomas.

+No use preguntas dirigidas.

+Use formulaciones exploratorias.

+Emplee técnicas de comunicación que refuercen su habilidad para pensar críticamente y obtener los hechos que son:

a) Usar frases que le ayuden a tomar la perspectiva de la otra persona.

b) Reformule las palabras del cliente. Esto clarifica su significado y anima a la persona a explicar sobre lo que ha dicho.

c) Realice preguntas abiertas

+Evite las preguntas cerradas.

Cómo observar.

*Use los sentidos.

*Fíjese en el aspecto general.

*Observe el lenguaje corporal.

*Fíjese en los patrones de interacción.

Cómo terminar la entrevista

+Pida a la persona que resuma sus principales preocupaciones.

+Pregunte si hay algo que le preocupe y que no haya comentado.

+Ofrézcase a sí misma como recurso y responda a cualquier pregunta que surja.

+Explique los cuidados habituales y proporcione información sobre quién es responsable de las decisiones sobre los cuidados enfermeros.

+Termine con una nota positiva.

VALORACIÓN FÍSICA.

La clave para llevar a cabo la valoración física es ser minuciosa, sistemática y técnicamente hábil. Las habilidades para la valoración física incluyen lo siguiente:

- ❖ INSPECCIÓN: Observar cuidadosamente usando los dedos, ojos, oídos, y olfato.
- ❖ AUSCULTACIÓN: Escuchar con un estetoscopio.
- ❖ PALPACIÓN: Tocar y presionar para comprobar la presencia de dolor y notar las estructuras internas, como el hígado.
- ❖ PERCUSIÓN: Golpear con el dedo directa o indirectamente sobre la superficie corporal para determinar los reflejos para determinar si hay líquido en la zona tratada.

La mejor manera de llevar a cabo una valoración física completa y sistemática es elegir una buena forma de organizar su enfoque y usarla consistentemente de modo que se convierta en automática.

El modo en que usted organiza su valoración está influido por dos cosas:

1.-La condición de la persona: Si la persona está enferma o tiene una queja específica, empiece por examinar las áreas del problema antes de hacerlo en otras partes corporales.

2.-Sus propias preferencias: Puede preferir un abordaje de cabeza a pies o puede preferir el abordaje por sistemas corporales.

Los siguientes puntos deberán tomarse en cuenta para el desarrollo de una valoración física completa y sistemática, realizando lo siguiente:

- Promover la comunicación entre usted y la persona que examina.

- Respetar la intimidad
- No fiarse de la memoria.
- Elegir un método para organizar su valoración y usarlo consistentemente.
- Estado neurológico.
- Estado respiratorio.
- Estado cardíaco
- Estado circulatorio
- Estado gastrointestinal.
- Estado genitourinario.
- Estado de la piel.
- Estado músculo esquelético.

Identificación de los datos objetivos y subjetivos.

Separa la información en datos subjetivos (lo que la persona dice verbalmente o por escrito) y datos objetivos (lo que usted observa), ayudando al pensamiento crítico porque cada parte de la información complementa y clarifica la otra. Por lo que los datos objetivos apoyan los datos subjetivos.

Algunas veces lo que usted observa y lo que expresa la persona son diferentes por lo que se debe registrar los datos objetivos en términos tan específicos (medibles) como le sea posible. Anote los datos subjetivos de la persona usando sus propias palabras entre comillas.

VALIDACIÓN DE LOS DATOS.

La validación o verificación de que la información de que dispone es real y completa, es un paso esencial en el pensamiento crítico. Le ayuda a evitar:

--Hacer asunciones.

--Omitir información pertinente.

- Malinterpretar las situaciones.
- Extraer conclusiones precipitadas o centrarse en una dirección equivocada.
- Cometer errores en la identificación de los problemas.

Los puntos importantes para la validación de los datos son:

+Los datos que pueden medirse exactamente pueden aceptarse como hechos, existiendo la posibilidad de que un error de laboratorio u otros factores puedan alterar la exactitud de los estudios de laboratorio. Controlar de nuevo las anomalías más destacadas debería clarificar la validéz de los estudios diagnósticos.

+Los datos que observa otra persona pueden ser ciertos o no. Cuando la información es crítica, verifíquela observando y entrevistando usted misma a la persona.

ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS.

Agrupar los datos relacionados es un principio del pensamiento crítico que refuerza su capacidad para obtener una imagen clara del estado de salud. Agrupar los datos sobre el estado de salud en grupos relacionados le ayuda a empezar a tener una imagen de diversos aspectos del estado de salud.

Si usa un instrumento de valoración bien diseñado ya está hecha gran parte de la organización por que el instrumento le ayuda a anotar juntas las claves relacionadas. No obstante, puesto que los instrumentos de valoración no organizan toda la información, y dado que la valoración continuada con frecuencia se hace sin un instrumento de valoración, esta sección describe distintas formas de agrupar los datos para diferentes propósitos.

Agrupar los datos según una perspectiva enfermera: Cuando se identifican diagnósticos enfermeros, es útil agrupar los datos según un modelo holístico en

vez de seguir un modelo médico. Todos ellos son útiles cuando se identifican diagnósticos enfermeros porque tiene un enfoque holístico y agrupan datos relacionados sobre patrones de funcionamiento y respuesta humana, en vez de dar sólo patrones del funcionamiento de órganos y sistemas.

Agrupar los datos según los sistemas corporales: Cuando se desean identificar los datos que pueden indicar posibles problemas médicos, resulta útil el enfoque por sistemas corporales, porque los problemas médicos con frecuencia están causados por anomalías en el funcionamiento de los órganos o sistemas.

IDENTIFICACIÓN DE PATRONES Y COMPROBACIÓN DE LAS PRIMERAS IMPRESIONES.

Después de reunir los datos en grupos de información relacionada, empieza a tener algunas impresiones iniciales de patrones de funcionamiento humano. Pero debe comprobarse esas impresiones y decir si los patrones son realmente lo que parecen. Comprobar las primeras impresiones significa determinar qué es relevante, formular juicios tentativos sobre lo que podrían sugerir los datos y centrar la valoración para obtener más información que permita comprender plenamente la situación.

Para centrar su valoración para comprobar sus primeras impresiones y obtener piezas claves de información sobre los patrones de salud o enfermedad, recuerde los siguientes principios del pensamiento crítico:

- a) Determine qué es relevante y qué no lo es.
- b) Recuerde el principio de causalidad.

INFORMES Y ANOTACIONES.

La fase final de la valoración es el informe, y anotación a tiempo de los datos anormales acelera el diagnóstico y tratamiento de los problemas urgentes. Anotar los datos a tiempo promueve:

- 1.-Continuidad.
- 2.-Exactitud.
- 3.-Pensamiento crítico.

Anotar hallazgos significativos es más importante que anotar datos de valoración globales. Los siguientes puntos son importantes para anotar los datos enfermeros básicos:

- Siga fielmente las políticas y procedimientos para las anotaciones.
- Cuando haga anotaciones a mano use tinta y escriba con letra legible o de imprenta, incluso cuando tenga prisa.
- Complete los datos básicos tan pronto como le sea posible.
- Haga anotaciones objetivas, sin emitir juicios de valor.
- Evite los términos que tengan una connotación negativa.
- Mantenga la confiabilidad de la información.
- Sea breve.
- Si hace una inferencia, apóyela en la evidencia.
- Si comete un error, corríjalo sin tapar las palabras originales.
- Si el enfermo no quiere responder a una pregunta, anote “prefiere no responder”.

1.1.2.-SEGUNDA ETAPA DEL PROCESO ENFERMERO “DIAGNÒSTICO”.

Para la autora Rosalinda Alfaro-Lefevre, nos menciona que se puede decir que las actividades de la valoración conduce a lo que muchos consideran el eje central del proceso enfermero que es el Diagnóstico.

EL DIAGNÒSTICO ES EL EJE CENTRAL POR TRES RAZONES:

1.-La exactitud y relevancia de todo el plan depende de su habilidad para identificar de forma clara y específica tanto los problemas como su causa.

2.-Crear un plan proactivo que promueva la salud y prevenga los problemas antes de que se presenten, dependiendo de su capacidad para reconocer los factores de riesgo, (aquello que sabemos que causa problemas, como un estilo de vida sedentario).

3.-Los recursos y puntos fuertes que identifica son la clave para reducir los costes y maximizar la eficiencia.

La creciente responsabilidad de las enfermeras como diagnosticadoras cambia para reflejar el crecimiento de la práctica enfermera. Como enfermera principalmente es responsable de:

- a. Reconocer los problemas de salud más habituales.
- b. Informar de los signos y síntomas que pueden indicar la necesidad de un diagnóstico más experto.
- c. Identificar las situaciones de riesgo y anticipar y prevenir los problemas y complicaciones.
- d. Iniciar las acciones y derivaciones para asegurar un tratamiento a tiempo y apropiado.
- e. Identificar los factores que potencian la salud tanto de las personas sanas como de los enfermos crónicos.

Por lo que los cinco factores que repercuten actualmente en su rol como diagnosticadora son:

- 1.-El cambio de diagnosticar y tratar (DT), a predecir, prevenir y gestionar (PPG).
- 2.-El desarrollo y refinamiento de las vías críticas (también llamadas trayectorias clínicas, vías clínicas y mapas de cuidados).
- 3.-El diagnóstico asistido por ordenador.
- 4.-Un mayor hincapié en la importancia de la practica multidisciplinaria y en colaboración.
- 5.-Una mayor toma de conciencia del hecho de que la práctica de la enfermería tiene unos limites flexibles que responden a las necesidades cambiantes de la sociedad y el aumento de su cuerpo de conocimiento.

El diagnosticar y tratar (DT) significa que esperamos que aparezcan evidencias de un problema antes de iniciar el tratamiento.

El abordaje del predecir, prevenir y gestionar (PPG) se centra en la intervención temprana para controlar los problemas y prevenir o gestionar sus potenciales complicaciones.

Este enfoque con frecuencia se centra en la investigación o la evidencia clínica.

Usar un enfoque de predecir, prevenir y gestionar requiere que usted haga dos cosas:

- 1.-En presencia de problemas conocidos se puede predecir las complicaciones más probables y peligrosas y emprender acciones inmediatas para: a) prevenirlas; b) manejarlas en caso de que no puedan ser prevenidas.
- 2.-Tanto si hay problemas como si no se busca evidencias de factores de riesgo (cosas que sabemos que pueden provocar problemas, como conductas sexuales

de riesgo). Si detecta factores de riesgo, tratará de reducirlos o controlarlos, previniendo por tanto la aparición de problemas.

Usar el enfoque prevenir, predecir y gestionar requiere conocimiento sobre el proceso, tratamiento, y pronóstico de la enfermedad.

Pruebas clínicas a pie de cama: Son pruebas diagnósticas realizadas por la enfermera en la unidad—para mejorar la eficiencia y asegurar la detección temprana.

VÍAS CRÍTICAS (Trayectorias clínicas, mapas de cuidados): Son planes estandarizados que predicen los cuidados diarios requeridos para lograr objetivos para problemas específicos en determinado aspecto espacio de tiempo. Cuando se trabaja en centros que usan las vías críticas, con frecuencia se estará alertada ante los principales diagnósticos y cuidados previos, incluso antes de entrar en contacto con el paciente.

Cuando use vías críticas, mantenga una mentalidad abierta y piense por sí misma. Determine siempre las necesidades específicas de su cliente en vez de asumir que se “ajusta” a la vía crítica típica.

Diagnóstico asistido por ordenador: Puede favorecer o entorpecer el proceso diagnóstico. Los programas de diagnóstico computarizado están diseñados para ayudarle a identificar los problemas.

BENEFICIOS DEL DIAGNÓSTICO ASISTIDO POR ORDENADOR.

Los ordenadores pueden:

- Procesar grandes cantidades de datos mucho más rápidamente que los humanos.

- ❑ Trabajar de manera consistente (no afectada por factores humanos como la fatiga, distracciones, preocupaciones por estar muy ocupada, aburrimiento o complacencia por hacer repetidamente las mismas funciones).
- ❑ Almacenar grandes cantidades de datos, disponibles para ser recuperados en el momento que sea necesario.
- ❑ Impulsar a las enfermeras a introducir datos, asegurando que la documentación y el diagnóstico son exactos y completos.
- ❑ Señalar potenciales problemas o errores, como interacciones medicamentosas o dosis incorrectas.
- ❑ Facilitar el razonamiento diagnóstico sugiriendo posibles diagnósticos, dependiendo de la combinación de los datos de la valoración.

LIMITACIONES DEL DIAGNÓSTICO ASISTIDO POR ORDENADOR.

- Asumen que los datos introducidos son ciertos y simplemente mezclan la información.
- Pueden no tener actualizados minuto a minuto los datos sobre el estado del paciente.
- No sustituye a los seres humanos (los ordenadores no tiene sentido común); requieren que los humanos analicen e interpreten la información que generan en el contexto de la situación actual.
- No la eximen de la responsabilidad de aprender los principios y reglas del razonamiento diagnóstico. Saberlo le ayuda a reconocer los errores del ordenador.

PRÁCTICA MULTIDISCIPLINAR: La importancia del abordaje multidisciplinar también repercute en su papel como diagnosticadora. Como enfermera, debe ser plenamente consciente de que no trabaja sola. Muchos problemas requieren más recursos que los enfermeros para ser resueltos a tiempo, y debe ser capaz de reconocer no sólo los problemas enfermeros, sino también lo que requieren ser

tratados por un médico, una enfermera especialista u otro miembro del equipo de salud.

Captar, organizar y usar la creciente base de conocimientos enfermeros: Las enfermeras siguen estudiando los roles enfermeros y aumentando la base de conocimientos propios mediante la investigación y la publicación de las mejores práctica basándose en los resultados y estudios clínicos; Al reconocer que trabajar para desarrollar un lenguaje enfermero unificado (LEU) es crucial para usar registros computarizados y facilitar la investigación.

A medida que las organizaciones enfermeras trabajan para desarrollar un lenguaje enfermero unificado, otro grupo desarrolla una terminología de referencia que incorpora términos de varias disciplinas y los une de forma que permite a los ordenadores conectar mejor los datos procedentes de distintas áreas y países.

Pensar críticamente sobre el uso de los lenguajes estandarizados en la práctica: Es un proceso que comporta una especial dificultad: Por lo que se tiene un excelente comienzo (un gran paso hacia ser capaces de tener un lenguaje común que facilite las investigaciones y anotaciones computarizadas), pero aún queda mucho por hacer. Para ayudar a tomar las decisiones sobre como usar los lenguajes estandarizados en la práctica, se tomaran en cuenta los siguientes puntos:

- ✓ Reconocer que el trabajo de investigación y estandarización del lenguaje enfermero es importante, debido tanto a la necesidad de facilitar el uso de los ordenadores como a la de captar y nombrar la contribución enfermera a los cuidados de salud.
- ✓ No todos los términos son clínicamente útiles (algunos son demasiado amplios, otros sirven mejor para propósitos de investigación), y la mayoría de ellos están en diversos estadios de desarrollo.

- ✓ Buscar expertos clínicos y referencias de especialidades clínicas para las aplicaciones clínicas más actuales. Estos recursos pueden ayudarle a decidir qué es y qué no es aplicable en cada entorno de la práctica concreto.
- ✓ La terminología y uso de los diagnósticos enfermeros varía de un centro a otro. Use los términos recomendados.
- ✓ Recuerde la importancia de individualizar los cuidados asegurándose de que el plan de cuidados se adapta a la situación particular del usuario. Cada usuario es una persona, no un grupo de diagnósticos, intervenciones y resultados unidos, extraídos de un libro o de un ordenador.

Para individualizar los cuidados enfermeros, recuerde los siguientes conceptos clave.

1.-DIAGNÓSTICO.-Adquiere competencia en la identificación de los problemas de salud y factores de riesgo que se dan con mayor frecuencia en las áreas en las que se trabaja, adquiriendo también habilidad en la detección de signos y síntomas que pueden identificar problemas que deben ser derivados a otros profesionales en cada entorno concreto de la práctica.

2.-INTERVENCIONES.-Familiarizarse con las intervenciones que se usan más frecuentemente en su entorno concreto de práctica para tratar los problemas de salud específicos. Sea tan específica como le sea posible al describir las intervenciones requeridas por los usuarios a los que cuida.

3.-RESULTADOS: Aprenda los principios y reglas de la identificación de resultados individualizados, específicos para cada usuario. Tomando en cuenta que muchos de los resultados son términos amplios que resultan útiles para la investigación, pero que pueden ser demasiado amplios para la práctica.

DEFINICIONES Y DISCUSIONES DE LOS TÉRMINOS CLAVE RELACIONADOS CON EL DIAGNÓSTICO.

La autora Rosalinda Alfaro-Lefevre⁵, nos dice que la comprensión de los términos clave relacionados con el diagnóstico es esencial para convertirse en una diagnosticadora competente, para actuar de acuerdo con los intereses del usuario y para protegerse a sí misma de problemas legales. Se estudiarán los diversos términos, que aparecen en el orden en que tiene que aprenderlos.

COMPETENCIA: Conocimiento y habilidades para llevar a cabo una acción de manera segura y eficiente en distintas situaciones también se utiliza para referirse a la capacidad para identificar claramente los problemas y causa.

CAPACITACIÓN: Competencia y habilidad para llevar a cabo una acción.

DOMINIO ENFERMERO: Acciones que la enfermera está legalmente autorizada a realizar. También puede referirse a los diagnósticos que una enfermera está autorizada a formular.

DOMINIO MÉDICO: Actividades y acciones que el médico está legalmente capacitado para llevar a cabo.

RESPONSABILIDAD: Obligación de responder a algo.

INTERVENCIONES DEFINITIVAS: El tratamiento más específico requerido para prevenir, resolver o manejar un problema de salud.

RESULTADO: Efecto de las intervenciones prescritas o plan de cuidados. Normalmente se refiere al efecto deseado de las intervenciones, incluye un marco temporal específico en el que se espera lograr el resultado.

⁵ Idem.

DIAGNOSTICAR: Emitir un juicio y nominar los problemas de salud reales y potenciales o los factores de riesgo basándose en las evidencias de la valoración.

DIAGNÓSTICO: Además de referirse al segundo paso del proceso enfermero, la palabra diagnóstico puede significar dos cosas: 1) El proceso de analizar los datos y reunir las claves relacionadas para emitir juicios sobre los problemas de salud (la habilidad para diagnosticar se adquiere mediante la educación, la práctica, la experiencia y la aplicación de los principios del pensamiento crítico). O 2) El resultado del proceso diagnóstico.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: El diagnóstico más específico y correcto.

PROCESOS VITALES: Acontecimientos o cambios que ocurren durante la vida de una persona.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO: Juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud reales o potenciales o a procesos vitales.

LOS DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS: Proporcionan la base para la selección de intervenciones enfermeras para lograr los resultados de los que la enfermera es responsable. Los diagnósticos enfermeros con frecuencia se llaman respuestas humanas porque, como enfermeras, nos centramos en cómo responden las personas a los cambios en salud o circunstancias vitales.

DIAGNÓSTICO MÉDICO: Problema de salud que requiere el diagnóstico definitivo de un médico capacitado. Normalmente los diagnósticos médicos se refieren a problemas con órganos o sistemas y no siempre requieren de cuidados enfermeros.

COMPLICACIONES POTENCIALES: Problemas que aparecen en los órganos o sistemas debido a la presencia de ciertos diagnósticos o modalidades terapéuticas.

PROBLEMA MULTIDISCIPLINAR: Problema que requiere tratamiento por más de una disciplina.

FACTOR RELACIONADO: Algo que se sabe que está asociado a un problema de salud específico.

FACTOR DE RIESGO: Algo que se sabe que causa o contribuye a un problema específico. Los términos factor relacionado y factor de riesgo con frecuencia se usan indistintamente.

ETIOLOGÍA: Algo que se sabe que causa una enfermedad o problema. Los términos factor de riesgo y etiología con frecuencia se emplean indistintamente.

DIAGNÓSTICO DE RIESGO (POTENCIAL): Problema de salud que puede desarrollarse si no se toman medidas preventivas.

Reconocimiento de los factores de riesgo: la clave de un enfoque proactivo: A medida que se avanza hacia un enfoque predecir, prevenir y gestionar más proactivo, se hace más clara la necesidad de conocer y manejar los factores de riesgo. En muchos casos no hay problemas reales, pero hay factores de riesgo que indican la necesidad de un control estrecho.

RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO; APLICACIÓN DEL PENSAMIENTO CRÍTICO.
El razonamiento diagnóstico, o aplicación del pensamiento crítico para identificar problemas de salud real y potenciales, requiere conocimientos, habilidades y experiencias. En el plano general, el razonamiento diagnóstico. Una vez que se haya repetido la experiencia en diversas situaciones clínicas, el razonamiento

diagnóstico se hace casi automático. Sin embargo es importante ser plenamente conciente de los principios y reglas básicas del razonamiento diagnóstico. Los principios, reglas y pasos se fundamentan en sólidas habilidades de pensamiento crítico, están pensados para ayudarle a formar hábitos que le permitan evitar los tropiezos más comunes y aumentar su habilidad para hacer diagnósticos exactos.

RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO:

- Analizar los grupos de indicadores.
- Hacer una lista con los problemas que se sospecha.
- Excluir diagnósticos similares.
- Elegir las etiquetas diagnósticas más específicas.
- Formular el problema y sus causas.
- Identificar los puntos fuertes, recursos y áreas que mejorar.

PRINCIPIOS Y REGLAS FUNDAMENTALES DEL RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO:

- Reconocer los diagnósticos requiere que esté familiarizada con ello, por lo que hasta que tenga repetidas experiencias con distintos problemas de salud, tenga a mano las referencias. para que se empiece a identificar los problemas comparando los datos de la persona con los signos, síntomas y factores de riesgo de los problemas que aparecen en las referencias.
- Mantenga la mente abierta evitando la tendencia a dejarse influir en exceso por las experiencias pasadas o por la información que obtiene de los registros del usuario o de otros profesionales. Por lo que tener la mente abierta evita que contemple los problemas desde una perspectiva reducida, un error común del pensamiento crítico.
- Cuando haga un diagnóstico, respáldelo con evidencias, proporcionando las claves (signos y síntomas, factores de riesgo) que la llevan a formular el

diagnóstico, si no las tiene no puede completar el rompecabezas y poner nombre al problema.

- Aunque la intuición es un elemento valioso para la identificación de los problemas, nunca haga un diagnóstico basándose sólo en ella. Se puede saber intuitivamente el diagnóstico, no obstante que éste se basa en la evidencia, necesita validar su intuición.
- Si omite un problema, le pone una etiqueta errónea o identifica un problema inexistente, está cometiendo un error diagnóstico, que puede resultar en un tratamiento inadecuado, quizás peligroso. Un error en el diagnóstico es probable que origine un error en el tratamiento.
- El simple hecho de que otra enfermera tenga más experiencia que usted, no significa que siempre tenga razón.
- Conozca sus cualidades y limitaciones, las personas tiene derecho a ser valoradas por un profesional de la salud competente. Aunque usted pueda creer que tiene los conocimientos para llevar a cabo una valoración y diagnosticar los problemas, debe determinar si tiene la autoridad requerida para hacerlo.

DIEZ CASOS PARA DIAGNOSTICAR PROBLEMAS DE SALUD:

1.- Empiece por pedir a la persona (y a las personas adecuadas) que identifique sus tres principales problemas o preocupaciones. Al pedirles que elijan los tres más importantes les ayuda a ellos y a usted a priorizar.

2.- Asegúrese de que ha completado las cinco fases de la valoración, agrupando los datos según un modelo enfermero y por sistemas corporales.

3.-Determine el funcionamiento normal, deteriorado, en riesgo de deteriorarse o posiblemente deteriorado y luego haga una lista de los problemas reales y potenciales que sospecha.

4.-Considere cada uno de los problemas cuya existencia sospecha y busque otros signos y síntomas asociados a ello. El diagnóstico se basa en la evidencia; cuantas más evidencias (claves) tenga, más probable es que el diagnóstico sea correcto.

5.-Incluya y excluya los problemas buscando fallos en su proceso de pensamiento.

6.-Nombre los problemas con las etiquetas que más fielmente se ajusten a las claves de la valoración. Si las claves se asemejan más a las características definitorias de ansiedad, nombre así el problema. Si las claves se asemejan más a las características definitorias de temor, etiquete el problema como temor, por lo que el diagnóstico se basa en reconocer cuando las claves son consistentes con los signos y síntomas de un diagnóstico específico.

7.-Determine las causas del problema, ya que el saber qué causa le ayuda a determinar las intervenciones específicas.

8.-Si identifica factores de riesgo de un problema pero no tiene evidencias, identifíquelo como un problema de riesgo puesto que al identificar los problemas potenciales es clave para el modelo Prevenir, predecir y gestionar.

9.-Comparta sus diagnósticos con la persona que requiera sus cuidados y pregúntele si le parecen apropiados.

10.-Pregunte a la persona si hay algo más que debería incluirse como problema. Si es así, añádalo a la lista.

TRES PASOS PARA DIAGNOSTICAR LOS RECURSOS.

1.-Haga a la persona (y a sus allegados) dos preguntas:

a)" ¿Puede decirme algo de sí mismo que considere como recursos, como aspectos saludables?"

b)" ¿Puede decirme otras cosas que, sin ser realmente problemas, le gustaría manejar mejor?"

2.-Agrupe los datos que indican un funcionamiento normal o positivo. Marque estas áreas como recursos y compártalas con la persona y sus allegados. Ya que ésto le ayuda a usted y a la persona a centrar su atención tanto en sus recursos como en sus problemas.

3.- Haga una lista con los recursos que le ayudarán a prevenir, resolver o controlar los problemas identificados, por lo que se empleará para desarrollar un plan de cuidados eficiente.

Considerar el estilo de vida y los patrones de afrontamiento: Puesto que la enfermería esta relacionada con los problemas médicos y con cómo éstos afectan a la vida diaria de la persona, es importante considerar el estilo de vida y los patrones de afrontamiento habituales realizando las siguientes preguntas:

- ¿Cómo ha cambiado este problema de vida?
- ¿Cómo cree que está afrontando estos cambios?
- ¿Dígame cómo se adapta habitualmente a los cambios?
- ¿Cree que hay algo que usted pueda hacer y que le ayudaría a adaptarse mejor?
- ¿Qué recursos (personales, comunitarios) podrían ayudarle a afrontar mejor la situación?

DETERMINAR LOS FACTORES CAUSALES Y DE RIESGO (Relacionados): La habilidad para identificar los factores causales y de riesgo (no relacionados) depende de sus conocimientos, experiencias y habilidades analíticas. No obstante, hay algunas cuestiones que puede preguntar para ayudar a identificar estos factores:

- ¿Qué factores identifica la persona (o las personas allegadas) como causantes o contribuyentes al problema?

- ¿Están relacionados estos factores con la etapa de desarrollo, la enfermedad o cambios en el estilo de vida que pudieran estar contribuyendo al problema.
- ¿Hay factores culturales, socioeconómicos, étnicos o religiosos que pudieran estar contribuyendo al problema?
- En los restantes recursos de que usted dispone para la recogida de los datos (anotaciones médicas, otros profesionales del cuidados de la salud, revisión bibliográfica), ¿puede identificar factores que pudieran estar causando o contribuyendo al problema?

LISTA DE DIAGNÓSTICOS DE LA NANDA ACEPTADO PARA SU VALIDACIÓN CLÍNICA: La NANDA es la principal organización para el desarrollo y perfeccionamiento de los términos para los diagnósticos enfermeros.

COMPONENTES DE LA ETIQUETA DIAGNOSTICA: La mayoría de las etiquetas diagnósticas de la NANDA tiene tres componentes que son:

- 1.- Título (etiqueta) y definición. Una descripción concisa del problema.
- 2.-Características definitorias. Grupo de signos y síntomas frecuentemente asociados a ese diagnóstico, (Los diagnósticos de riesgo no tienen características definitorias porque se aplican a personas que están en riesgo de desarrollarlo. Por consiguiente no hay signos ni síntomas evidentes).
- 3.-Factores de riesgo (relacionados). Factores que pueden causar o contribuir al problema.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS REALES, DE RIESGO Y POSIBLES: Reconocer los diagnósticos enfermeros reales, de riesgo y posibles requiere que compare los datos de la valoración de la persona con la definición, características definitorias y factores relacionados (de riesgo) de los diagnósticos cuya existencia sospecha. Las siguientes reglas le ayudaran a identificar los diagnósticos reales, de riesgo y posibles en la lista de la NANDA que son:

- Diagnóstico Real: Los datos de la persona contiene evidencia de signos y síntomas o características definitorias del diagnóstico.
- Diagnóstico de Riesgo: Los datos de la persona contiene evidencias de factores relacionados (de riesgo) del diagnóstico, pero no hay evidencias de las características definitorias. (si hubiera evidencias de características definitorias, sería un diagnóstico real, no de riesgo).
- Diagnóstico Posible: Los datos de la persona no indican la presencia de características definitorias o factores relacionados del diagnóstico, pero su intuición le dice que el diagnóstico puede estar presente (posible afrontamiento inefectivo).

DIAGNÓSTICOS DE SALUD: Ser capaz de formular diagnósticos de salud se basa en reconocer cuando los clientes sanos indican un deseo de lograr un nivel más alto de funcionamiento en un área específica.

SÍNDROMES DIAGNÓSTICOS: Actualmente en la NANDA sólo hay dos síndromes diagnósticos (síndrome de desuso y síndrome traumático de la violación). El síndrome diagnóstico se usa cuando el diagnóstico está asociado con un grupo de otros diagnósticos. El conjunto de diagnósticos que agrupa el síndrome de desuso, que se da con frecuencia en las personas encamadas en centros de cuidados a largo plazo.

FORMULACIONES DIAGNÓSTICAS PARA LOS DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS:

Puesto que es importante ser claro y específico, hay unas normas para escribir formalmente un diagnóstico.

Reglas para escribir las formulaciones diagnósticas.

1.- Diagnósticos reales (formulación en tres partes).

Use el formato PES (Problema, Etiología, Signos y síntomas) o PRS (Problema, factor Relacionado, signos y síntomas).

Use “relacionado con” para unir el problema con la etiología o factores relacionados. Añada “evidenciado por” para incluir las evidencias que apoyan la existencia del diagnóstico.

2.- Diagnósticos de riesgo (formulación en dos partes).

Use el formato PE (Problema, Etiología) o PR (Problema, factores relacionados (de riesgo)).

Use “relacionado con” para unir el problema potencial con los factores relacionados (de riesgo)

3.-Diagnósticos posibles (formulado en una parte) Simplemente nombre el posible problema.

4.-Diagnósticos de salud (formulado en una parte).

Use “disposición para mejorar” (cambiado por el potencial de mejora) antes de las palabras que describen lo que se quiere mejorar.

5.-Síndromes diagnósticos (formulación en una parte).

Simplemente nombre el síndrome.

Asegurarse de que la formulación diagnóstica dirige las intervenciones: Siempre que sea posible, escriba las formulaciones diagnósticas de forma que dirijan las intervenciones enfermeras. Cuando otra persona estudie sus formulaciones diagnósticas deberá poder responder a la pregunta ¿Qué pueden hacer las enfermeras ante este problema? Basándose en la siguiente regla:

Cuando escriba las formulaciones diagnósticas para los diagnósticos enfermeros, hágalo de forma tal que la segunda parte de la formulación (factores relacionados (de riesgo)) dirija las intervenciones enfermeras. Si eso es posible, asegúrese de que el problema orienta las intervenciones enfermeras.

USO CORRECTO DE LA TERMINOLOGÍA DE LA NANDA.

Para favorecer la consistencia y claridad, la NANDA recomienda el uso de la siguiente terminología específica en algunos diagnósticos.

- ✓ Si en la lista de la NANDA aparece la palabra “ESPECIFICAR” entre paréntesis significa que debe ser específica y añadir las palabras descriptivas adecuadas para cerciorarse de que el diagnóstico es claro. (Ej.: “deterioro de la integridad cutánea /rectal/ ”).
- ✓ Si usa el diagnóstico conocimientos deficientes (cambiado por el déficit de conocimientos, de acuerdo con la NANDA), no use el “relacionado con”. En su lugar, escriba dos puntos después del diagnóstico y especifique los conocimientos que deben adquirirse (Ej.: “Conocimientos deficientes: técnica de inyección de la insulina”).

La siguiente guía le ayudara a evitar los errores más comunes al escribir las formulaciones diagnósticas:

- No escriba las formulaciones diagnósticas de forma que puedan incriminarla legalmente.
- No “renombrar” un problema médico para que parezca un diagnóstico enfermero.
- No escriba diagnósticos enfermeros basándose en juicios de valor.
- No formule el diagnóstico enfermero usando terminología médica. Céntrese en la respuesta de la persona a los problemas médicos.
- No identifique dos problemas al mismo tiempo.

PREDECIR Y DETECTAR LAS COMPLICACIONES POTENCIALES: Ser capaz de predecir y detectar las complicaciones (CP) es un de las claves del enfoque proactivo Predecir, prevenir y gestionar. Las intervenciones tempranas requieren el pronto reconocimiento de los signos y síntomas que pueden indicar el inicio de complicaciones potenciales.

Si se es una enfermera inexperta, puede resultarle difícil predecir y detectar las complicaciones potenciales. La capacidad para predecir y detectar las complicaciones potenciales aumentara a medida que lo hagan sus conocimientos enfermeros y tenga sucesivas experiencias valorando a personas con distintos tipos de problemas, por lo que algunos conocimientos solo pueden adquirirse a través de la experiencia clínica, usando las siguientes reglas:

- a) Hasta que se sienta segura identificando las complicaciones potenciales, informe de todos los datos anormales. Lo que puede parecer una clave aislada, puede preocupar a una persona más experta (o a alguien que conozca mejor al usuario).
- b) Use el pensamiento crítico. El inicio de las complicaciones suele ser útil. Los signos y síntomas empeoran de forma gradual durante un periodo de tiempo, lo que hace que los cambios sean menos obvios. Compare siempre los datos anormales con los anotados en la historia durante las últimas 24 a 48 horas. Si observa signos y síntomas cada vez mas anormales, puede encontrarse ante indicadores tempranos de una complicación potencial.

IDENTIFICACIÓN DE LAS COMPLICACIONES POTENCIALES.

- ❖ Revise toda la medicación que toma la persona.
- ❖ Considere siempre la posibilidad de una respuesta alérgica.
- ❖ Lea los registros médicos del paciente. Con frecuencia en tales registros aparecen los diagnósticos médicos y las complicaciones asociadas a ellos.
- ❖ Averigüe las complicaciones más comúnmente asociadas con los problemas médicos de la persona antes de iniciar los cuidados enfermeros.
- ❖ Revise las guías críticas, políticas, procedimientos, protocolos y estándares que se refieran a la situación del enfermo. Con frecuencia estos la guiaran para valorar los signos y síntomas específicos de o que debe informar para controlar las complicaciones potenciales.

- ❖ Sea conocedora de las modalidades diagnósticas y terapéuticas resientes y determine si hay complicaciones potenciales comúnmente asociadas a ella.
- ❖ Asegúrese de determinar no solo las complicaciones potenciales, sino también los signos y síntomas indicativos del inicio de complicaciones.
- ❖ En las situaciones complejas, consulte con su profesional más capacitado.
- ❖ Si quiere escribir una formulación diagnóstica de una complicación potencial, use “complicaciones potenciales” seguido de dos puntos y luego nombre la complicación potencial.

Identificar los problemas que requieren un enfoque multidisciplinar: la pregunta clave qué responder cuando se identifica la necesidad de un abordaje multidisciplinar es:

Contemplando la imagen general de la situación de esa persona, ¿es probable que pueda alcanzar los resultados deseados en el tiempo esperado usando solo la experiencia enfermera en el manejo de los cuidados?

1.1.3.-TERCERA ETAPA DEL PROCESO ENFERMERO “PLANIFICACIÓN”.

LA PLANIFICACIÓN: Establecimiento de prioridades, determinación de objetivos, anotación del plan: Se centrará en cómo desarrollar un plan de cuidados general inicial. El siguiente trata de planificación diaria que se requiere mientras brinda cuidados enfermeros. La planificación incluye los siguientes pasos:

- I. Determinar prioridades.
- II. Establecer los objetivos esperados.
- III. Determinar las intervenciones enfermeras.
- IV. Asegurarse de que el plan está adecuadamente anotado.

EL PLAN DE CUIDADOS TIENE CUATRO OBJETIVOS PRINCIPALES QUE SON:

- 1) Promover la comunicación entre los cuidadores.
- 2) Dirigir los cuidados y la documentación.
- 3) Crear un registro que posteriormente pueda ser usado para la evaluación, investigación y propósitos legales.
- 4) Proporcionar documentación sobre las necesidades en cuidados de la salud para determinar su coste exacto.

Los planes de cuidados de los usuarios deben ser específicos, claros y consecuentes

Los principales componentes del plan de cuidados son cuatro:

- a) Objetivos (resultados deseados). ¿Qué resultados espera conseguir y cuándo espera lograrlos?

- b) Problemas reales y potenciales. ¿Cuáles son los diagnósticos y problemas reales y potenciales que deben abordarse para asegurar un plan de cuidados seguro y eficiente?
- c) Intervenciones específicas. ¿Qué va a hacer para prevenir o manejar los principales problemas y lograr los resultados deseados?
- d) Evaluación / notas de curso. ¿Dónde puede averiguar cómo está respondiendo la persona al plan de cuidados?

Deberá asegurarse de que los cuatro componentes son correctamente abordados en el plan de cuidados.

ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES: Primero se determinarán los problemas urgentes (aquellos que requieran atención médica inmediata). A continuación, identifique objetivos para el alta de modo que usted sepa qué debe hacerse primero en la vista general del plan de cuidados.

PENSAMIENTO CRÍTICO Y DETERMINACIÓN DE PRIORIDADES: La determinación de prioridades es una habilidad esencial del pensamiento crítico que requiere que sea capaz de decidir los siguientes puntos:

- Qué problemas necesitan atención inmediata y cuáles pueden esperar.
- Qué problemas son su responsabilidad y cuáles debe referir a otro profesional.
- Qué problemas tratará usando planes estandarizados (vías críticas, planes de cuidado).
- Qué problemas no están cubiertos por los protocolos o los planes estándar pero deben tratarse para asegurar una estancia hospitalaria segura y que el alta se produzca a su debido tiempo.

- Establecimiento de prioridades: Principios básicos eligiendo un método para fijar prioridades y utilícelo de manera sistemática (ejemplo Maslow, Virginia Genderson, etc.)

Maslow:

Prioridad 1.- Necesidades fisiológicas: Problemas que representan una amenaza para las necesidades fisiológicas.

Prioridad 2.- Seguridad y protección: Problemas que representan una amenaza para la protección y seguridad.

Prioridad 3.- Amor y pertenencia: Problemas que representan una amenaza para sentirse amado y como parte de algo.

Prioridad 4.- Autoestima: Problema que representa una amenaza para la autoestima.

Prioridad 5.- Objetivos personales: Problemas que representan una amenaza para la habilidad para lograr los objetivos personales.

- Asigne una alta prioridad a los problemas que contribuyen a otro problema.
- Su capacidad para determinar con éxito las prioridades está influida por la comprensión de:
 - La percepción de las prioridades del usuario .Ya que si este no está de acuerdo con las prioridades, es probable que el plan tenga poco éxito.
 - La imagen general de los problemas con los que se enfrenta.
 - El estado general de la salud de la persona y de los objetivos deseados para el alta ya que la enseñanza puede ser una alta prioridad para alguien que se va de alta a su casa pero puede ser menos prioritario para alguien que se va de alta a algún centro de cuidados.
 - La duración esperada de la estancia. Céntrese en lo que debe hacer más que en lo que le gustaría hacer, especialmente en las estancias cortas.
 - Si hay planes estandarizados que sean aplicables.

Pasos sugeridos para el establecimiento de prioridades son:

- 1) ¿Qué problemas necesitan atención inmediata y qué pasaría si espera hasta más tarde para atenderlo? Se realiza inmediatamente las acciones apropiadas para iniciar el tratamiento según este indicado. Ya que al identificar lo que podría suceder si espera hasta más tarde para resolver el problema ayuda a decidir que debe hacerse ahora. Si el usuario necesita ayuda de un experto se deberá notificar inmediatamente a las personas apropiadas, mientras usted sigue trabajando independientemente.
- 2) Identifique los problemas que tienen soluciones sencillas e inicie las acciones apropiadas para solucionarlos. Ya que algunas veces, cosas sencillas tienen un gran impacto en el estado fisiológico o psicológico de la persona.
- 3) Desarrolle una lista inicial de problemas, identificando problemas reales y potenciales y sus causas si las conoce. Puesto que la lista de problemas puede mostrarle a usted y a cualquier otra persona la imagen general de los problemas, ayudándole a decidir si ha olvidado algo, o si un problema podría estar contribuyendo a otro. (REGLA): Para comunicar los principales problemas a todo el equipo de cuidados, asegúrese de que en un lugar destacado de la historia del usuario hay una lista actualizada de problemas junto con una lista de los principales problemas actuales y anteriores.
- 4) Estudie la lista de problemas y decida cuáles van a ser tratados principalmente por enfermeras, qué problemas son abordados por planes estándar y cuáles requieren una planificación multidisciplinar. Puesto que es su responsabilidad derivar a tiempo a otros profesionales aquellos problemas que no son de su competencia.
- 5) Decida qué problemas deben ser abordados en el plan de cuidados, es decir, aquellos problemas únicos del usuario que deben ser controlados o resueltos para progresar en el logro de objetivos mayores de cuidado. Por lo que los registros deben transmitir la concienciación y responsabilización de enfermeras de todas las prioridades de cuidados.

- 6) Determine cómo se manejará cada problema. Puesto que las políticas varían de un centro a otro; y se debe identificar dónde anotar un problema y cómo manejarlo de acuerdo con la política de cada centro en particular.

APLICACIÓN DE LOS ESTÁNDARES ENFERMEROS: Las guías y los estándares que se deben aplicar para desarrollar un plan de cuidados, están determinados por lo siguiente:

+La legislación vigente, estos marcan las leyes estatales y el alcance de la práctica enfermera.

+La American Nurses Association (ANA) y la Canadian Nurses Association (CNA).

+Las organizaciones Profesionales especializadas.

+La Joint Commission of Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO), Esta poderosa agencia ha desarrollado detallados estándares que deben seguirse para lograr la acreditación.

+La Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) Esta organización desarrolla, revisa y actualiza las guías clínicas para ayudar a los proveedores de cuidados de la salud a prevenir, diagnosticar y tratar ciertas situaciones clínicas comunes.

+Su centro de trabajo. Normalmente cada centro desarrolla su propio conjunto de estándares que reflejan como debería brindarse los cuidados enfermeros en una situación específica. Tomando en cuenta la siguiente regla:

Los planes estándar son guías que generalmente, pero no es su totalidad, se aplican a situaciones individuales de los clientes, usted es responsable de discriminar qué es aplicable y qué no lo es y de individualizar en consecuencia los cuidados del usuario.

PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS PARA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS:

La provisión de los cuidados enfermero efectivos requieren que nos centremos en los resultados del cliente que se formulan como objetivos centrados en el cliente.

¿Qué esperamos ver exactamente en el cliente que demuestre los beneficios esperados de los cuidados enfermeros, y cuándo esperamos ver esos resultados?.

Los objetivos sirven a tres propósitos principales que son:

1. Son la vara de medir del plan de cuidados: Se mide el éxito del plan de cuidados determinando si se han conseguido los resultados deseados.
2. Dirigen las intervenciones: Por si necesita saber qué pretende conseguir antes de poder decir cómo lograrlo.
3. Son factores de motivación: Tener un marco temporal específico para hacer las cosas pone a todos en marcha.

PRINCIPIOS DE LOS OBJETIVOS CENTRADOS EN EL CLIENTE: Se fijan en los resultados deseados del tratamiento, los beneficios que el cliente obtiene de los cuidados enfermeros tomando en cuenta la siguiente regla:

OBJETIVOS E INDICADORES: El objetivo describe lo que usted espera observar en el cliente que demostrara que sea ha beneficiado de los cuidados enfermeros. Aunque los términos objetivos e indicadores con frecuencia se emplean como sinónimos, los indicadores generalmente son datos específicos, medibles, que indicarán el logro de un objetivo.

Saber desarrollar objetivos y describir los correspondientes indicadores es una habilidad clave necesaria para trabajar en el entorno de salud actual, orientando al logro de objetivos, basándose en la regla y en los siguientes puntos:

1.- Los objetivos identifican los beneficios que espera ver en el cliente después de brindar los cuidados enfermeros.

- Los objetivos a corto plazo describen los beneficios tempranos que se esperan de las intervenciones enfermeras.

- Los objetivos a largo plazo describen los beneficios que se espera ver en cierto momento después de haber puesto en marcha el plan.

2.- El sujeto del objetivo debería ser el cliente o una parte del mismo (el término cliente con frecuencia se sobreentiende). Usted pretende lograr resultados en el cliente.

3.- Normalmente se desarrollan objetivos para los problemas. Aunque habitualmente no marca objetivos para las intervenciones, debería ser capaz de explicar el beneficio que espera ver en el cliente después de realizar una intervención. Si no puede identificar claramente los beneficios del cliente después de una intervención, no debe actuar.

4.-Para simplificar, determinar los objetivos requiere que, sencillamente, invierta el problema. Puesto que los objetivos describen “cómo serán las cosas” cuando el problema esté corregido o controlado.

5.-Para desarrollar un resultado muy específico, un objetivo más amplio y luego añada los datos (indicadores) que demostrarán que el objetivo se ha logrado; establecer objetivos e indicadores claros ayuda a todos a controlar los progresos del usuario.

6.-A veces los indicadores de los problemas del usuario ya han sido desarrollados en los planes de cuidado estándar. Determine cuidadosamente si tales indicadores son apropiados para el caso específico de su cliente. Puesto que los planes de cuidado estándar son guías que generalmente, pero no siempre, se aplican a la situación individual del usuario.

7.-Cerciórese de que los objetivos y los indicadores son medibles, considerando los siguientes cinco componentes para formular objetivos muy específicos que puedan usarse para identificar las intervenciones y controlar los progresos.

*Sujeto. ¿Quién espera que alcance el resultado (el usuario o uno de sus progenitores)?

*Verbo. ¿Qué acciones debe hacer la persona para demostrar el logro del objetivo?

*Condición. ¿En qué circunstancia tiene la persona que llevar a cabo la acción?

*Criterios de ejecución. ¿En qué grado va a realizar la acción?

*Momento para lograrlo. ¿Cuándo se espera que esa persona sea capaz de hacerlo?

8.- Use verbos mensurables (verbos que describan exactamente lo que usted espera ver u oír cuando se haya alcanzado el objetivo “comprenderá cómo usar la técnica estéril”). La única forma en que usted puede saber realmente hasta qué punto lo ha comprendido es si la persona, en este momento, es capaz de explicar o demostrar la técnica estéril.

Verbos mensurables (úselos para ser específicos).

Identificar	Argumentar	Ejercitar
Describir	Demostrar	Comunicar
Hacer	Compartir	Toser
Relatar	Expresar	Andar
Explicar	Perder	Estar de pie
Hacer un listado	Aumentar	Estar sentado
Comentar	Mostrar	Debatir

Verbos no mensurables (no los use).

Saber	Apreciar	Aceptar
Comprender	Pensar	Sentir

9.-Considere los resultados cognitivos, psicomotores y afectivos, tal como se describe en la siguiente lista:

- Dominio Afectivo: Objetivos asociados con el cambio de actitudes, sentimientos o valores.
- Dominio Cognitivo: Objetivos relacionados con la adquisición de conocimientos o habilidades intelectuales.
- Dominio Psicomotor: Objetivos que tratan del desarrollo de habilidades psicomotoras.

10.-Recuerde la siguiente guía de determinación de objetivos centrados en el cliente:

- El estado físico, el pronóstico general.
- La duración estimada de la estancia.
- El crecimiento y desarrollo.
- Los recursos humanos y materiales disponibles.
- Otras terapias planificadas para el cliente.

+Colabore con el usuario, determine los objetivos con él y con las restantes personas implicados en los cuidados. Si los objetivos están predeterminados por un plan de cuidados estándar, informe a todos los implicados de cuáles son y busque un acuerdo sobre la posibilidad de alcanzarlos.

+En los casos complejos, determine objetivos a corto y largo plazo. Use los objetivos a corto plazo como mojones de los objetivos a largo plazo.

+Cerciórese de que los objetivos e indicadores son mensurables, de que describen algo que usted puede ver, oír, oler o tocar en la persona que demostrará que los objetivos se han alcanzado. Usando verbos medibles, observables.

+Cuando marque los objetivos, considere los cinco componentes (sujeto, verbo, condición, criterios de ejecución, momento para lograrlo).

+Identifique solo una conducta por indicador. Si tiene que escribir dos conductas, escriba dos indicadores.

Relación entre objetivos y responsabilidad: Identificar los objetivos le ayuda a determinar su responsabilidad. Mirando el objetivo y preguntándose ¿Quién es responsable de desarrollar un plan de cuidados general para lograr este objetivo? Si la enfermera es responsable como principal gestor del problema, entonces usted es responsable de iniciar el plan. Si no es así, usted es responsable de obtener la ayuda adecuada.

OBJETIVOS CLÍNICOS, FUNCIONALES Y DE CALIDAD DE VIDA: Los objetivos deben centrarse en el estado clínico, funcional y de calidad de vida, tal como se explica a continuación:

LOS OBJETIVOS CLINICOS: Describen el estado esperado de ciertos problemas médicos, enfermeros o multidisciplinares en un determinado momento, tras haberse realizado el tratamiento. Reflejan si los problemas se han resuelto o no o su grado de mejora.

LOS OBJETIVOS FUNCIONALES: Describen la habilidad de la persona para funcionar en relación con las actividades diarias deseadas.

LOS OBJETIVOS DE CALIDAD DE VIDA: Tratan de los factores clave que afectan a la habilidad de cada persona para sentirse confortable física y espiritualmente.

OBJETIVOS Y PLANIFICACIÓN PARA EL ALTA: Identificar los objetivos para el alta e iniciar tempranamente su planificación son indicadores de eficiencia pensando en lo que la persona necesitará cuando se vaya a casa. Como parte de

la valoración inicial, los objetivos para el alta suelen escribirse en términos amplios describiendo el grado de ayuda que es posible que la persona necesite.

GESTIÓN DE CASO: Pretende reducir la duración (e incidencia) de las estancias hospitalarias mediante la identificación temprana de objetivos y el uso óptimo de los recursos; es una parte esencial de la planificación. Actualmente se espera que tanto las enfermeras hospitalarias como las de atención primaria reconozcan tempranamente a los usuarios que presentan problemas que pueden requerir recursos adicionales para lograr a tiempo los objetivos tomando en cuenta la siguiente regla:

Al inicio de la fase de planificación pregúntese a sí misma ¿Tiene esta persona algún problema de salud o incapacidad inusual que requiera un control estrecho por parte de una gestora de casos?.

INTERVENCIONES ENFERMERAS: Las intervenciones enfermeras son acciones llevadas a cabo por las enfermeras para:

- 1.-Controlar el estado de salud.
- 2.-Reducir los riesgos.
- 3.-Resolver, prevenir o manejar un problema.
- 4.-Facilitar la independencia o ayudar con las actividades de la vida diaria.
- 5.-Promover una sensación óptima de bienestar físico, psicológico y espiritual.

Las intervenciones enfermeras pueden agruparse en dos categorías:

a) **INTERVENCIONES DE CUIDADOS DIRECTOS:** Acciones realizadas mediante interacción directa con los clientes.

b) **INTERVENCIONES DE CUIDADOS INDIRECTOS:** Acciones realizadas lejos del cliente, pero en beneficio de este o de un grupo de clientes. Estas acciones se

dirigen al manejo del entorno de cuidados de salud y la promoción de la colaboración multidisciplinar.

Considerar tanto las intervenciones directas como las indirectas ayuda a justificar el tiempo de las enfermeras.

VALORACIÓN: CONTROL DEL ESTADO DE SALUD: La valoración puede planificarse específicamente para detectar o evaluar ciertos problemas o para controlar las respuestas a las intervenciones, la valoración forma parte de todas las intervenciones por lo que su planificación debería reflejar la toma de conciencia de la necesidad de valorar antes de actuar para asegurarse de que la acción es segura y apropiada de valorar mientras actúa para detectar reacciones adversas, y de valorar después de actúa para controlar la respuesta.

ENSEÑANZA: LA CLAVE PARA LA CAPACITACIÓN DEL CLIENTE: El enseñar a los clientes sobre su estado de salud y plan terapéutico, y motivarlo para implicarse en sus cuidados, es la clave para capacitarlos para convertirse en su mejor abogado y cuidador. La enseñanza puede planificarse específicamente para reforzar los conocimientos de alguien sobre un tema específico o como parte de una intervención para explicar por qué se está llevando a cabo.

En cada encuentro con el usuario, busque las oportunidades para enseñarle; puesto que la enseñanza es una habilidad compleja que incluye prestar atención a muchos factores diferentes, se sugiere la siguiente guía para planificar la enseñanza:

- Valore la disponibilidad para aprender y los conocimientos previos antes de desarrollar un plan de educación sanitaria.
- Pregunte sobre los estilos de aprendizaje preferidos (Lectura mediante folletos o un hacedor podría querer manejar antes el equipo), por lo que adaptarse al estilo preferido del usuario en vez de al suyo propio.

- Planifique un entorno facilitador del aprendizaje, sin interrupciones.
- Identifique experiencias de aprendizaje positivas utilizando simulaciones, juegos y audiovisuales.
- Emplee términos sencillos; es fácil abrumar al usuario.
- Determine conjuntamente con el cliente los objetivos de aprendizaje de modo que ambos sepan lo que debe saber y dominar.
- Anime al usuario a formular preguntas y a expresar su comprensión de lo que se le ha explicado.
- Planifique el ritmo de aprendizaje. No dé demasiada información a la vez; progrese al ritmo en que aprenda la persona.
- Deje tiempo para discutir los progresos y para resumir lo que ha enseñado.
- Busque formas de incluir en la enseñanza a las personas significativas.

ASESORAMIENTO: AYUDAR A LAS PERSONAS A HACER ELECCIONES:

Asesorar a las personas para ayudarle a introducir en su vida los cambios necesarios o hacer elecciones sobre sus cuidados de salud es otra importante intervención enfermera. Asesorar incluye usar técnicas de enseñanza para ayudar a las personas a adquirir los conocimientos requeridos para tomar decisiones sobre sus cuidados de salud.

También incluye explorar las motivaciones y, con frecuencia, brindar soporte durante los periodos de adaptación a las nuevas circunstancias. Usando las técnicas de educación sanitaria y comunicación terapéutica, se puede ofrecer un valioso apoyo psicosocial y espiritual, reduciendo por tanto el estrés asociado a hacer elecciones en cuestiones relacionadas con el manejo de la salud.

Cuando asesore a las personas, aplique los principios éticos y fomente la autonomía remarcando la importancia de permanecer informado, de manera que pueda tomar las mejores decisiones basadas en sus propios valores y creencias.

CONSULTA Y DERIVACIÓN A OTROS PROFESIONALES: LA PIEDRA ANGULAR DEL ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR: Hacer las consultas y derivaciones necesarias es la piedra angular de los enfoques multidisciplinares. Incluso cuando no hay necesidad de consultas o derivaciones formales, con las complejas situaciones de hoy, es muy probable que se encuentre a sí misma consultando con otros expertos de forma regular, asegurándose de que reconoce cuándo los cuidados del usuario se beneficiarían de la consulta con una enfermera que tenga una experiencia distinta o mayor, o con otro profesional del equipo de cuidado.

DETERMINACIÓN DE INTERVENCIONES ESPECÍFICAS: La determinación de intervenciones específicas requiere de usted que responda a cuatro preguntas clave que son:

- 1.-¿Qué puede hacerse para prevenir o minimizar el riesgo o las causas de este problema?
- 2.-¿Qué puede hacerse para minimizar el problema?
- 3.-¿Cómo puedo adaptar las intervenciones para lograr los objetivos esperados en esta persona en concreto.
- 4.-¿Qué probabilidades hay de que aparezca respuestas adversas a las intervenciones y qué podemos hacer para reducir el riesgo y aumentar la probabilidad de respuestas beneficiosas?

PRÁCTICA SEGURA: SOPESAR LOS RIESGOS Y LOS BENEFICIOS, SER PROACTIVA: La práctica segura requiere de usted que sopesa los riesgos y los beneficios de las intervenciones enfermeras y que sea proactiva, pensando antes de prescribir las intervenciones en como minimizar los riesgos y mejorar los resultados. Sopesa los riesgos de causar daños frente a las posibilidades de corregir o controlar el problema, realizando las siguientes preguntas:

- 1.-Si prescribo esta intervención, ¿Qué probabilidades hay de que se produzca la respuesta deseada?

2.-¿Qué es lo peor que podría suceder si llevo a cabo esta intervención y cómo es probable que suceda?

3.-¿Qué medidas pueden tomarse para reducir las probabilidades de causar lesiones?

4.-¿Qué pasaría con este problema si no se prescribiera ninguna intervención?

Respondiendo a estas preguntas y considerando las posibles respuestas, usted puede sopesar los riesgos (de prescribir las intervenciones y que se produzcan efectos adversos, o de no tratar el problema) y los beneficios (la probabilidad de lograr la respuesta deseada) si realiza la intervención. La siguiente guía determina las órdenes enfermeras:

- ✓ Haga una determinación actual de referencia de los signos y síntomas y factores de riesgo del problema.
- ✓ Controle si hay órdenes médicas para intervenciones enfermeras relacionadas con el problema.
- ✓ Si usa planes estándar;
 - Úselos con mentalidad crítica. Compare la situación específica de la persona con el plan estándar. Decida qué es aplicable, qué no lo es y qué falta.
 - Modifique (añada, borre y cambie) las intervenciones según esté indicado, dependiendo de los hallazgos de su valoración actual y lo que es probable que sea efectivo para esa persona específica.
- ✓ Identifique formas de control de las complicaciones potenciales: ¿Qué controlará? ¿Con qué frecuencia lo hará? ¿Con qué frecuencia anotará los datos de la valoración?
- ✓ Identifique las intervenciones que previene o minimizan las causas subyacentes o factores de riesgo del problema y que ayuden a alcanzar el resultado deseado; si no, adapte las intervenciones.
- ✓ Si no puede hacerse nada sobre la causa o factores de riesgo, decida si puede hacer algo sobre el problema.

- ✓ Asegúrese de que sus intervenciones son congruentes con otras terapias.
 - ✓ Considere las preferencias de la persona; individualice tanto como le sea posible.
 - ✓ Determine las razones científicas para las acciones planificadas.
 - ✓ Cree oportunidades para la enseñanza.
 - ✓ Consulte con otros profesionales cuando esté indicado.
 - ✓ Antes de prescribir cualquier acción:
 - Sopese los riesgos y beneficios de realizarla.
 - Decida si está dispuesta a responsabilizarse de las respuestas a las intervenciones que prescribe.
- 📖 Escriba ordenes específicas: recuerde “ver, hacer, enseñar, anotar” (es decir, qué observar / ver, qué hacer, qué enseñar y qué anotar).

Qué incluir en las ordenes enfermeras:

Fecha: El día en que escribe la orden.

Verbo: Acción que realiza.

Sujeto: Quién tiene que hacerlo.

Frase descriptiva: Cómo, cuándo, dónde, frecuencia, cuánto tiempo o en qué cantidad.

Firma: Sea constante en su manera de firmar.

ASEGÚRESE DE QUE EL PLAN SE ANOTA CORRECTAMENTE: Las formas y métodos para anotar el plan de cuidados deberían hacerse a medida para responder a las necesidades de la enfermera y de los clientes de cada institución, tratando de familiarizarse con las políticas y estándares de cada institución para registrar el plan de cuidados; es responsable de asegurarse de que el plan cumple los estándares específicos de cada centro.

RESPONSABILIDAD EN LOS PLANES DE CUIDADOS COMPUTARIZADOS Y ESTÁNDAR: Los planes de cuidados computarizados y estándar dan información abreviada, asumiendo que se usted tiene los conocimientos para aplicar la

información a la situación concreta de cada usuario. Las políticas sobre dónde anotarlo puede variar, pero lo importante es que se escriba en un lugar donde es probable que las enfermeras busquen las órdenes sobre el usuario.

Recuerde que no se trata de que los planes de cuidados piensen por usted. Lo que se pretende es que se usen como guías para los cuidados. Como enfermera usted es responsable de:

- ◆ Detectar cambios en el estado de salud del cliente que puedan contraindicar seguir con el plan.
- ◆ Use su buen juicio para determinar qué partes del plan son aplicables y cuáles no.
- ◆ Reconocer qué problemas no están cubiertos por el plan y buscar otras vías para abordarlos.
- ◆ Añada los requerimientos específicos de ese usuario.

Los planes computarizados y estándar pueden basarse en diagnósticos médicos o en diagnósticos enfermeros. Si la persona tiene más de un problema importante, usted puede decidir usar más de un plan aplicable, o seleccionar el plan más relevante y modificarlo. Lo importante es recordar que este tipo de planes están desarrollados para problemas específicos, no para las personas, y usted debe asegurarse de que adapta cualquier plan estándar a la situación específica. Basa en la siguiente regla:

Es responsabilidad suya asegurarse de que cualquier problema, diagnóstico o factor de riesgo que es probable que impidan el progreso para el logro de los objetivos se reflejen en algún sitio del plan de cuidados. Esto puede requerir adaptar un plan estándar, añadir un plan estándar al registro o desarrollar un plan de cuidados individualizado.

PLANES MULTIDISCIPLINARES: Los planes multidisciplinarios, en los que todas las disciplinas trabajan con el mismo plan, son habituales hoy día. Los enfoques

multidisciplinarios reúnen “lo mejor de cada mundo”. Sin embargo, recuerde que, como enfermera usted es la única que está con el enfermo 8 horas al día. Usted está en la mejor posición para ser realista sobre cómo funcionará el plan en su conjunto, día a día y hora a hora. Su trabajo es centrarse en las respuestas humanas, en cómo es probable que la persona responda como un todo al plan de cuidados, y actuar como abogada del enfermo.

PENSAMIENTO CRITICO: EVALUACIÓN DEL PLAN: Una vez completado el registro del plan de cuidados, dedique un tiempo a evaluar lo que ha hecho. Una planificación global de los cuidados es un proceso complicado. La evaluación temprana de lo realizado fomenta el pensamiento crítico ayudándola a detectar precozmente errores y omisiones.

1.1.4.-CUARTA ETAPA DEL PROCESO ENFERMERO “EJECUCIÓN”.

La citada autora Rosalinda Alfaro-Lefevre⁶, nos dice que la ejecución o puesta en marcha del plan incluye:

- ◇ Prepararse para dar y recibir un informe.
- ◇ Establecer prioridades diarias.
- ◇ Valorar y revalorar.
- ◇ Realizar las intervenciones e introducir los cambios necesarios.
- ◇ Hacer anotaciones.
- ◇ Dar el informe de cambio de turno.

PREPARACIÓN PARA DAR Y RECIBIR UN INFORME: En el entorno clínico, con frecuencia empezará a cuidar a una persona después de que alguien haya llevado a cabo una planificación general y haya empezado la ejecución – usted recibe un informe de alguien que ha puesto en práctica el plan en su ausencia. Estar preparada y centrar su atención puede ser la clave para obtener un informe objetivo, relevante, que le ayude a organizarse y a fijar prioridades al inicio del turno.

PREPARACIÓN PARA EL INFORME: Prepararse para el informe – enterándose de los problemas de los enfermos, averiguando cuales son los tratamientos más comunes, leyendo los registros y llegando pronto a la unidad – puede ser la clave de la eficiencia. Con demasiada frecuencia, durante el curso del día hay poco tiempo para leer los registros y buscar cómo tratar los problemas más comunes. Si ha tenido tiempo de prepararse para el día, se sentirá más segura, será más competente y brindará los cuidados a tiempo.

RECIBIR EL INFORME: Recibir un informe objetivo, relevante, puede ser un desafío por varias razones: con frecuencia se producen interrupciones y

⁶ Idem.

distracciones cuando finaliza un turno y se inicia otro; hay tanta información que es difícil escribir con suficiente rapidez; y las enfermeras que dan el informe con frecuencia están fatigadas o puede que conozcan tan bien al enfermo que olvidan decirle aquellos aspectos únicos de su cuidado que usted puede necesitar saber. Con la hoja de trabajo será capaz de recordar y organizar todo lo que necesitaba saber en el corto espacio de tiempo de que disponía. Si adapta su hoja de trabajo para que dirija la obtención de la información que necesita en cada entorno concreto, verá que le ayudará a:

- ★ Anotar rápidamente más información.
- ★ Organizar la información incluso aunque la enfermera le dé un informe desorganizado, usted puede organizarlo rápidamente poniendo los datos en los lugares apropiados).
- ★ Identificar la información que le falta (los espacios en blanco despiertan en su memoria las preguntas pertinentes que formular).
- ★ Realizar anotaciones personales a lo largo del día (los datos pertinentes pueden ir a la hoja de trabajo).
- ★ Dar un informe organizado (usted puede ser más organizada y global cubriendo sistemáticamente todas las categorías de la hoja).

ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES DIARIAS: Marcar prioridades durante la ejecución requiere aplicar los mismos principios que aprendió en la planificación. No obstante, los pasos para fijar prioridades diarias son un poco distintos porque la ejecución se centra más en hacer que en planificar.

PASOS PARA FIJAR PRIORIDADES DIARIAS:

1.-Haga una rápida ronda inicial a todos sus enfermos, comprobando brevemente cómo están “a grandes rasgos” (hágalo preferiblemente antes de recibir el informe o de sentarse a estudiar el plan de cuidados). Esto le ayuda a identificar los problemas que requieren atención inmediata y a conectar a los enfermos reales

con lo que ha oído durante el informe de cambio de turno o ha leído en las anotaciones.

2.-Inmediatamente después del informe, verifique la información crítica, como perfusiones intravenosas, funcionamiento de los equipos. Verificar la información que ha recibido durante el informe previene malos entendidos y le ayuda a usted y a la enfermera del turno saliente a determinar los problemas mientras están las dos juntas para poder clarificarlos.

3.- Identifique los problemas urgentes, aquellos que suponen un peligro para el enfermo y emprenda las acciones apropiadas (pedir ayuda si es necesaria). Poner en marcha la maquinaria para corregir los problemas graves tiene prioridad sobre dedicar el tiempo requerido para analizar todos los problemas.

4.- Haga una lista con los principales problemas de los enfermos y plantéese las siguientes preguntas:

- ¿Qué problemas deben resolverse hoy y qué sucedería si lo dejara para más tarde?
- ¿Qué problemas debo controlar hoy y que sucedería si no los controlase?
- Para lograr los objetivos generales de cuidados, ¿Cuáles son los problemas clave o los problemas que debo resolver o manejar hoy?
- De todos los problemas del enfermo, ¿Con cuáles puedo trabajar hoy de manera realista?

Usted solo puede hacer una cierta cantidad de cosas en un día, responder a estas preguntas le ayuda a decidir qué debe hacer hoy tomando en cuenta la siguiente regla:

Una parte esencial de la determinación de prioridades diaria al enfermo y a su familia que identifiquen sus principales prioridades para ese día. Esto le evita

hacer asunciones sobre lo que es importante para el enfermo. También le ayuda a identificar las asunciones que pueden haber hecho los enfermos (a veces sus expectativas son poco realistas) y le ayuda a fijar el tono para la fijación de objetivos mutuo.

5.- Determine las intervenciones que deben hacerse para prevenir, resolver o manejar los problemas detectados. Anote estas intervenciones junto con las tareas habituales, como el baño o las comidas. Esto le ayuda a usted a tener una imagen general de las tareas del día, lo que le ayuda a responder a preguntas como ¿Qué debe hacerse primero? y ¿Cómo puedo hacer el mejor uso posible de mi tiempo?

6.- Decida qué puede hacer por sí mismo el enfermo o la familia, qué puede delegar en otros y qué debe hacer usted por sí misma (puntos clave para la delegación y ¿Cuándo es seguro delegar?. Animar al enfermo y familia a ser tan independientes como sea posible les ayuda a hacerse cargo de sus propios cuidados. Con frecuencia, los enfermos y sus familias ignoran lo que se espera que hagan o dejen de hacer por sí mismo. Usar adecuadamente trabajadores menos calificados le permite a usted dedicar más tiempo a realizar tareas que requieren la experiencia de una enfermera.

7.- Haga una hoja personal de trabajo detallada para anotar lo que hace durante el día y consúltela frecuentemente. Asegúrese de considerar las tareas habituales en la unidad. Es probable que usted experimente muchas distracciones a lo largo del día. No se fíe de la memoria. Aunque la actividad habitual de la unidad no debería dictar sus actividades, es vital tenerlas en cuenta cuando prepara su programa de trabajo.

VALORACIÓN Y REVALORACIÓN: CONTROLAR LAS RESPUESTAS:

Valorar a los usuarios antes y después de las intervenciones enfermeras es una parte crítica de la ejecución. Para garantizar la seguridad del usuario debe controlar de cerca las respuestas a las intervenciones para determinar la

adecuación del plan de cuidados. ¿Cómo está respondiendo el usuario? ¿Está obteniendo los resultados deseados?.

El tiempo del que dispone para cuidar directamente a cada usuario es limitado. Convierta en un hábito hacer de cada encuentro con él una oportunidad para valorar su estado de salud física y mental. Recuerde valorar con una mente abierta, por lo que es muy fácil confundirse por las opiniones de otros.

REALIZAR LAS INTERVENCIONES ENFERMERAS: Es llevar a cabo las intervenciones; significa estar preparada, ejecutar las intervenciones, determinar la respuesta y hacer los cambios necesarios.

PREPARACIÓN: SER PROACTIVA (FOMENTAR LA SEGURIDAD, EL BIENESTAR Y LA EFICIENCIA): La preparación puede marcar la diferencia entre unos cuidados arriesgados, peligrosos, que le comprometen tanto a usted como a la persona que cuida, y unos cuidados eficientes, seguros, que promueven el bienestar y el logro de objetivos. Antes de llevar a cabo cualquier intervención, prepárese para actuar; asegúrese de que sabe qué va a hacer, por qué va a hacerlo, cómo lo hará y cómo reducirá los riesgos de lesión.

PASOS PARA ACTUAR:

- ▲ Revise el plan y cerciórese de que conoce las razones y principios para la intervención. Si no es así, no será capaz de adaptar el procedimiento si fuera necesario, e incluso puede que no se diera cuenta si la intervención ya no fuese apropiada.
- ▲ Decida si usted esta calificada y es competente para ejecutar las intervenciones (si no, busque ayuda).
- ▲ Averigüe si el centro dispone de procedimientos, protocolos, guías o estándares que se refieran a cómo llevar a cabo las intervenciones.

- ▲ Valore la situación actual del usuario y decida si las intervenciones aun son apropiadas.
- ▲ Prevea los posibles resultados: fórmese una imagen de lo que va hacer, piense en lo que podría pasar, que podría ir mal, y que puede hacer al respecto.
 - Sopesese los riesgos y beneficios.
 - Identifique formas de reducir los riesgos para el usuario y para usted misma.
 - Determine como fomentar el bienestar y reducir el estrés del usuario.
- ▲ Obtenga los recursos adecuados y asegúrese de planificar tiempo suficiente y un entorno favorecedor para la realización de las intervenciones.
- ▲ Implice al usuario y personas allegadas. Explique lo que va a hacer y por qué y cuánto tiempo le llevará; anímeles a manifestar sus preguntas, sugerencias o preocupaciones, basándose en la siguiente regla:

Antes de llevar a cabo cualquier intervención, pregúntese así misma “¿Tengo perfectamente claro qué voy hacer, por qué voy hacerlo, cómo voy a hacerlo y por qué está indicado específicamente en esta persona?”.

PENSAR DE FORMA CRÍTICA: QUE HACER SI ALGO VA MAL.

Veamos que hacer si no obtiene los resultados esperados, el problema no muestra una mejora o la situación se ve agravada por las intervenciones; si obtiene la respuesta deseada, en su mente debería aparecer una señal indicadora de que algo está yendo mal. Deténgase y responda algunas preguntas clave:

- 1.-¿Hice las intervenciones correctamente?
- 2.-¿El diagnóstico es correcto o ha cambiado el problema o su causa?
- 3.-¿Hay otras intervenciones que pudieran complementar esta intervención, aumentando su efectividad?

4.-¿Qué pudo haber pasado por alto? ¿Debería pedir una segunda opinión?

Tomando en cuenta la siguiente regla:

Realice las intervenciones enfermeras con pleno conocimiento de las razones y principios implicados, observando cuidadosamente las respuestas. Si no obtienes la respuesta deseada, empieza a formular preguntas para averiguar qué va mal antes de continuar. Cuando sepa qué va mal, antes de continuar, cuando sepa qué es lo que no funciona, haga los cambios requeridos y anótelos en el plan de cuidados según sea necesario.

GESTIÓN DE CASOS: VÍAS CRÍTICAS Y VARIACIONES EN LOS CUIDADOS: Si usa una guía crítica para los cuidados del usuario, ésta fija por usted prioridades diarias; es decir, lo hace a menos que usted identifique una variación en los cuidados. Hay una variación en los cuidados cuando el enfermo no logra los objetivos en el momento indicado en el plan de cuidados.

¿Qué hacer si identifica una variación en los cuidados? Las variaciones en los cuidados deberían estimularla a hacer una valoración adicional para determinar si el retraso está justificado o si deben emprenderse acciones para mejorar las probabilidades de logro del objetivo. Valorar las variaciones de cuidados comparando la situación actual del enfermo con la vía crítica es crucial para unos cuidados enfermeros seguros y efectivos. La siguiente regla remarca la necesidad del pensamiento crítico cuando se usan las vías críticas.

Cuando se usan vías críticas, no asuma nunca que el enfermo está a punto para progresar según lo planeado: busque variaciones en los cuidados. Si identifica una variación en los cuidados, considere si debe contactar con una gestora de casos para una valoración y tratamiento adicionales.

CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES: Usted es responsable, tanto legalmente como éticamente, de proteger el derecho del usuario a la intimidad.

Recuerde que debe guardar para sí misma los comentarios e información y que limita el acceso a la historia del usuario a aquellos implicados en sus cuidados, usted es tan responsable de los resultados emocionales de sus intervenciones como de los resultados físicos.

REGISTRO: Tras brindar los cuidados enfermeros y evaluar las respuestas, lo siguiente es anotar las valoraciones, intervenciones y respuestas. Para ello hay dos razones fundamentales:

- 1.-Es probable que sea más exacta y minuciosa si lo tiene fresco en la mente.
- 2.-Escribir lo que ha observado y hecho con frecuencia estimula en su memoria algo más que tiene que hacer o que valorar.

Recuerde que el propósito de los registros es:

- ♥ Comunicar los cuidados a otros profesionales de la salud que tiene necesidad de saber qué es lo que ha hecho usted y cómo está evolucionando el usuario.
- ♥ Ayudar a identificar patrones de respuesta y cambios en la situación.
- ♥ Proporcionar una base para la evaluación, investigación y mejora de la calidad de los cuidados.
- ♥ Crear un documento legal que más tarde pueda usarse en los tribunales para evaluar el tipo de cuidados brindados. Sus registros pueden ser un mejor aliado o su peor enemigo. La mejor defensa de que usted realmente observó o hizo algo es el hecho de que tomó nota de ello.
- ♥ Proporciona validación para el pago de los servicios. “Si no está escrito, no se ha hecho.”

DISTINTAS FORMAS DE REGISTRAR:

La práctica de los registros varía de un lugar a otro, y puesto que parece que las formas de registrar cambian, es importante familiarizarse con algunas de las siguientes formas de registro.

REGISTRO DE DISTINTOS ORÍGENES: Los cuidadores de cada disciplina escriben en hojas separadas anotaciones narrativas en orden cronológico.

REGISTROS FOCALIZADOS: Las enfermeras usan palabras clave para organizar las anotaciones y el tema de la anotación no es necesariamente un problema

REGISTROS MULTIDISCIPLINARIOS: Los cuidadores de todas las disciplinas escriben en el mismo registro.

REGISTROS EN HOJAS DE CONTROL: La impulsan a anotar informaciones específicas en lugares concretos. Si hay información significativa que anotar, escríbala en el lugar indicado para ello; si no la hay, ponga una marca de control o señal en ese espacio. También pueden usarse marcas adicionales para reflejar que se ha anotado otra información pertinente en otro lugar, como en la hoja de control de medicación.

REGISTRAR LAS EXCEPCIONES: En los registros del usuario las enfermeras se refieren a los estándares, políticas y protocolos de la unidad, recurriendo sólo en las anotaciones narrativas cuando los datos del usuario cambian o los cuidados se desvían de la norma.

USAR UNA HOJA ADICIONAL: Las anotaciones enfermeras se complementan con hojas separadas para cada tipo de situación.

REGISTROS COMPUTARIZADOS (RC) también llamados registros médicos computarizados: Las enfermeras hacen sus anotaciones directamente en el ordenador. Los registros computarizados intentan eliminar las anotaciones respectivas y aumentan el acceso a la base de datos. En algunos centros están empezando a tener registros *online*, que permiten el acceso desde distintas localizaciones.

PRINCIPIOS PARA UNOS REGISTROS EFECTIVOS:

1.-Los registros efectivos muestran evidencias de lo siguiente:

- ♣ Valoración inicial y valoraciones posteriores: ¿Qué observó cuando vió por primera vez al usuario y en posteriores encuentros, especialmente antes y después de las intervenciones?
- ♣ Situación de los problemas del cliente ¿Qué signos y síntomas existen en este momento?
- ♣ Intervenciones y cuidados enfermeros realizados ¿Qué ha hecho usted para satisfacer las necesidades del cliente?
- ♣ Respuesta o resultados de los cuidados. ¿Qué resultados ha observado?
- ♣ Atención prestada específicamente a la seguridad. ¿Qué hizo para proteger la seguridad del cliente?
- ♣ Capacidad de la persona para manejar los cuidados requeridos tras el alta. ¿Qué observó respecto a las probabilidades de que el usuario sea capaz de manejar sus propios cuidados?

2.-Un sistema efectivo de registro debería:

- ▣ Estar adaptado a los tipos de problemas que se dan con mayor frecuencia en el tipo de usuarios del centro, dirigiendo a las enfermeras a anotar aspectos clave de los cuidados de esos usuarios.
- ▣ Reflejar el uso del proceso enfermero y ser legalmente correctos.
- ▣ Desalentar la doble documentación (anotar la misma cosa en dos sitios distintos) y los registros irrelevantes.
- ▣ Aumentar la calidad de los registros enfermeros, al tiempo que se reduce el tiempo dedicado a ellos.
- ▣ Estar diseñados de forma que los datos cruciales del usuario se recuperen fácilmente, facilitando así la comunicación, evaluación, investigación y mejora de la calidad.

APRENDER A REGISTRAR DE MANERA EFECTIVA: Requiere de conocimientos, experiencia y aplicación de los principios para un registro efectivo. A medida que mejore su capacidad para valorar a las personas y para discriminar entre los hallazgos normales y anormales, mejoran sus anotaciones. También es importante realizar dos cosas:

1.-Practicar el uso del tipo específico de registros que usará antes de ir al entorno clínico.

2.-Leer los registros varían de una institución a otra, hay algunas guías universales que se aplican a todas ellas y son:

- 📖 Haga las anotaciones tan pronto como sea posible después de brindar los cuidados enfermeros. Si no puede hacerlo en la historia tome notas en una hoja de trabajo. No se fíe de la memoria.
- 📖 Piense mientras hace las anotaciones y después de hacerlas, formulándose preguntas del tipo ¿He olvidado algo?
- 📖 Siga las políticas y procedimientos de registro de cada centro. Están pensadas para asegurar unos cuidados seguros y efectivos.
- 📖 Anote las acciones importantes inmediatamente para cerciorarse de que otros saben que la acción se ha realizado.
- 📖 Registre todas las variaciones de la norma y cualquier acción emprendida en relación con la anomalía.
- 📖 Sea precisa. Sus anotaciones deberían dar la descripción y secuencia temporal de los acontecimientos, respondiendo a las cuestiones de qué sucedió y cuándo, cómo, y dónde sucedió.
- 📖 Centre su atención en los problemas o acontecimientos importantes que comunican lo que es diferente hoy en esa persona.
- 📖 Limítese a los hechos. Evite un lenguaje que transmita juicios de valor.
- 📖 Sea específica, no use términos vagos.

- 📖 Sea concisa pero no descriptiva: No tiene que escribir las frases enteras, use adjetivos y abreviaturas aceptadas para dar una imagen completa de las actividades y observaciones.
- 📖 Firme correctamente, usando las iniciales de su nombre, el apellido y las credenciales después de cada anotación que haga.
- 📖 Cuando olvide anotar algo, regístrelo tan pronto como le sea posible haciendo una entrada tardía.
- 📖 Registre los errores o las negativas a seguir el tratamiento prescrito, así como cualquier acción que usted emprenda.
- 📖 Cuando haga registros narrativos, use una de las siguientes reglas mnemotécnicas para organizar las anotaciones.

REGLAS MNEMOTÉCNICAS USADAS PARA LOS REGISTROS:

VIRA: (valoración Intervención, Respuesta, Acción) Anote los datos de la valoración que ha observado, las intervenciones hechas, las respuestas del usuario a las intervenciones y las acciones que ha llevado a cabo basándose en las respuestas.

DAR: (Dato, Acción, Respuesta) Anote el dato que observa, las acciones realizadas y la respuesta del usuario.

DIE: (Dato, Intervención Evaluación) Anote el dato que observa, la intervención realizada y la evaluación de la respuesta del usuario.

PIE: (Problema, Intervención, Evaluación) Anote el estado del problema, las intervenciones realizadas, y la evaluación de la respuesta del usuario a las intervenciones.

Dar el informe de cambio de turno.

Deberían ser exactos, objetivos y organizados. Lo que dice y cómo lo dice puede marcar una gran diferencia en la calidad de los cuidados que recibe el enfermo.

Guías: dar los informes de cambio de turno.

- Use una guía impresa o escrita a modo que la ayude a ser completa y organizada.
- Empiece dando información sobre los antecedentes generales, incluyendo lo siguiente: nombre, edad, médico responsable y médico consultor , fecha de ingreso y lista de problemas actuales (principales problemas médico, enfermeros y multidisciplinarios).
- Sea específica. Evite los términos vagos.
- Si hace una inferencia, apóyela con la evidencia.
- Describa todos los tratamientos invasivos presentes.
- Remarque los hallazgos anormales y las variaciones de lo habitual o de la norma.

Mantener el plan actualizado.

Es importante recordar que ya durante la ejecución, usted debería reflejar cómo están evolucionando las cosas, controlar los progresos y actualizar el plan de cuidados según se requiera.

1.1.5.-QUINTA ETAPA DEL PROCESO ENFERMERO “EVALUACIÓN”.

Nos dice la autora Rosalinda Alfaro-Lefevre, que evaluación crítica es la clave de la excelencia en los cuidados de salud: La evaluación crítica, evaluación cuidadosa, deliberada y detallada de diversos aspectos de los cuidados del usuario es la clave para la excelencia en la provisión de los cuidados de salud. Puede marcar la diferencia entre las prácticas de cuidados predestinados a repetir los errores y prácticas de cuidados seguras, eficientes y en constante mejora.

La mayor parte de las veces, se verá implicada en la evaluación de un plan individual de cuidados. Sin embargo, también pueden pedirle que colabore en otro tipo de evaluación, la MC. Los estudios de Mejorar los Cuidados persiguen evaluar a grupos de usuarios o aspectos específicos de los cuidados para mejorar la calidad de los cuidados para todos.

SATISFACCIÓN DEL CONSUMIDOR: AUMENTAR AL MÁXIMO SU VALOR: La evaluación proporciona la retroalimentación necesaria para valorar la satisfacción del consumidor y maximizar el valor de la provisión de cuidados de la salud. Para mejorar debemos considerar tanto las necesidades como los deseos de los consumidores. No podemos sentirnos satisfechos simplemente dando “buenos cuidados” debemos esforzarnos por dar los “mejores cuidados” posibles.

Una vez determinada la importancia de la evaluación crítica para mejorar los cuidados y maximizar la satisfacción del usuario, repasemos cómo encaja la evaluación en el contexto de un plan de cuidados individual, para considerarla luego en el contexto de la Mejora de los cuidados (MC).

EVALUACIÓN DE UN PLAN DE CUIDADOS INDIVIDUAL: Incluye realizar todos los pasos del proceso enfermero.

EVALUACIÓN.

La autora Rosalinda Alfaro-Lefrere⁷, nos menciona que se debe tomar en cuenta los siguientes puntos, para obtener una evaluación óptima, y son:

VALORACIÓN: Haga una valoración para determinar si hay cambios en el estado de salud, y asegúrese de que todos los datos son exactos y completos.

DIAGNÓSTICO: Decida si los diagnósticos y problemas que requieren cuidados enfermeros están resueltos o han mejorado lo suficiente para dar el alta. Considere si hay nuevos problemas.

PLANIFICACIÓN: Compruebe si los objetivos y las intervenciones son apropiados y determine dónde está la persona en relación con los resultados (objetivos) esperados de los cuidados.

EJECUCIÓN: Examine cómo se ha ejecutado el plan. Dilucide qué factores afectaron su éxito o le crearon problemas.

Una vez que haya completado estos pasos, está a punto para decidir si hay que continuar con el plan, modificarlo o darlo por finalizado.

DETERMINAR EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS: Se sugieren los siguientes pasos para evaluar el logro de los objetivos.

- 1.-Determine el estado actual de salud y la disposición para comprobar el logro de los objetivos.
- 2.-Haga una lista con los objetivos fijados en la planificación.
- 3.-Compare lo que la persona es capaz de hacer en relación con los objetivos.

⁷ Idem.

4.-Decida en qué medida se ha logrado los objetivos haciéndose las siguientes preguntas:

- a) ¿Se han alcanzado completamente los objetivos?
- b) ¿Se han alcanzado parcialmente los objetivos?
- c) ¿No se han alcanzado los objetivos en lo absoluto?

5.-Anote sus hallazgos en el registro del usuario (hoja de curso, plan de cuidados).

IDENTIFICAR LAS VARIABLES QUE AFECTAN AL LOGRO DE LOS OBJETIVOS: Identificar las variables (objetivos) que afectan al logro de objetivos requiere analizar la información obtenida en la valoración del usuario y en sus registros. Se debe responder las siguientes preguntas:

- ◆ ¿Los objetivos e intervenciones eran realizadas y apropiados para este individuo?
- ◆ ¿Las intervenciones se llevaron a cabo tal como estaban prescritas?
- ◆ ¿Los nuevos problemas o las creaciones adversas se detectaron tempranamente y se hicieron los cambios apropiados?
- ◆ ¿Cuál es la opinión de la persona respecto al logro de los objetivos y el plan de cuidados?
- ◆ ¿Qué factores impidieron el progreso?
- ◆ ¿Qué factores potenciaron el progreso?
- ◆ ¿Necesitamos buscar una literatura especialista en los artículos de investigación y practica aplicables? (esto es especialmente importante en las situaciones complejas)

DECIDIR SI HAY QUE MANTENER, MODIFICAR O DAR POR FINALIZADO EL PLAN: El paso final es decidir si hay que mantener, modificar, o dar por terminado el plan basado en:

1.-Continuar con el plan: Si la persona no ha alcanzado los objetivos pero usted no ha identificado ningún factor que dificulte o fomente los cuidados y simplemente se requiere más tiempo. (Recuerde que las personas que no logran los objetivos en el tiempo marcado muestran una valoración en los cuidados que debería ser evaluada por una gestora).

2.-Modificar el Plan: Cuando no se han logrado los objetivos, cuando detecta nuevos problemas o factores de riesgo o cuando identifica forma de que los cuidados sean más efectivos.

3.-Dar por terminado el plan: Si la persona ha conseguido los objetivos, no hay nuevos problemas o factores de riesgo y demuestra habilidad para cuidar de sí misma.

EVALUACIÓN CONTÍNUA Y SISTEMÁTICA PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD (MC): El concepto de MC se basa en la filosofía de que la calidad de los cuidados siempre puede mejorarse; la calidad que hoy se considera aceptable puede estar mañana por debajo del estándar, especialmente si considera los modernos avances como las modalidades diagnósticas y terapéuticas, los ordenadores y los sistemas de comunicación.

Los centros que tienen comités MC encargados de examinar y mejorar la calidad haciendo tres cosas:

1.-Mantenerse actualizado acerca de los artículos de investigación y la práctica: Relacionados con las prácticas de cuidados actuales.

2.-Realizar una evaluación sistemática y organizada de los registros de los usuarios.

3.-Determinar las mejores prácticas y recomendar mejoras basándose en la evidencia de los estudios clínicos.

SISTEMAS DE CUIDADOS DE LA SALUD: INTERACTÚAN CONSTANTEMENTE Y AFECTAN AL LOGRO DE LOS OBJETIVOS: Una de las cosas más importantes que sabemos por los estudios de Mejora de calidad es que para identificar estrategias para corregir o reducir los problemas, usted debe observar cómo están organizados los sistemas de administración de cuidados y cómo afectan todos ellos al logro de los objetivos del usuario, tomando en cuenta la siguiente regla:

Los objetivos de los usuarios “tanto si los alcanzan como si no” se ven notablemente afectados por cómo interactúan entre sí los sistemas para la administración de cuidados. Para prevenir errores y mejorar la eficiencia, examine y reflexione sobre cómo los sistemas de cuidado de la salud interaccionan e influyen en los objetivos de los usuarios.

TRES TIPOS DE EVALUACIÓN: RESULTADOS, PROCESO Y ESTRUCTURA: Para asegurar el control completo de las prácticas de cuidados de la salud, los estudios de Mejora de Calidad deberían considerar tres tipos de evaluación.

- ▲ Evaluación de los resultados, se centra en los resultados u objetivos de los cuidados.
- ▲ Evaluación del proceso; se centra en cómo se brindaron los cuidados.
- ▲ Evaluación de la estructura; se centra en la estructura en el entorno en el que tienen lugar los cuidados.

Considerar los tres tipos de evaluación, resultados, proceso y estructura proporciona un examen general del manejo de casos.

PAPEL DE LAS ENFERMERAS DEL EQUIPO: Todas las enfermeras del equipo son responsables de participar en la Mejora de Calidad (generalmente en la recolección de datos y seguimiento de los resultados). Aunque algunos de esos

estudios de Mejora de Calidad pueden parecer largos y complicados, como enfermera asistencial, puede hacer una valiosa contribución a la Mejora de Calidad tomando en cuenta lo siguiente:

- Esté dispuesta a implicarse. Como enfermera, dedica la mayor parte de su tiempo a los usuarios, si detecta problemas humanos o con la política y procedimientos del hospital, informe de ello a su supervisora. Si se le pide que aporte documentación extra para llevar a cabo los estudios, dése cuenta de que tal información es esencial para mejorar la calidad recordando la siguiente regla:

Una gran parte de la Mejora de la Calidad se centra en su propia mejora personal. Reflexione constantemente sobre cómo puede organizarse mejor y estar más preparada para satisfacer las necesidades de los usuarios. Sea creativa—piense en formas en que puede superar sus limitaciones.

- La forma en que hace sus anotaciones es importante. Los registros que usted crea mediante la documentación continuada proporcionan la base para la investigación que puede beneficiar tanto a los consumidores de los cuidados de salud como a las enfermeras.
- Los estudios de Mejora de Calidad pueden parecer complicados y detallados, pero hacen que su trabajo sea más eficiente y pueden hacer que sea más eficiente el próximo contacto que usted (o su familia) tenga con el sistema de salud.

1.2.-ANATOMÍA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO.

Los autores Tortora. J. Gerard y Grabowski Reynolds Sandra⁸, nos mencionan que los órganos de la reproducción en mujeres son: los ovarios, que producen oocitos secundarios y hormonas, como la progesterona y estrógenos (hormonas sexuales femeninas), inhibina y relaxina; las trompas de Falopio u oviductos que transportan los oocitos secundarios y óvulos fecundados al útero; el útero en que ocurre el desarrollo embrionario fetal; la vagina, y los órganos externos que conforman la vulva. También se consideran parte del aparato reproductor de la mujer las glándulas mamarias, mamas o senos.

1.2.1.-OVARIOS:

Para los autores Tortora. J. Gerard y Grabowski Reynolds Sandra⁹, los ovarios, son: “un par de glándulas semejantes a almendras en forma y tamaño, homólogas (con el mismo origen embrionario) a los testículos del varón, situados a uno y otro lado del útero, descienden hasta el borde de la porción superior de la pelvis durante el tercer mes de desarrollo prenatal. Un conjunto de ligamentos los mantiene en su posición. El **ligamento ancho**, que es la parte del peritoneo parietal, se une a los mediante ovarios cómo un repliegue peritoneal de doble capa, el **mesovario**. El **ligamento ovárico propio** fija los ovarios al útero, mientras que el **ligamento suspensorio** lo une con la pared pélvica. Cada ovario posee un **hilio**, por el cual entran y salen los vasos sanguíneos y nervios, además de ser el sitio de inserción del mesovario.”

⁸ Tortora. J. Gerard y Grabowski Reynolds Sandra. Principios de Anatomía y Fisiología Humana. Editorial: Oxford, 9na edición, 2003, 1176 pp

⁹ Idem

1.2.2.-CARÁCTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS DE LOS OVARIOS.

Los autores Tortora. J. Gerard y Grabowski Reynolds Sandra¹⁰, nos mencionan a continuación las características histológicas de los ovarios, y son:

EPITELIO GERMINATIVO: Es una capa de revestimiento simple (escamoso o cúbico bajo) que cubre la superficie del ovario y guarda continuidad con el mesotelio de recubrimiento del mesovario. El término epitelio germinativo es inadecuado, ya que este tejido no constituye el origen de los óvulos, aunque en otro tiempo se pensaba que así era. Hoy se sabe que las células progenitoras de los óvulos provienen del endodermo del saco vitelino y emigra a los ovarios durante el desarrollo embrionario.

TÚNICA ALBUGÍNEA: Cápsula blanquecina de tejido conectivo denso e irregular ubicada inmediatamente debajo del epitelio germinativo.

CORTEZA OVÁRICA: Se encuentra apenas debajo de la túnica albugínea, consta de tejido conectivo denso y contiene folículos ováricos.

MÉDULA OVÁRICA: Se ubica debajo de la corteza, está formada por tejido conectivo laxo y contiene vasos sanguíneos y linfáticos, así como nervios.

FOLÍCULOS OVÁRICOS: Situados en la corteza, contienen oocitos en diversas etapas de desarrollo y células adyacentes. Cuando estas últimas forman una sola capa, se denominan **células foliculares**, mientras que en etapas avanzadas de desarrollo, en que se forman varias capas, se llaman **células de la granulosa**. Estas nutren a los oocitos en desarrollo e inician la secreción de estrógenos a medida que crece el folículo.

¹⁰ Idem

FOLÍCULO DE GRAAF: Maduro, grande y lleno de líquido, que pronto se rompe y expulsa un oocito secundario en el proceso llamado **ovulación**.

CUERPO AMARILLO O LÚTEO: Que contiene los residuos de un folículo de Graaf ovulado. Sintetiza progesterona, estrógenos, relaxina e inhibina hasta que se degenera y se convierte en tejido fibroso, el llamado **corpus albicans**.

OOGÉNESIS: La oogénesis es la formación de gametos en los ovarios y, al igual que la espermatogénesis, entraña la meiosis. En el inicio del desarrollo fetal, las células germinativas primordiales (primitivas) emigran del endodermo del saco vitelino a los ovarios. En estos, se diferencian en oogonios, células diploides (2n) que se dividen por mitosis para producir millones de células germinativas. Incluso antes del nacimiento, gran parte de los oogonios se degeneran, proceso llamado **atresia**. Sin embargo, unos cuantos se transforman en células más grandes, los oocitos primarios, que entran en la profase de la meiosis I durante el desarrollo fetal, si bien dicha fase no se completa hasta después de la pubertad. Al nacimiento, persisten unos 200, 000 a 2, 000, 000 de oogonios y oocitos primarios en cada ovario. De ellos unos 40 000 se conservan al llegar la pubertad y apenas 400 maduran y son ovulados durante la vida reproductiva de la mujer, mientras que ocurre la atresia de los restantes.

Cada oocito primario está rodeado por una capa de células foliculares, con las cuales recibe la denominación conjunta de **folículo primordial**. Unos cuantos folículos primordiales crecen de manera periódica, incluso durante la niñez, si bien se desconoce el mecanismo causal. Ahora bien, se convierte en **folículos primarios**, que se hallan rodeados primero por una capa de células foliculares cúbicas y seis o siete capas de células cilíndricas bajas y cúbicas, las **células de la granulosa**. Al crecer el folículo, se forma una capa transparente de glucoproteínas, la **zona pelúcida**, entre el oocito primario y las células de la granulosa. La capa más interna de estas últimas se adhiere firmemente a la zona pelúcida y recibe el nombre de **corona radiante**. Las células de la granulosa que

son más externas se apoyan en una membrana basal que las separa del estroma ovárico circundante y forman la **teca del folículo**. Continuando con el crecimiento del folículo primario, la teca se diferencia de dos capas que son:

- a) **TECA INTERNA**: Que es una capa vascularizada de células secretoras.
- b) **TECA EXTERNA**: Se forma con células de tejido conectivo.

Las células de la granulosa empiezan a secretar el líquido folicular, que se acumula en la cavidad llamada antro, del centro del folículo, que ahora se denomina **folículo secundario**. Durante la niñez continúa la atresia de los folículos primordiales y en desarrollo.

Después de ocurrir la pubertad, aproximadamente a intervalos de 28 días las hormonas gonadotropinas de la adenohipófisis estimulan la reactivación de la ovogénesis. Se reanuda la meiosis I en varios folículos secundarios, si bien sólo uno de ellos alcanza en última instancia la madurez necesaria para la ovulación. Se completa la meiosis I en el oocito primario diploide y de ella resultan dos células haploide de tamaño desigual, ambas con 23 cromosomas (n), de dos cromátidas de cada uno. La célula más pequeña que resulta de la meiosis I, el **primer cuerpo polar**, en esencia es un paquete de material nuclear de desecho, mientras que la célula grande, el **oocito secundario**, recibe gran parte del material citoplasmático. Una vez formado este oocito, continúa su desarrollo hasta la meta fase de la meiosis II, punto en el que se detiene. El **folículo de graaf**, en que ocurren estos fenómenos, rompiendo y liberando el oocito secundario, proceso llamado **ovulación**.

Al ocurrir la ovulación, es usual que se expulse un oocito secundario (con el primer cuerpo polar y la corona radiante) en la cavidad pélvica. También lo es que estas células pasen a la trompa de Falopio. Si no ocurre la fecundación, el oocito secundario degenera. En caso de haber espermatozoides en la trompa y que uno penetre el oocito secundario, se reanuda la meiosis II. El oocito secundario, se divide en dos células haploide (n), nuevamente de tamaño desigual. La más

grande es el **óvulo**, y la más pequeña, el segundo **cuerpo polar**. Luego, se unen los núcleos del espermatozoide y óvulo, con lo que se forma el cigoto diploide (2n). Si ocurre otra división celular del primer cuerpo polar, con la producción de dos cuerpos polares, el oocito primario originaría en última instancia un solo óvulo haploide (n) y tres cuerpos polares haploide los cuales degenerarían. Así pues, un oogonio produce un sólo gameto (el óvulo), mientras que un espermatogonio genera cuatro gametos (espermatozoides).

1.2.3.-TROMPAS DE FALOPIO (OVIDUCTOS):

Los autores Tortora. J. Gerard y Grabowski Reynolds Sandra¹¹, nos indican que las mujeres poseen dos **trompas de Falopio** u **oviductos**, que se extienden hacia los lados del útero, miden unos 10 cm. de largo y se sitúan entre pliegues de los ligamentos anchos, transportan los oocitos secundarios y óvulos fecundados de los ovarios al útero. La porción ahusada de cada trompa, o **infundíbulo**, está cerca del ovario y se abre en la cavidad pélvica. Termina en prolongaciones digitiformes, las **fimbrias**, una de las cuales se fija en el extremo lateral del ovario. Desde el infundíbulo, la trompa continúa en sentido medial y luego inferior hasta insertarse en el ángulo lateral superior del útero. La ampolla de la trompa de Falopio en su porción más ancha y larga, a la que corresponden los dos tercios laterales de su longitud. El **istmo** del oviducto es la parte medial, corta, angosta y de pared gruesa que se une al útero.

Desde el punto de vista histológico, las trompas se componen de tres capas. La interna es la mucosa, que posee células de epitelio cilíndrico ciliado, las cuales ayudan en el movimiento del óvulo fecundado (u oocito secundario) por la trompa, y las células secretoras, provistas de micro vellosidades y que brindan nutrición al óvulo. La capa intermedia es la muscular, consiste en un anillo circular interno grueso de músculo liso longitudinal y una región externa delgada de músculo liso longitudinal. Sus contracciones peristálticas y la acción ciliar de la mucosa

¹¹ Idem

contribuyen al desplazamiento del oocito u óvulo fecundado hacia el útero. La capa externa del oviducto es la serosa.

Después de la ovulación, corrientes locales que resultan de los movimientos de las fimbrias, las cuales rodean la superficie del folículo maduro justo antes de la ovulación, desplazan el oocito secundario a la trompa de Falopio. Es usual que un espermatozoide se tope con el oocito secundario y lo fecunde en la ampolla del oviducto, sin que sea infrecuente la fecundación en la cavidad abdominopélvica. La fecundación puede ocurrir en la trompa durante las 24 horas que siguen a la ovulación. Una vez que tiene lugar, se une el material nuclear del óvulo y espermatozoide haploide, y el óvulo fecundado diploide se denomina cigoto. Tras varias divisiones celulares, es habitual que llegue al útero después de unos siete días de la ovulación.

1.2.4.-ÚTERO:

Los autores Guayton, C. Arthur and Hall. E. John¹², nos conceptúan al útero o matriz como la parte del trayecto que siguen los espermatozoides para llegar a las trompas de Falopio, además de ser el sitio de la menstruación, implantación del óvulo fecundado, desarrollo embrionario y fetal durante la gestación, y trabajo de parto. Situado entre la vejiga y el recto, el útero no grávido tiene el tamaño y la forma de una pera invertida. En mujeres que no han estado embarazadas, mide unos 7.5 cm. de longitud, 5 cm. de ancho y 2.5 cm. de espesor, siendo más grande en mujeres que se embarazaron recientemente y menor (atrófico) cuando son bajas las concentraciones de las hormonas sexuales femeninas, como ocurre después de la menopausia.

La división anatómica del útero es:

¹² Guayton. C. Arthur and Hall. E. John. Fisiología y Fisiopatología. 6ta Edición, Editorial: Interamericana McGraw-Hill, México, 1998, pp 729.

- a) La porción en forma de domo situado en plano superior a la unión con las trompas de Falopio, o sea, el **fondo**.
- b) La porción central ahusada, el **cuerpo**.
- c) La parte inferior angosta, el **cérvix** o **cuello del útero**, que se abre en la vagina. Entre el cuerpo y el cérvix está el **istmo**, región constreñida de casi 1 cm. de longitud. El interior del cuerpo se denomina cavidad uterina, y el del cérvix, conducto cervical. Este último se abre en la cavidad mencionada en el orificio interno del cuello uterino, y en la vagina mediante el **orificio externo del cuello uterino**.

En condiciones normales, el cuerpo del útero se proyecta en sentido anterosuperior sobre la vejiga, posición llamada **anteflexión**. El cérvix lo hace en dirección inferoposterior y se comunica con la pared anterior de la vagina casi en ángulo recto. Varios ligamentos, que son prolongaciones del peritoneo parietal o cordones fibromusculares, mantienen el útero en su porción. El par de **ligamentos anchos** se forma con repliegues dobles del peritoneo, que une al útero con ambos lados de la cavidad pélvica.

El par de **ligamentos útero sacros**, que también son repliegues peritoneales, se sitúan a ambos lados del recto y conectan al útero con el sacro. Los **ligamentos cardinales** se extienden en sentido inferior a la base de los ligamentos anchos, entre la pared pélvica, por un lado, y el cérvix y la vagina, por el otro. Los **ligamentos redondos del útero** son bandas de tejido conectivo fibroso situadas entre las capas del ligamento ancho y que van desde un punto del útero apenas inferior a las trompas de Falopio hasta otro de los labios mayores, en los órganos genitales externos de la mujer. Aunque los ligamentos normales mantienen la anteflexión uterina, también permiten movimientos del útero suficientes para que este adquiera una posición anormal. La inclinación posterior de la matriz se denomina retroflexión.

En lo histológico, el útero comprende tres capas de tejido que son: a) el perimetrio, b) miometrio, y c) endometrio.

a) El **perimetrio**, es la capa externa o serosa, forma parte del peritoneo visceral y consiste en epitelio escamoso sencillo y tejido conectivo areolar. Hacia los lados, se convierte el ligamento ancho. En plano anterior, cubre la vejiga y forma el **fondo de saco vesicouterino**, poco profundo mientras que en sentido posterior cubre el recto y forma el **fondo de saco rectouterino** o **fondo de saco de douglas**, profundo, que es el punto mas inferior de la cavidad pélvica.

b) El **miometrio**, es la capa intermedia del útero y que consta a su vez de tres capas de fibras de músculo liso, es más grueso en el fondo y más delgado en el cérvix. La capa media es la más gruesa y está formada de músculo liso circular, mientras que la interna y externa son longitudinales u oblicuas. Durante el trabajo de parto y el nacimiento, las contracciones coordinadas del miometrio en respuesta a la oxitocina neurohipofisaria ayudan a que el feto salga del útero.

La capa interna de este ultimo, el **endometrio**, está muy vascularizada y se compone de epitelio cilíndrico sencillo (células ciliadas y secretoras) interno que reviste la luz uterina, estroma endometrial con lámina propia muy gruesa (tejido conectivo areolar) y glándulas endometriales (uterinas), que se desarrollan como invaginaciones del epitelio luminal y casi llegan al miometrio. A su vez, el endometrio se divide en **estrato funcional** (capa funcional) de revestimiento de la cavidad uterina, que se desprende durante la menstruación, y **estrato basal** (capa basal), más profundo, permanente y que origina un nuevo estrato funcional después de cada menstruación.

Las células secretoras de la mucosa cervical producen la secreción llamada **moco cervical**, que es una mezcla de agua, glucoproteínas, proteínas de tipo sérico, lípidos, enzimas y sales inorgánicas. Durante su vida reproductora, las mujeres secretan 20 a 60 ml diarios de moco cervical. Éste es más favorable para los espermatozoides cuando ocurre la ovulación o cerca de ella, fase en la que es

menos viscoso y más alcalino (pH 8.5), mientras que en otras fases del ciclo menstrual forma un tapón cervical que impide físicamente la penetración de los espermatozoides. Además, el moco cervical satisface las necesidades de energía de los espermatozoides y, junto con el cérvix, sirve como reservorio de los mismos, a los cuales protege del ambiente vaginal y los fagocitos. Así mismo, desempeña funciones en la capacitación, cambio funcional de los espermatozoides en el aparato reproductor de la mujer que los prepara para que puedan fecundar al oocito secundario.

La sangre oxigenada llega al útero por ramas de la arteria iliaca interna, las **arterias uterinas**. A su vez, éstas emiten las **arterias arqueadas**, ramas dispuestas de manera circular en el miometrio que se ramifican en **arterias radiales**, las cuales penetran de manera profunda en el miometrio, justo antes de que estas ramas entren en el endometrio, se dividen en dos tipos de arteriolas, las rectas, que proporcionan al estrato basal los materiales necesarios para regenerar el estrato funcional, y las **arteriolas espirales**, que distribuyen sangre en el estrato funcional y cambian de manera considerable durante el ciclo menstrual. La sangre sale del útero por las **venas uterinas**, que se vacían en las iliacas internas. La abundante vascularización del útero es indispensable para sustentar el crecimiento del nuevo estrato funcional después de la menstruación, la implantación del óvulo fecundado y el desarrollo de la placenta.

1.2.5.-VAGINA:

Los autores Tortora. J. Gerard y Grabowski Reynolds Sandra¹³, nos definen a la **vagina** como el conducto para el flujo menstrual, parto y semen proveniente del pene durante el coito, Se trata de un órgano fibromuscular y tubular de 10 cm de longitud con revestimiento de mucosa. Situada entre la vejiga y el recto, se dirige

¹³ Op. Cit. Tortora. J. Gerard y Grabowski Reynolds Sandra. Principios de Anatomía y Fisiología Humana. Editorial: Oxford, 9na edición, 2003.

en sentido posterosuperior hasta su unión con el útero. Un espacio llamado **fondo de saco vaginal** rodea dicha unión.

La mucosa de la vagina guarda continuidad con la del útero. En lo histológico, consta de epitelio escamoso estratificado no queratinizado, además de tejido conectivo areolar dispuesto en una sucesión de pliegues transversos, llamados **arrugas**. Las células dendríticas de la mucosa son presentadoras de antígenos ya que participan en la transmisión de virus como en el caso del VIH a la mujer durante el coito con un varón infectado.

La **mucosa** vaginal contiene grandes reservas de glucógeno, cuya descomposición produce ácidos orgánicos. El entorno ácido consecuente retrasa la proliferación microbiana; pero también es nocivo para los espermatozoides. Los componentes alcalinos del semen, principalmente los de las vesículas seminales, neutralizan la acidez vaginal y aumenta la viabilidad de los espermatozoides.

La **capa muscular** se compone de un revestimiento circular externo y otro longitudinal interno de músculo liso, que se estira de manera considerable para dar cabida al pene durante el coito y al feto durante su nacimiento.

La **adventicia** es la capa superficial de la vagina, comprende tejido conectivo areolar y fija la vagina a órganos adyacentes, como la uretra y la vejiga en el plano anterior, y el recto y conducto anal en el posterior.

En el extremo inferior del **orificio de la vagina**, que se abre al exterior, existe un pliegue delgado de mucosa vascularizada, el **himen**, que forma un borde alrededor del orificio y lo cierra parcialmente. En algunas mujeres cubre por completo el orificio, lo cual se denomina **himen imperforado** y puede hacer necesaria una intervención quirúrgica para abrir el orificio a fin de que permita la salida del flujo menstrual.

1.2.6.-VULVA:

Los autores Tortora. J. Gerard y Grabowski Reynolds Sandra, nos indican que el termino **vulva**, se aplica de manera conjunta a los órganos genitales externos de la mujer. Comprendiendo las partes que a continuación se mencionan:

- a) En plano anterior a los orificios de la vagina y uretra, se localiza el monte de Venus, prominencia de tejido adiposo cubierto con piel y vello púbico grueso que sirve de acojinamiento a la sínfisis del pubis.
- b) Desde el monte de Venus, se extienden en sentido posterior dos pliegues longitudinales de piel, los **labios mayores**. Los cubre vello púbico y contiene tejido adiposo abundante, glándulas sebáceas y sudoríparas apocrinas (son homólogos del escroto).
- c) En sentido medial a los labios mayores están otros dos pliegues de la piel más pequeños, **los labios menores**. A diferencia de los primeros, están desprovistos de vello púbico y tejido adiposo, además de tener pocas glándulas sudoríparas, si bien contienen numerosas glándulas sebáceas. (son homólogos de la porción esponjosa de la uretra).
- d) El clítoris es una masa cilíndrica de tejido eréctil y nervios situada en la unión anterior de los labios menores. Una capa de piel, el prepucio, se forma en el punto donde se unen los labios menores y cubre al cuerpo del clítoris. La porción expuesta de éste es el glande. El clítoris es homólogo del glande del pene; al igual que éste, aumenta de tamaño con la estimulación táctil y desempeña funciones en la excitación sexual de la mujer.
- e) La región situada entre los labios menores y el **vestíbulo**, contiene el himen, si todavía lo hay, además del orificio de la vagina, orificio externo de

la uretra y aberturas de los conductos de diversas glándulas. Es homólogo de la porción membranosa de la uretra. El **orificio de la vagina**, que es su abertura al exterior, ocupa la mayor porción del vestíbulo y está delimitado por el himen. En plano anterior al orificio de la vagina y posterior al clítoris, está el **meato urinario externo**, abertura de la uretra al exterior. A ambos lados de dicho orificio, se observan las aberturas de los conductos de las **glándulas parauretrales** o *glándulas de skene*, que secretan moco y están incluidas en la pared de la uretra. Dichas glándulas son homólogas de la próstata. A ambos lados del orificio vaginal mismo, se localizan las **glándulas vestibulares** o glándulas de Bartholin, que se abren mediante conductos en un surco existente entre el himen y los labios menores; producen algo de moco durante la excitación sexual y el coito, el cual se añade al moco cervical y brinda lubricación. Son homólogas de las glándulas de Cowper del aparato reproductor masculino. Además, varias **glándulas vestibulares menores** se abren en el vestíbulo.

- f) El **bulbo del vestíbulo** consta de dos masas alargadas de tejido eréctil situadas justo en plano profundo a los labios, a ambos lados del orificio de la vagina. Se ingurgita con sangre durante la excitación sexual, lo cual angosta el orificio de la vagina y ejerce presión sobre el pené durante el coito. Es homólogo del cuerpo esponjoso y del bulbo del pené en los varones.

1.2.7.-PERINÉ:

Los autores Tortora. J. Gerard y Grabowski Reynolds Sandra¹⁴, nos dicen que el **periné** es un área en forma de rombo, situada en forma medial a los muslos y glúteos en ambos géneros, que contiene los órganos genitales externos y el ano. Lo delimitan la sínfisis del pubis por delante, las tuberosidades isquiáticas a los lados del cóccix por detrás. Una línea transversa, que se traza entre las

¹⁴ Idem.

tuberosidades citadas, divide al periné en triángulo urogenital anterior, que contiene los órganos genitales externos, y triángulo anal posterior, que incluye al ano.

1.2.8.-GLÁNDULAS MAMARIAS:

Los autores Guayton. C. Arthur and Hall. E. John¹⁵, nos indican que las mamas son glándulas sudoríparas modificadas que producen leche. Se sitúan sobre los músculos pectoral mayor y serrato anterior, con los cuales están unidas mediante una capa de fascia profunda consistente en tejido conectivo denso irregular.

Cada **glándula mamaria** posee una proyección pigmentada, el **pezón**, que contiene un conjunto de orificios apiñonados estrechamente de los **conductos galactóforos**, por los cuales se secreta la leche. El área pigmentada circular de piel que rodea los pezones es la **areola**, de aspecto un tanto rugoso porque contiene glándulas sebáceas modificadas. Franjas de tejido conectivo, los llamados **ligamentos suspensorios de cooper**, que tiene trayecto entre la piel y la fascia profunda, brindan sostén a las glándulas mamarias. Estos ligamentos se vuelven más laxos con el envejecimiento a los esfuerzos excesivos, como ocurre con la práctica prolongada del trote o ejercicios aeróbicos de alto impacto. Usar un sostén especial desacelera la aparición de este fenómeno.

Las estructuras internas de la glándula mamaria son 15 a 20 lóbulos separados por tejido adiposo. La cantidad de este último, no el volumen de leche producida, determina el tamaño de la mama. En cada lóbulo existen varios compartimientos más pequeños, los **lobulillos**, consistentes en grupos de glándulas secretoras de leche, llamadas **alvéolos**, incluidas en tejido conectivo. Los rodean células ahusadas, que reciben el calificativo de **mioepiteliales**, cuya contracción impulsa la leche hacia los pezones. Al producirse la leche, pasa de los alvéolos a un

¹⁵ Op. Cit. Guayton. C. Arthur and Hall. E. John. Fisiología y Fisiopatología. 6ta Edición, Editorial: Interamericana McGraw-Hill, México, 1998.

conjunto de **túbulos secundarios**, y de éstos a los **conductos mamarios**. Cerca del pezón, éstos se expanden y forman las llamadas **ampollas lactíferas**, donde se almacena algo de leche antes de su drenaje en un conducto galactóforo. Es habitual que cada uno de dichos conductos lleve la leche de uno de los lóbulos al exterior.

Las funciones básicas de las glándulas mamarias son la síntesis, secreción y expulsión de la leche, que comprenden el fenómeno llamado **lactación**, relacionado con el embarazo y parto. La producción de leche se estimula en gran parte por acción de la hormona prolactina, con aportaciones de la progesterona y estrógenos. Origina su expulsión la oxitócina, que libera la denohipófisis en respuesta a la succión del lactante en el pezón materno.

1.3.-FISIOLOGÍA DEL EMBARAZO (Fecundación e Implantación).

1.3.1.-DESARROLLO MORFOLÓGICO Y FUNCIONAL DEL FETO.

Respecto a este tema, los autores Gary Cunningham F. y Macdonald C. Paul¹⁶, nos mencionan que la **Obstetricia Contemporánea y Feto**: Son el principal propósito de la obstetricia mantener la salud y el bienestar de la mujer embarazada y asegurar que cada neonato esté preparado físicamente para realizar su ciclo vital. Para este fin, las investigaciones sobre la naturaleza de la vida humana *in útero* han sido y serán unas de las más fascinantes y gratificantes de la investigación biomédica, lo cual se debe, en gran medida, a que los hallazgos de estos estudios son trascendentales para los seres humanos.

Por esta razón, la era contemporánea de la obstetricia, arbitrariamente definida como el período que abarca el último cuarto de siglo, han dirigido gran parte de su investigación obstétrica hacia la fisiología y fisiopatología del feto, su desarrollo y su ambiente; ahora bien, el estado del feto se ha elevado al de un paciente a quien, en gran medida, puede proporcionarse la misma asistencia meticulosa que los obstetras han brindado durante mucho tiempo a la mujer embarazada.

Durante este mismo período se ha comprendido que el producto de la concepción es la fuerza dinámica en la unidad del embarazo; el organismo materno, en general, responde de manera pasiva a las señales que se generan en el embrión y el feto o en los tejidos fetales extraembrionarios. Por consiguiente, la investigación dirigida al entendimiento del desarrollo y la maduración embrionarias y fetales debe conocer necesariamente las contribuciones fetales a la implantación, el reconocimiento materno del embarazo, la aceptación inmunológica, la función endocrina, la nutrición y el parto.

¹⁶ Gary Cunningham F. y Macdonald C. Paul. William Obstetricia. 4ta. edición, Editorial: Masson, 1996, Pág. 1420.

1.3.2.-DATACIÓN DEL EMBARAZO:

Con frecuencia se utilizan varios términos para indicar la duración del embarazo y, por tanto, la edad fetal; éstos son un tanto confusos. La edad menstrual o la edad gestacional se calcula contando a partir del primer día del último periodo menstrual, incluyendo el tiempo que precede a la concepción; usualmente las dos semanas previas a la ovulación y la fecundación, y las tres semanas previas a la implantación del blastocisto.

Como promedio, transcurren unos 280 días o 40 semanas entre el primer día del último período menstrual y el parto. Los 280 días corresponden a 91/3 meses o 10 unidades de 28 días cada una. La unidad de 28 días se ha manejado con frecuencia, pero de forma poco precisa como un mes lunar de embarazo; en la actualidad el periodo entre una luna nueva y la siguiente corresponde a 29.5 días.

Los obstetras calculan la edad gestacional como la edad menstrual de un determinado embarazo. Sin embargo, los embriólogos citan los acontecimientos en días o semanas a partir de la ovulación (edad según ovulación) o concepción (edad posconcepcional), siendo los dos casi idénticos. En ocasiones es útil dividir el período de gestación en tres unidades de tres meses cada una, o tres trimestres, puesto que algunos procesos obstétricos importantes pueden ser clasificados convenientemente de este modo. Por ejemplo, la posibilidad de aborto espontáneo está casi por completo limitada al primer trimestre del embarazo, mientras que la posibilidad de supervivencia del feto prematuro se incrementa, en gran medida, en los embarazos que alcanzan el tercer trimestre.

1.3.3.-ÓVULO, CIGOTO, Y BLASTOCISTO:

Durante las dos primeras semanas posteriores a la ovulación las sucesivas fases de desarrollo se identifican como sigue:

- 1) Ovulación.
- 2) Fecundación.
- 3) Formación del blastocisto libre.
- 4) Implantación del blastocisto.

Que se inicia al final de la primera semana después de la concepción. Las vellosidades criónicas, no como óvulo fecundado o cigoto, sino como embrión. Las primeras fases del desarrollo placentario y la formación de la propia placenta.

1.3.4.-EMBRIÓN:

Los autores Gary Cunningham F. y Macdonald C. Paul¹⁷, nos indican que el comienzo del período embrionario se sitúa en el inicio de la tercera semana después de la ovulación (fecundación) y coincide cronológicamente con el momento esperado de la siguiente menstruación. La mayoría de las pruebas del embarazo (basados en la determinación de hCG-Hormona de Gonadotropina Corionica Humana) de uso clínico se positivizan alrededor de este momento. En este estadio, el disco embrionario está bien definido y el pedículo embrionario diferenciado. El saco coriónico mide aproximadamente 1 cm. de diámetro. Existe un verdadero espacio intervelloso que contiene sangre materna y núcleos vellosos, en el que hay mesodermo coriónico angioblástico.

Al final de la cuarta semana después de la ovulación el saco coriónico mide 2-3 cm. de diámetro y el embrión, unos 4-5 mm de longitud. El corazón y el pericardio son muy prominentes a causa de la dilatación de las cavidades cardiacas. Existen ya yemas de brazos y piernas, y el amnios empieza a revestir el pedículo embrionario, que se convertirá en el cordón umbilical.

¹⁷ Idem.

Al final de la sexta semana después de la fecundación, el embrión mide entre 22 y 24 mm de longitud, y el tamaño de la cabeza es grande en comparación con el tronco. Se aprecian ya los dedos de manos y pies, y las orejas forman elevaciones definidas a cada lado de la cabeza.

1.3.5.-FETO:

Los embriólogos fijan arbitrariamente el final del periodo embrionario y el comienzo del estadio fetal 8 semanas después de la fecundación o 10 semanas después del inicio del último periodo menstrual. En este estadio el embrión mide casi 4 cm. de longitud. Posteriormente ya no se formarán nuevas estructuras principales; el desarrollo durante el período fetal de gestación se caracteriza por el crecimiento y la maduración de estructuras que se formaron durante el período embrionario.

A continuación los autores Gary Cunningham F. y Macdonald C. Paul¹⁸, nos mencionan el proceso de gestación desde las doce semanas hasta la semana cuarenta, de la siguiente manera:

1.3.6.-DOCE SEMANAS DE GESTACIÓN:

Al final de la semana 12 de gestación la longitud de vértex a cóccix del feto es de 6-7 cm. Así mismo, alrededor de este estado se puede palpar el fondo uterino justo por encima de la sínfisis del pubis. Los centros de osificación han aparecido en la mayoría de los huesos fetales; los dedos de las manos y los pies se han diferenciado y están provistos de uñas; aparecen escasos rudimentos de pelo y los genitales externos comienzan a mostrar signos definitivos del sexo masculino o femenino. Un feto que nace en este momento puede realizar movimientos espontáneos si se encuentra aún dentro del saco amniótico o es sumergido en una solución salina tibia.

¹⁸ Gary Cunningham F. y Macdonald C. Paul. William Obstetricia. 4ta. edición, Editorial: Masson, 1996, Pág. 1420.

DIECISÉIS SEMANAS DE GESTACIÓN:

Cerca del final de la semana 16 la longitud de vértex a cóccix del feto es 12 cm, y éste pesa alrededor de 110g; mediante detallado estudio de los órganos genitales externos puede identificarse el sexo del feto. Los observadores experimentados son capaces de determinar correctamente el sexo mediante inspección de los genitales externos a partir de las 14 semanas de edad gestacional.

VEINTE SEMANAS DE GESTACIÓN:

El final de la semana 20 corresponde a la mitad del embarazo si la gestación se ha calculado desde el momento del último periodo menstrual normal. El feto pesa ahora algo más de 300 g. La piel se ha vuelto menos transparente y el lanugo (vellos que cubren todo su cuerpo), al tiempo que se aprecia cabello en el cráneo.

VEINTICUATRO SEMANAS DE GESTACIÓN:

Cerca del final de la semana 24 el feto pesa unos 630 g. La piel se encuentra característicamente arrugada, acumulándose grasa debajo de ella. La cabeza es aún bastante grande comparativamente; a menudo es posible reconocer cejas y pestañas. Un feto que nace en este periodo intenta respirar, pero casi siempre muere poco tiempo después del nacimiento.

VEINTIOCHO SEMANAS DE GESTACIÓN:

Al final de la semana 28 el feto alcanza una longitud de vértex a cóccix de unos 25 cm. y pesa cerca de 1.100 g, la delgada piel es roja y está cubierta por vérnix caseosa. La membrana pupilar recién ha desaparecido de los ojos. Un niño que nace en esta etapa de la gestación mueve sus extremidades muy enérgicamente y

llora con debilidad. El neonato de esta edad gestacional a menudo sobrevive en servicios de neonatología especializados.

TREINTA Y DOS SEMANAS DE GESTACIÓN:

Al final de las 32 semanas de gestación el feto ha alcanzado una longitud de vértex a cóccix de unos 28 cm. y un peso cercano a los 1.800 g. La superficie de la piel es todavía roja y arrugada. Los niños que nacen en este periodo sobreviven casi siempre con los cuidados apropiados.

TREINTA Y SEIS SEMANAS DE GESTACIÓN:

Al final de las 36 semanas de gestación la longitud media de vértex a cóccix del feto es de alrededor de 32 cm. y el peso, cercano a los 2.500 g. Debido al depósito de grasa subcutánea el cuerpo se ha vuelto más redondo y la apariencia arrugada previa del rostro desaparece. Los niños que nacen en este momento tienen grandes posibilidades de sobrevivir con cuidados apropiados.

CUARENTA SEMANAS DE GESTACIÓN:

El término se alcanza 40 semanas después del último periodo menstrual. En este momento el feto está plenamente desarrollado, con los rasgos característicos del niño recién nacido que se describen a continuación. La longitud del vértex a cóccix media del feto a término es de unos 36 cm. y el peso aproximado es de 3.400 g. con variaciones.

1.4.-FISIOPATOLOGÍA DEL EMBARAZO ECTÓPICO.

EMBARAZO ECTÓPICO.

Los autores H. De Cherney Alan y Pernoll L. Martin¹⁹, nos señalan que el embarazo extrauterino (ectópico) es aquél en el que el óvulo fecundado se implanta en una región diferente a la cavidad uterina. Por lo menos el 99% de los embarazos extrauterinos se producen en una trompa.

La incidencia de este tipo de embarazos se presenta aproximadamente de 1 en cada 100 embarazos (1 de cada 80 a 200 embarazos) y más del 75% se diagnóstica antes de la semana 12 de gestación. Como antecedente y a manera de resumen encontramos que en 1970, la tasa aumentó de 4.8 en 1000 nacimientos a término, a 14.5 en 1000 en 1980, y se espera que en la actualidad sea aún más alta. Puede producirse embarazo ectópico en cualquier momento desde la menarca hasta la menopausia, pero como dato estadístico existe que el 40% de estos embarazos se producen en mujeres entre los 20 y 29 años de edad.

Los embarazos ectópicos son más frecuentes en mujeres “infértiles”, en grupos socioeconómicos de ingresos bajos y en mujeres que han tenido un embarazo ectópico previo. Entre estas últimas, 10 y 20% tendrán un segundo embarazo ectópico, y 4 a 5% de estos casos se producirán en la trompa opuesta. Las mujeres que se han sometido a tratamiento por salpingitis o en las que se ha efectuado tuboplastia hay mayor propensión al embarazo ectópico tubario.

El embarazo ectópico hace referencia a cualquier embarazo que se produce fuera del útero. Aunque pueden ser embarazos ováricos, cervicales o intraabdominales, en su gran mayoría son tubáricos. La incidencia de embarazos ectópicos tubáricos es de 1:200-400 embarazos, y de ellos el 50% se produce en la ampolla, el 28%

¹⁹ H. De Cherney Alan y Pernoll L. Martin. Diagnósticos y Tratamientos Gineco Obstétricos. 6 ta Edición, Editorial: Manual Moderno, México, 1535pp

en el istmo y el resto son fímbricos o intersticiales. Puede haber antecedentes de embarazo ectópico previo, de cirugía previa, de infecciones pélvicas, de endometriosis o de FIV, pero el 50% de los casos se produce en mujeres sin factores de riesgo predisponentes.

1.4.1.-HALLAZGOS CLÍNICOS.

Los autores H. De Cherney Alan y Pernoll L. Martin²⁰, nos mencionan que los hallazgos clínicos varían desde la ausencia de síntomas hasta dolores abdominales en la zona inferior derecha, izquierda, o en ambos lados. Puede haber hemorragia vaginal o intraabdominal (peritonismo y dolor en el vértice de los hombros) y colapso. La exploración pélvica debe realizarse con cuidado a fin de evitar la rotura de la trompa. Algunos embarazos intraabdominales no diagnosticados han llegado a término y han terminado mediante cesárea. Pero encontramos como bases para el diagnóstico las siguientes:

- *Amenorrea seguida por hemorragia vaginal irregular.
- *Hipersensibilidad o masa anexa.
- *Evidencia ultrasónica de masa anexal o ninguna gestación intrauterina
- *Beta hCG positiva.
- *Dolor e hipersensibilidad abdominal.

1.4.2.-CLASIFICACIÓN Y FRECUENCIA ESPECÍFICA.

El autor Baskett, F, Thomas²¹, nos menciona respecto a los embarazos ectópicos: encontramos que el 99% o más constituyen embarazos tubáricos, sin embargo las ubicaciones en la trompa son las siguientes: ístmico (25%), ampular (55%), fímbrico (17%), intersticial (2%), bilateral y distal con ausencia segmentaría de la

²⁰ H. De Cherney Alan y Pernoll L. Martin. Diagnósticos y Tratamientos Gineco Obstétricos. 6 ta Edición, Editorial: Manual Moderno, México, 1535pp

²¹ Baskett, F, Thomas. Manejo Basico de las Urgencias Obstétricas. Editorial: Limusa, México, 1991, 288pp.

trompa. El embarazo ovárico (<0.5%) se clasifica como ovárico, tuboovárico, abdominoovárico (embarazo abdominal secundario). Los abdominales (<0.1%) se clasifican como primarios, secundarios, abdominoováricos o tuboabdominales.

Los combinados con embarazo intrauterino se observan en 1 de cada 17 000 a 30 000 embarazos. Los uterinos son muy raros y pueden ser intraligamentosos, encontrarse en un espacio vesicovaginal, y pueden ocurrir después de una histerectomía (en un muñón cervical, en una trompa uterina, en una trompa uterina prolapsada o fimbria, o abdominal) Pese a que rara vez ocurre, también es posible encontrar embarazos anormales en el útero del tipo cornual, angular, en un divertículo uterino, en una saculación uterina, en un cuerno rudimentario o entre las paredes (intramural).

1.4.3.-ETIOLOGÍA.

Los autores H. De Cherney Alan y Pernoll L. Martin²², nos señalan que las causas primarias del embarazo ectópico incluyen trastornos que impiden o dificultan el paso de un óvulo fecundado a través de la trompa uterina. Encontrándose los siguientes factores:

1.- FACTORES TUBARIOS: Hasta 50% de las mujeres con embarazos ectópicos ha tenido previamente salpingitis. La salpingitis clínica llega a identificarse desde el punto de vista histológico en casi 50% de las muestras de embarazo tubario resecada. Otros factores tubarios que impiden el traslado del óvulo fecundado son pliegues adherentes de la luz tubaria debido a salpingitis ístmica nudosa, anomalías de desarrollo de la trompa (divertículos congénitos, orificios accesorios o atresia), anatomía tubaria normal causada por exposición dentro del útero a dietilestilbestrol (DES), microcirugía orgánica o tubaria previas, ligadura tubaria, tratamiento conservador del embarazo tubario no roto, adherencias extrínsecas

²² Op. Cit. H. De Cherney Alan y Pernoll L. Martin. Diagnósticos y Tratamientos Gineco Obstétricos. 6 ta Edición, Editorial: Manual Moderno, México, 1535pp

(después de peritonitis, trasplante renal, diverticulitis), tumores pélvicos, endometriosis, longitud o tortuosidad excesivas, insuficiencia funcional ((como espasmo tubario o peristalsis inadecuada) y trastornos que acompañan a los dispositivos intrauterinos.

2.-ANOMALÍAS DEL CIGOTO: Se han informado diversas anomalías del cigoto en el embarazo ectópico como anomalías cromosómicas, malformaciones francas y defectos del conducto neural, y también un aumento de la frecuencia de embarazo ectópico en compañeras de varones que tienen cuentas anormales de espermatozoides o frecuencia elevada de espermatozoides defectuosas.

3.-FACTORES OVÁRICOS: Los factores ováricos, que tal vez producen el desarrollo de un embarazo ectópico, son la fecundación de un óvulo no expulsado, la trasmigración del óvulo, ovulación y fecundación después de mediados del ciclo, y crecimiento ovárico a causa del uso de clomifeno (Clomid) o menotropinas (pergomal).

4.-HORMONAS EXÓGENAS: Se han acumulado pruebas de que la administración de hormonas exógenas puede desempeñar una función en la gestación ectópica. Por ejemplo, del 4 al 6% de los embarazos que ocurren en mujeres que toman anticonceptivos orales sólo con progestágenos han sido ectópicos. Si se ha administrado una “píldora de la mañana siguiente” (que contiene una cantidad grande de estrógenos), y falla en la prevención del embarazo, se incrementará 10 veces la incidencia de gestación ectópica. Hasta 16% de los embarazos que ocurren en mujeres que tienen colocado un DIU (Dispositivo Intrauterino) con progesterona son ectópicos.

5.-OTROS FACTORES: Otros factores relacionados con el embarazo ectópico son aborto tubario e implantación subsecuente, propensión del óvulo fecundado a implantarse en una parte poco común, endometriosis, presencia de DIU (tasa 4 a 9% de embarazos ectópicos [2 por cada 1000 usuarias del DIU], casos entre los

cuales 1 de cada 8 es un embarazo ovárico primario), fecundación *in Vitro* y transferencia del embrión, implantación temprana anormal y cualquier forma de hemorragia intraperitoneal.

1.4.4.-PATOLOGÍA.

Los autores H. De Cherney Alan y Pernoll L. Martin²³, nos dicen que un aspecto importante del embarazo ectópico es la falta de resistencia del endosalpinx a la invasión por el trofoblasto; por este motivo, la implantación se produce por debajo del endosalpinx, en el músculo y tejido conectivo junto a la serosa tubaria. Puede haber una reacción decidua reducida, o no presentarse, y defensa mínima contra el trofoblasto penetrante. Por tanto, el trofoblasto invade los vasos sanguíneos y ocasiona hemorragia local. Un hematoma en el espacio subseroso aumenta al progresar el embarazo, con una posible hemorragia por el extremo distal de la trompa, pero no fuera de la luz tubaria. La distensión y delgadez de la trompa, y trofoblasto invasor predisponen todos a la rotura.

La rotura puede ser intracapsular o extracapsular, esta última se produce cuando las vellosidades del óvulo hacen erosión a través de la pared tubaria y la serosa tubaria se rompe al estirarse hasta el punto de rotura. En la rotura intracapsular, el embrión, el líquido y la sangre son expulsados desde el orificio fimbriado a la trompa después de la rotura de las membranas amniótica y coriónica.

La hemorragia puede cesar temporalmente después de la rotura extracapsular o intracapsular; pero rara vez sobrevive el embrión. No obstante, algunas veces puede continuar el embarazo si se retiene una porción adecuada de fijación de la placenta, o si se produce una implantación secundaria en otra parte.

Un embarazo abdominal por lo general, es primario; muy rara vez puede ser secundario a rotura o aborto tubario, manteniendo el trofoblasto su inserción

²³ Idem.

tubaria o implantándose todo el óvulo de nuevo en otro sitio. Puede haber efectos graves por invasión hacia los órganos vitales en casos de embarazo abdominal. Las características invasoras del trofoblasto se asemejan a las del carcinoma. En cualquier caso, el embrión rara vez sobrevive a la hemorragia inicial. La frecuencia de embarazo abdominal es de 1 por 15 000 embarazos y la tasa de mortalidad fetal es alrededor de 90 por ciento.

El cuerpo lúteo del embarazo sólo continúa siempre y cuando haya tejido trofoblastico viable. El útero crece ligeramente y se reblandece debido a la circulación adicional y a la reacción decidual en el endometrio. Puede haber desprendimiento endometrial y hemorragia uterina cuando termina el embarazo ectópico y se desprende el embrión; sólo en la nidación ectópica intersticial hay drenaje de sangre desde la trompa a través del útero, cuello uterino y vagina.

1.4.5.-CAMBIOS ENDOMETRIALES Y HEMORRAGIA VAGINAL.

Los autores H. De Cherney Alan y Pernoll L. Martin²⁴, nos mencionan que en el embarazo ectópico tubario, la hemorragia es de origen uterino y es causada por involución endometrial y esfacelación de los tejidos superficiales; en gran parte decidua, pero en ocasiones, los cambios atípicos en el endometrio sugieren (síntoma de embarazo o algo irregular en el cuerpo), pero no diagnostican, el embarazo ectópico. La reacción de **Arias-Stella** consiste de una gran variación en el tamaño nuclear, mitosis múltiple en regiones atípicas, hipertrofia nuclear, crecimiento focal de células glandulares, aumento en cantidad del citoplasma, desaparición de la luz de las glándulas debido a hipertrofia celular, vacuolización, pérdida de polaridad celular, lobulación nuclear y aspecto espumoso del citoplasma. La reacción de Arias-Stella, probablemente debido a una sobreestimulación hormonal, puede asemejarse a la endometriosis.

Algunas veces expulsa tejido endometrial en forma del llamado cilindro decidual. Suele encontrarse endometrio secretorio superficial, pero no células trofoblasticas.

²⁴ Idem

1.4.6.-TERMINACIÓN DEL EMBARAZO ECTÓPICO

Los autores H. De Cherney Alan y Pernoll L. Martin²⁵, nos mencionan las formas en que ocurre la terminación del embarazo ectópico, dependiendo el sitio de implantación, por lo que se toma en cuenta lo siguiente:

A) TUBARIO:

Un embarazo tubario puede terminar a causa de aborto o aborto fallido, rotura extratubaria hacia el ligamento ancho o rotura intratubaria que ocasiona aborto tubario o formación de hematosalpinx o hematocele pélvico. El embarazo puede proseguir a una etapa avanzada con o sin rotura, pero rara vez llega a ser viable. Alrededor de 50% de todos los embarazos ectópicos se abortan, se resorben o se vuelven “crónicos”, causando en ocasiones la muerte.

La rotura ístmica a menudo se produce a las 6 a 8 semanas de gestación; la ampular, a las 8 a 12 semanas, y la intersticial, hacia los cuatro meses, según factores como el tamaño del útero y si ocurrió o no traumatismo.

B) INTERSTICIAL, ANGULAR, CORNUAL:

Puesto que el embarazo comienza en la porción de la trompa que atraviesa el miometrio, el destino de la gestación se parece al de los embarazos intrauterinos que se implantan en el cuerno o cerca del mismo. En estos tres tipos, el embarazo puede romperse hacia la cavidad uterina la cual puede separarse y ocasionar destrucción local intensa del miometrio; o la rotura puede estar dirigida hacia el ligamento ancho o directamente hacia la cavidad peritoneal. Un embarazo ectópico angular puede llegar a término, dado que el punto de nidación es casi al interior de la cavidad uterina. Sin embargo, esta forma grave y potencialmente letal de embarazo ectópico, a menudo requiere histerectomía como procedimiento de

²⁵ Idem

urgencia, es decir, estos embarazos algunas veces pueden abortar hacia la cavidad uterina.

C) CERVICAL:

Un embarazo en el cuello uterino puede romperse hacia el conducto cervical, irse directamente hacia la vagina y rara vez puede romperse hacia la base del ligamento ancho, con una complicación intraabdominal de formación de hematoma.

D) ABDOMINAL:

El embarazo abdominal puede romperse hacia la cavidad peritoneal, el espacio retroperitoneal o hacia un órgano vital. El embarazo de este tipo puede formar una masa no reconocible (adipocira) o un absceso intraperitoneal de las partes fetales infectadas, o el resultado final puede ser un litopedión. El embarazo puede continuar a una etapa avanzada.

E) OVÁRICO:

El embarazo ovárico por lo general rompe hacia la cavidad peritoneal, pero puede disecarse hacia los pliegues del ligamento ovárico o formar un litopedión. El embarazo ovárico casi nunca llega a la viabilidad.

F) COMBINADO:

El embarazo tubario puede ser abortado o romperse, mientras que el uterino puede abortarse, terminar prematuramente o continuar a término. Un embarazo tubario bilateral puede abortar o romperse en ambos lados, no siempre de manera simultánea. Ninguno de ellos continúa hasta la viabilidad.

1.4.7.-DATOS CLINICOS DEL EMBARAZO ECTÓPICO.

El autor Benson M, D y Pernoll, I, Martín²⁶, nos menciona que no hay síntomas o signos específicos que sean patognomónicos de embarazo ectópico, pero una combinación de datos puede ser sugestiva. Debe sospecharse de embarazo ectópico cuando los síntomas de embarazo temprano (amenorrea, hipersensibilidad mamaria, y náuseas) van seguidos por hemorragia (por lo general en manchas) y dolor abdominal bajo difusión dentro del plazo comprendido entre la primera y la octava semana después de la falta del período menstrual. La paciente puede experimentar una evolución progresiva con desmayos, exacerbación del dolor (rotura consumada o inminente), sincopes y dolor en el hombro. Deben valorarse cuidadosamente los signos y síntomas de pérdida de sangre, ya que más del 16% de los embarazos ectópicos llegarán a consultar como urgencias quirúrgicas, que han causado la muerte en algunas mujeres. Por lo que a continuación nos da los síntomas y signos más frecuentes en el embarazo ectópico, que son:

A) SÍNTOMAS:

Los siguientes síntomas pueden ayudar para el diagnóstico de embarazo ectópico:

- Hay dolor pélvico de la parte baja del abdomen en más de 99% de los casos. Cerca del 44% de las mujeres experimentan dolor generalizado y, en términos generales, 33% tienen dolor abdominal bajo bilateral. Sobreviene dolor subdiafragmático o agudo en el hombro (a causa de hemorragia intraabdominal intensa que irrita el diafragma) en casi 22% de los casos.
- Ocurre hemorragia uterina anormal en casi 75% de los casos, independientemente del sitio.

²⁶ Benson M, D y Pernoll, I, Martín. Manual de Obstetricia y Ginecología. 9na Edición, Editorial: Interamericana Mc Graw Hill, 1994.

- En casi 68% de los casos hay amenorrea secundaria que tiene menos de dos semanas de duración.
- El síncope sobreviene en 37% de los casos.
- Sólo en casi 7% de los embarazos ectópicos se expulsan en un cilindro uterino por vía vaginal.

B) SIGNOS:

Los signos siguientes son importantes para el diagnóstico de gestación ectópica, cuando se realiza exploración.

- **Hipersensibilidad abdominal:** Hipersensibilidad abdominal difusa o localizada se presenta en más de 80% de las gestaciones ectópicas. La presencia de una “hipersensibilidad abdominal fija” al voltear a la paciente (signo de Adler positivo) puede ser útil, pero muy inconsistente.
- **Hipersensibilidad de los anexos:** Se presenta en más del 75% de los casos. El dolor puede ser exquisitamente intenso a la palpación o a los movimientos ligeros del cuello uterino y el útero.
- **Masa en un anexo:** Se palpa una masa en uno de los anexos en más de 53% de las pacientes y suele ser blanduzca y mal definida. En ocasiones se encuentra en el fondo de saco.
- **Cambios uterinos:** Los cambios típicos del embarazo en el útero no guardan una correlación con lo que dura el embarazo ectópico avanzado. Casi en 71% de los casos, el útero se percibe con tamaño normal, en tanto que en 26% tiene un tamaño correspondiente al de 6 a 8 semanas de la gestación y, en un poco más de 3%, al de 9 a 12 semanas.
- **Fiebre:** Es rara, y ocurre sólo casi en 2% de las pacientes.

1.4.8.-DATOS DE LABORATORIO DEL EMBARAZO ECTÓPICO.

1.-PRUEBA DE EMBARAZO: Éstas (beta hCG, 700 mU / mL en la orina) son positivas en 82.5 % de los embarazos ectópicos y negativas en sólo 17.5 por ciento. Desde luego, la prueba positiva sólo confirma el embarazo y no indica si es intrauterino o extrauterino. Por otra parte, como se necesita a menudo el diagnóstico temprano en casos de embarazo cuando son bajas las concentraciones de hCG, la prueba de embarazo no descarta la existencia de gestación ectópica. La prueba de la beta hCG sérica con sensibilidad de 35 mU / mL será negativa en 2% de las gestaciones ectópicas.

Stovall (1989), observó en fechas recientes que más de 80% de las pacientes con embarazo ectópico tienen progesterona sérica de menos de 15 mg / mL, en tanto que 90% de las gestaciones intrauterinas comparables exceden tal valor, por lo que, este dato ha permitido sugerir que la progesterona sérica sola es útil para detectar embarazos ectópicos.

2.-HEMATÓCRITO: Es mayor de 39% en más de 72% de los casos, y será de 21 a 30% en 23% de los casos de embarazo ectópico. En 4.7%, el hematócrito será menor de 21 por ciento.

3.-CUENTA DE LEUCOCITOS: Es variable, pero cerca del 50% de los casos tiene una cuenta menor de 10, 000 / uL; en tanto que casi 36% la tendrá de 10, 000 a 15, 000/uL; más de 10%, de 15, 000 a 21, 000 /uL; y casi 5% la tendrá superior a 20, 000 /uL.

4.-RETICULOSITOS: Pueden estar incrementados en más de 2 por ciento. La hematina se detecta mediante espectroscopia en sangre periférica dos días después de la acumulación de un decilitro o más de sangre dentro del peritoneo. El índice icterico puede estar elevado en los casos crónicos. La amilasa sérica llega a ser hasta de 16, 000 unidades Somogyi / dL (normal = 80 a 100 unidades /

dL) si no se han administrado narcóticos. El urobilinómetro urinario, se incrementa, lo que indica descomposición de la sangre. En caso de hemoperitoneo o hematocele, hay porfirinuria ligera, pero esto también se observa en caso de torsión de un quiste ovárico.

1.4.9.-EXAMENES ESPECIALES.

Desde el punto de vista ultrasónico, el diagnóstico de gestación ectópica depende de si se encuentra una cavidad uterina vacía y productos de la concepción fuera del útero (en los anexos o fondo de saco, como productos de la concepción definidos claramente, o como una masa quística completa).

1.-CULDOCENTESIS: Se llama culdocentesis a la introducción transvaginal de una aguja (por detrás del cuello uterino) hacia el fondo de saco (de Douglas) con la finalidad de saber si hay sangre libre en el abdomen. El procedimiento es simple y seguro, y puede ser útil en el diagnóstico de hemorragia intraperitoneal. Por lo general se efectúa con la paciente sin anestésicar y colocada en posición dorsal de litotomía.

Se coloca un espejo en la vagina y se toma el labio posterior del cuello uterino con unas pinzas de Allis o un tenáculo. Se limpia la vagina (por ejemplo, con yodopovidona), y puede inyectarse o no un anestésico local en la región que está detrás del cuello del útero entre los ligamentos útero sacros. Se monta una aguja raquídea de calibre 18 en una jeringa de 10 mL y, mediante tracción suave sobre el cuello uterino, se hace pasar la aguja por la distancia corta hacia el fondo del saco.

La culdocentesis muestra sangre no coagulada en cerca del 95% de los casos con gestación ectópica. En 97.5% de ellos, el hematocrito excederá 15% y en 2.5% será menor de esta cifra. La sangre obtenida no suele ser coagulable a causa de la hemorragia intraperitoneal desde una gestación ectópica (la sangre experimenta

primero coagulación y después fibrinólisis). Si la sangre se coagula es que tal vez procede de un vaso puncionado en la pared de la vagina. Es obvio que no se obtiene sangre cuando no se penetra al fondo de saco ni hay hemorragia intraperitoneal en el embarazo tubario por lo que el fondo del saco por lo común contendrá un poco de líquido color pajizo, lo que indicará que la aguja se ha colocado adecuadamente cuando no hay hemorragia. Si la culdocentesis produce un resultado negativo, deben practicarse pruebas diagnósticas adicionales (es decir, prueba de embarazo, ultrasonografía y, algunas veces, laparoscopia). Si es positiva deberán efectuarse de inmediato laparoscopia o laparotomía.

2.-LAPAROSCOPIA: Para el diagnóstico del embarazo ectópico temprano no roto, es de mucha utilidad y necesario. Por otra parte, sirve para descartar la posibilidad de embarazos de este tipo cuando se realiza el difícil diagnóstico diferencial del dolor abdominal agudo. Este procedimiento a sustituido en gran medida al intento verdaderamente peligroso de diagnosticar la gestación ectópica mediante exploración bajo anestesia. (Antes se aconsejaba la exploración con anestesia para evitar la necesidad de laparotomía. Sin embargo, con demasiada frecuencia, incluso la presión suave rompía en embarazo ectópico y por ello no se palpaba ninguna masa y la paciente anestesiada caía en choque) la laparoscopia cada vez se usa más en el tratamiento quirúrgico definitivo para gestación ectópica temprana o no rota.

3.-DILATACIÓN Y RASPADO: Este procedimiento puede excluir el embarazo intrauterino. A diferencia del aborto incompleto o la hemorragia uterina disfuncional, la cantidad de tejido que se obtiene es escasa. El análisis de patología del tejido debe revelar la reacción de Arias-Stella, lo que refuerza más aun el diagnóstico de presunción de embarazo ectópico. Cuando se obtiene tejido trofoblástico (por lo general, vellosidades coriónicas), se confirma el diagnóstico de embarazo intrauterino, y en estos casos es poco probable la gestación ectópica simplemente por la rareza extraordinaria de los embarazos ectópicos e intrauterinos combinados. Por desgracia, la dilatación y el raspado pueden

interrumpir la gestación intrauterina y, después de 4 a 5 días de hemorragia sostenida, disminuye su valor diagnóstico (en estos casos, quizá todo lo que se obtenga sea tejido en degeneración inadecuado para el análisis).

4.-LAPAROSCOPIA EXPLORATORIA: Éste es el procedimiento diagnóstico final que establece la presencia o ausencia de embarazo ectópico (pero no de embarazo cervical). Se realiza la laparotomía cuando el posible diagnóstico de embarazo ectópico con hemorragia profunda requiere controlar de inmediato la hemorragia, o cuando no es posible una terapéutica definitiva con laparoscopia.

1.4.10.-DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL EMBARAZO ECTÓPICO.

Alrededor de 50 enfermedades pueden confundirse con un embarazo extrauterino. De éstas las más comunes son apendicitis, salpingitis, quistes del cuerpo lúteo o folículo ovárico rotos, aborto uterino, quiste ovárico torcido y enfermedad del aparato urinario. Con menos frecuencia debe incluirse en el diagnóstico diferencial los liomiomas en degeneración y el embarazo intrauterino normal con otros problemas abdominales o pélvicos.

1.4.11.-COMPLICACIONES.

De cada 1000 embarazos ectópicos ocasiona la muerte de una madre y la hemorragia es la causa principal en casos de embarazo ectópico roto y no tratado. El embarazo tubario ectópico roto no atendido o tratado de manera incorrecta es la causa de 8 a 12% de todas las defunciones maternas y casi 16% de las muertes por hemorragia durante el embarazo. Sin embargo, es posible prevenir la mayor parte de estas defunciones.

A menudo se produce salpingitis crónica por rotura desatendida de embarazo ectópico tubario. En muchas pacientes que se han sometido a tratamiento quirúrgico por embarazo extrauterino se desarrolla infertilidad o esterilidad.

Pueden desarrollarse obstrucción intestinal y fístulas después de ocurrir hemoperitoneo y peritonitis.

1.4.12.-PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ECTÓPICO.

La salpingitis se tratará en forma temprana y enérgica; se llevará a cabo rápidamente dilatación y raspado cuando hay aborto incompleto y se evitará la formación de adherencias al efectuarse la operación. Salvo el tubario, la mayor parte de las otras formas de embarazo ectópico no son prevenibles.

1.4.13.-TRATAMIENTO DEL EMBARAZO ECTÓPICO.

- **DE URGENCIA:** Cuando hay hemorragia se requiere cirugía inmediata, y cuando la paciente se encuentra en estado de choque debe realizarse sin demora transfusión de sangre entera o proporcionar tratamiento con un componente sanguíneo apropiado. De ser posible, la sangre debe calentarse para evitar enfriamiento. También se administrarán medidas antishock según se indiquen, como mantener a la paciente a una temperatura cálida, administrar oxígeno y aplicar un torniquete en cierto grado apretado alrededor de los muslos. La penetración rápida al abdomen debe lograrse en casos de hemorragia excesiva, ya que controlarla puede salvar la vida de la paciente. La exploración rápida y cuidadosa de la cavidad abdominal debe hacerse de inmediato, pues la hemorragia puede provenir de otro sitio diferente a los anexos. Se extraerán productos de la concepción, coágulos y sangre libre, exponiendo la zona de nidación. Si el embarazo está avanzado, no se altera la placenta adherente y se dejará *in situ*. No se insertarán sondas para drenaje. Si es necesario, se aplicará una autotransfusión, llevada a cabo en forma adecuada, utilizando la sangre citratada y filtrada de la paciente pues esto puede salvarle la vida si no se dispone de otra sangre. Se utilizará anestesia general estimulante y se evitarán depresores como el bloqueo regional o el tiopental.

- **QUIRÚRGICO:** Como se señaló, muchas gestaciones ectópicas no rotas, así como algunas rotas, pueden tratarse mediante técnicas laparoscópicas. Muchos de estos casos que no constituyen una urgencia se pueden tratar en la sala de cirugía para pacientes externos o centros quirúrgicos, sin necesidad de hospitalización. Los casos más graves requieren tratamiento en unidades de cuidados más intensivos, así como laparotomía y llegar hasta la histerectomía.

- **MÉDICO:** Los embarazos ectópicos muy tempranos, no rotos, así como algunos embarazos crónicos, han sido tratados con metrotexano por vía sistémica. A continuación se vigila la respuesta a la terapéutica con suma atención y con determinaciones cuantitativas de hCG cada 48 horas. A nivel preliminar, esta técnica parece ser muy prometedora.

- **DE APOYO:** Si hay síntomas y signos de infección se administrarán antibióticos de amplio espectro; se dará tratamiento ferroso por vía oral o intravenosa (o ambos), y se prescribirá una dieta rica en proteínas con complementos vitamínicos y minerales tan pronto como la paciente tolere alimentos por la boca.

1.4.14.-PRONÓSTICO DEL EMBARAZO ECTÓPICO.

Aproximadamente en el 10 a 20% de las pacientes tratadas se presentará otro embarazo tubario; alrededor del 50% de las pacientes que han sido sometidas a cirugía para el tratamiento de embarazo ectópico desarrollarán infertilidad y, más o menos 30% de ellas se volverán estériles. Se lograrán embarazos normales aproximadamente en el 50% de las pacientes que han tenido un embarazo ectópico.

1.5.-CLASIFICACIÓN DE LOS DIFERENTES TIPOS DE EMBARAZO ECTÓPICO.

1.6.1.-EMBARAZO ECTÓPICO TUBARIO.

Los autores H. De Cherney Alan y Pernoll L. Martin²⁷, nos señalan que el embarazo tubario es uno de los tipos de embarazos ectópicos, y por este motivo suelen utilizarse como sinónimos los términos “embarazo tubario” y “embarazo ectòpico”. Por lo menos 50% de los embarazos ectòpicos tubarios se resuelven de manera espontánea antes del diagnóstico y sin romperse. En los últimos cinco años, la frecuencia de este tipo de embarazo ha aumentado más de 50% debido a los siguientes factores: salpingitis epidémica, microcirugía tubaria de todos tipos; tratamiento conservador de la trompa que mantiene un órgano portador de factor causal; programación de inseminación artificial y métodos de anticoncepción natural que pueden llegar a fecundar de un óvulo antiguo; mayor número de ligaduras tubarias con aumento del número de fracasos y trompas atresias anormales relacionadas con el síndrome DES. La frecuencia de embarazo ectópico tubario es más alta en mujeres negras que blancas.

ETIOLOGÍA.

Los autores H. De Cherney Alan y Pernoll L. Martin²⁸, nos mencionan que entre las alteraciones y los factores que contribuyen al embarazo tubario están salpingitis aguda o crónica, adherencias o tumores peritubarios con fijación de la trompa, anomalías congénitas como trompas accesorias, desarrollo tubario infantil o longitud anormal, insuficiencia funcional con peristalsis deficiente o espasmo

²⁷ H. De Cherney Alan y Pernoll L. Martin. Diagnósticos y Tratamientos Gineco Obstétricos. 6 ta Edición, Editorial: Manual Moderno, México.

²⁸ Op. Cit. H. De Cherney Alan y Pernoll L. Martin. Diagnósticos y Tratamientos Gineco Obstétricos. 6 ta Edición, Editorial: Manual Moderno, México.

tubario, endosalpingosis, endometriosis, reacción inflamatoria subsecuente a peritonitis, inhibición de la actividad ciliar, microcirugía de la trompa (por ejemplo, anastomosis, fimbrioplastia, salpingostomía, reimplantación) y procedimientos de esterilización tubaria (por ejemplo, electrocoagulación, fimbriectomía, método de Pomeroy).

DATOS CLÍNICOS.

- ❖ **ROTURA TUBARIA AGUDA:** Se presenta en casi 40% de los embarazos ectópicos tubarios. Aproximadamente en 60% de los casos hay antecedentes de menstruación anormal e infertilidad, y en 80% de las pacientes hay hemorragia vaginal escasa y persistente. Los datos incluyen dolor abdominal o pélvico intenso; masa en los anexos; signos de irritación peritoneal; dolor del hombro y la espalda; valores reducidos de presión arterial, hemoglobina y hematócrito; así como los síntomas clásicos de choque hemorrágico con debilidad, sed, sudación profusa, disnea y oliguria, provocando en ocasiones el estado de coma y la presión débil del pulso, estos últimos son signos nefastos. Las complicaciones de la rotura aguda de la trompa pone en peligro de muerte a la paciente.
- ❖ **ROTURA TUBARIA CRÓNICA:** Se presenta en casi 60% de los embarazos ectópicos tubarios, siendo este cuando el punto de rotura es pequeño y la hemorragia lenta, los síntomas son ambiguos y no concluyentes.
- ❖ **EMBARAZO TUBARIO NO ROTO:** En la actualidad constituye 2% de los embarazos ectópicos tubarios, pero su frecuencia ha aumentado rápidamente por la mayor aplicación de métodos diagnósticos. Puede sospecharse que se trata de un embarazo de este tipo cuando hay antecedentes de amenorrea con síntomas y signos de embarazo temprano, hemorragia vaginal oscura escasa y dolor en la zona afectada de los anexos, en especial cuando se mueve el útero. El diagnóstico será más

preciso si se palpa una masa hipersensible ligeramente fija, sobre todo cuando el ovario puede palparse por separado del mismo lado.

TRATAMIENTO.

La selección de un procedimiento quirúrgico conservador depende del estado de la paciente y la localización del embarazo. Si la mujer no es candidata de la operación conservadora, se aconseja la resección tubaria total. El embarazo ampular puede tratarse con salpingotomía y el istmo, con resección segmentaria (nunca salpingotomía).

Para extirpar la trompa, se le pinzará desde el extremo fimbriado hacia dentro y a continuación sobre el lado uterino. La extirpación junto al cuerno del útero, a nivel del cuerpo uterino, evitara la rotura del útero a nivel del cuerno, lo cual puede ocasionar aborto intrauterino, embarazo ectópico repetido o endosalpingitis del resto del tubo. En los casos con hemorragia mínima o ausente y en los que no han experimentado rotura se indican la corrección de la enfermedad tubaria y la lisis de las adherencias en los anexos opuestos. Pueden efectuarse fimbrioplastia y salpingostomía, y está indicada la suspensión uterina u ovárica ocasional. Sin embargo, no lo está la implantación uterina tubaria en este momento pues podría verse obstaculizadas las pruebas intraoperatorias de la permeabilidad a causa de los cambios y la hiperemia del embarazo.

1.5.2.-EMBARAZO ECTÓPICO INTERSTICIAL.

Los autores H. De Cherney Alan y Pernoll L. Martin²⁹, nos señalan que el embarazo intersticial se presenta cuando, el óvulo fecundado se implanta en la porción de la trompa uterina que atraviesa la pared del útero. Este tipo de embarazo ectópico ocurre en 2 a 4% de todas las gestaciones y con mayor frecuencia en multíparas de 25 a 35 años. Puede presentarse después de

²⁹ Idem

salpingectomia. El sitio de nidación puede estar en la porción úterointersticial (interna), o la tubointersticial (externa).

ETIOLOGÍA.

Los autores H. De Cherney Alan y Pernoll L. Martin³⁰, nos dicen que el descenso del óvulo fecundado a través de la trompa se realiza a una velocidad reducida a través de la porción intersticial, sitio donde puede detenerse el óvulo. Ello obedece a obstrucción de la luz de la trompa o a insuficiencia del mecanismo de transporte. No se ha determinado por qué hay mayor frecuencia de embarazo intersticial en relación con el uso de dispositivos intrauterinos. Los siguientes factores influyen en la formación de obstrucción o interfieren en el descenso del gameto.

- 1.-Anomalías del desarrollo; por ejemplo, atresia parcial, trompa accesoria o divertículos.
- 2.-Fertilización intraabdominal con una mórula en desarrollo demasiado grande para la luz de la trompa.
- 3.-Infecciones pélvicas; por ejemplo, salpingitis, destrucción ciliar, bloqueo del peristaltismo de la trompa y perisalpingitis así como parametritis, las cuales causan adherencias, edema y fibrosis.
- 4.-Adherencias peritubarias, con retorcimiento o angulación de la trompa debido a cirugía pélvica, endometriosis, embarazo ectópico previo, tumores ováricos y otros tumores pélvicos.
- 5.-Tumor uterino adyacente; por ejemplo, miomas intramurales o subserosos, los cuales a menudo ocluyen o alteran la luz de la trompa en la zona intersticial.
- 6.-Transformación del tipo endometrial del epitelio de la trompa, la cual puede facilitar la implantación.
- 7.-Embarazo intersticial en el muñón de una trompa previamente extirpada, ya sea debido a un embarazo ectópico tubario previo o a otra enfermedad de los anexos.

³⁰ Idem

DESARROLLO DE LA ENFERMEDAD.

El epitelio de la trompa se erosiona por el trofoblasto y el miometrio es invadido. El músculo es destruido por inflamación en la zona de menor resistencia. El saco gestacional está compuesto de serosa, una pequeña cantidad de tejido conjuntivo y capa muscular uterina adelgazada en la parte posterosuperior de los cuernos afectados. El embarazo se ha vuelto entonces intramural y extracanalicular

El embrión o el feto pueden morir .en cualquier etapa del desarrollo como resultado de hemorragia. Si el feto muere pronto, los tejidos suelen absorberse. La rotura de la pared uterina es el resultado más común entre la décima y la decimocuarta semanas. La duración del embarazo parece depender del sitio de nidación: la implantación en la zona útero intersticial favorece la rotura temprana. No se ha comunicado caso alguno de niños vivos de embarazos intersticiales.

La implantación en el tercio medio o porción intersticial verdadera prolonga un poco la gestación. En ocasiones, el embarazo abortará hacia la cavidad uterina si la implantación ocurrió en la zona útero intersticial. Con rotura puede formarse un litopedión.

DATOS CLÍNICOS.

SIGNOS Y SÍNTOMAS: Las manifestaciones por lo general son inespecíficas, con los signos habituales de embarazo intrauterino normal temprano. Entre las semanas 4 y 6 se presenta dolor abdominal intenso, intermitente, y recurrente. El dolor abdominal súbito es seguido de colapso; hay hipersensibilidad localizada sobre el cuerno afectado y se presenta hemorragia vaginal aproximadamente en 25% de las pacientes.

La exploración pélvica puede proporcionar datos acerca del útero que son compatibles con embarazo uterino temprano y una masa palpable en la zona de

embarazo de base ancha que se extiende hacia afuera (signos de Baart de la Faille), la cual será más blanda que el útero y puede ser muy sensible.

El embarazo intersticial no roto puede diagnosticarse mediante ultrasonografía pero la laparoscopia permite visualizar el proceso patológico. Los datos diagnósticos durante el procedimiento quirúrgico (síndrome de Ruge-Simón) son desplazamiento del fondo uterino hacia el lado opuesto, elevación del cuerno afectado y rotación del útero sobre su eje longitudinal. Además de la trompa, los ligamentos redondo y ovárico se encontrarán al lado del saco. La manipulación del útero puede hacer que la masa del cuerno sea más manifiesta, en tanto que la administración de oxitócina puede causar contracción uterina y permitir visualizar mejor la gestación.

DATOS DE LABORATORIO.

No hay datos de laboratorio característicos, salvo aquellos que suceden después de rotura con hemorragia intraperitoneal masiva. Las pruebas de embarazo suelen ser positivas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

Debe distinguirse entre embarazo intersticial y embarazo ectópico tubario cerca del útero, cornual y angular, mioma cornual, absceso cornual, embarazo en un cuerno de un útero bicornue, endometrioma grande en la unión uterotubaria y endosalpingosis. El embarazo angular hace que el ligamento redondo se desplace hacia una posición lateral a la masa, lo cual no se presenta en el embarazo intersticial. En ocasiones puede confundirse un embarazo intersticial con un tumor benigno.

COMPLICACIONES.

La rotura es un suceso catastrófico, ya que puede ocasionar hemorragia masiva, choque y muerte materna precoz, en particular si la arteria uterina está lacerada. La pared uterina situada por debajo de la inserción tubaria es el sitio de rotura más común, y puede extenderse hacia abajo en la vasculatura uterina y causar daños extensos en el útero. También puede estar afectada la circulación ovárica, y el embarazo puede ser expulsado hacia adentro o afuera de la cavidad peritoneal.

PREVENCIÓN.

El embarazo intersticial puede recurrir en caso de salpingectomía previa con resección cornual, motivo por el que este procedimiento no impide con seguridad la recanalización. La escisión de la zona cornual con peritonización cuidadosa, de preferencia doble, es el procedimiento de elección. Puede exponerse el ligamento redondo y suturarse para que sirva de refuerzo.

TRATAMIENTO.

- **MEDIDAS DE URGENCIA:** Al igual que en cualquier otro caso, el tratamiento del choque debido a hemorragia requiere la rápida reposición masiva de sangre, tal vez por vía intraarterial.
- **MEDIDAS QUIRÚRGICAS:** Una vez que se establece el diagnóstico de embarazo ectópico intersticial, ya sea antes o después de la rotura, se requiere una laparotomía inmediata. La resección simple en cuña, reconstrucción de la pared uterina y salpingectomía puede ser el mejor procedimiento. Si es posible, debe intentarse la preservación del ovario. La extensión de la cirugía depende del grado de lesión del útero y los anexos. Puede ser necesaria la histerectomía abdominal total y salpingooforectomía unilateral del lado afectado. En la paciente grave en estado de choque, una

histerectomía supracervical puede salvarle la vida. No es recomendable la reconstrucción uterina prolongada, conservadora y extensa en la mujer que ha tenido hemorragia masiva.

PRONÓSTICO.

El diagnóstico de viabilidad para el feto en el embarazo intersticial es nulo, pues el útero reconstruido puede romperse durante un embarazo subsiguiente, y el parto después de reparación o reconstrucción uterina debe ser por cesárea electiva con exploración cuidadosa de la zona después de la extracción de la placenta. Se tendrá en consideración la posibilidad de placenta acreta en la región de la respiración.

El pronóstico es bueno para la madre si se logra la transfusión adecuada de sangre y el tratamiento quirúrgico precoz, pero desfavorable si el choque es profundo y ocurre poco después de la rotura o si se demora el tratamiento. Ya que la tasa de mortalidad por embarazo intersticial es de 2 a 3%, mientras que después de una salpingectomía previa es alrededor de 7%.

1.5.3.-EMBARAZO ECTÓPICO ABDOMINAL.

Los autores H. De Cherney Alan y Pernoll L. Martin³¹, nos dicen que la frecuencia del embarazo abdominal es de 1 por cada 8000 nacimientos a término, El diagnóstico de embarazo abdominal primario depende de la presencia de trompas y ovarios normales sin manifestaciones de traumatismo; la ausencia de una fístula útero placentaria, y la fijación del producto de la concepción exclusivamente en la superficie peritoneal. Los embarazos abdominales secundarios (más frecuentes) ocurren cuando el feto escapa de la trompa a través de una rotura o por el extremo fimbriado. El embarazo abdominal parece ocurrir en mujeres mayores de poca paridad, pero rara vez se comunica la presencia de endometriosis.

³¹ Idem

El síntoma predominante de presentación es la hemorragia. Si se encuentra un embarazo en la pelvis cuando se sospecha gestación abdominal, la exploración quirúrgica de la parte alta del abdomen puede poner de manifiesto sitios epiploicos, esplénicos o hepáticos. El tratamiento requiere a menudo esplenectomía y omentectomía. El procedimiento de elección en el embarazo hepático es la extirpación se puede tratar con metotrexato. En los casos de hemorragia resistente al tratamiento debe emplearse el MAST (traje militar contra el choque; del inglés military antishock trousers) para controlar la hemorragia durante 48 horas o hasta que la paciente se estabilice. Si persiste la hemorragia al liberarse por primera vez la presión del traje, ésta se puede restablecer durante otras 24 horas.

En el embarazo abdominal secundario, el sitio primario de la gestación puede haber sido la trompa, el ovario o el útero. El embarazo suele desarrollarse en forma normal si el sitio de implantación suministra suficiente sangre a la placenta. Las molestias, los síntomas genitourinarios y el dolor real son regla general durante el desarrollo del embarazo. Si no se diagnostica ni trata, el feto morirá y supurará formando un absceso; se producirá un verdadero litopedión o feto calcificado; se desarrollará formando adipocira; o dará por resultado retención indeterminada de las partes fetales óseas con absorción de los tejidos blandos. Puede ocurrir hemorragia intraabdominal masiva; las partes fetales pueden sobresalir a través del recto, vejiga o vagina; o puede formarse una fístula abdominal.

DATOS CLÍNICOS.

SÍNTOMAS Y SIGNOS: Puede sospecharse embarazo abdominal en relación con síntomas de gestación aberrante (es decir, un antecedente que sugiere rotura o aborto tubario); un embarazo complicado con síntomas gastrointestinales raros; movimientos fetales muy intensos o dolorosos; palpación fácil de las partes y

movimientos fetales; embarazo descrito por una multípara como “diferente”, trabajo de parto falso cerca del término (puede palparse un útero pequeño en la pelvis mediante exploración temprana en el embarazo); feto en posición alta en presentación anormal, a menudo transversa; desplazamiento de un cuello uterino largo y firme; palpación de las partes fetales a través del fondo de saco vaginal; o una masa placentaria palpable y un soplo vascular extraordinariamente intenso.

DATOS RADIOLÓGICOS.

En la radiografía lateral del feto se encuentra en la posición alta del abdomen sobre la columna vertebral de la madre. El esqueleto fetal es inusualmente claro en relación con los órganos maternos.

La ultrasonografía es útil para establecer un diagnóstico de embarazo abdominal y también para seguir la regresión en el tamaño de una placenta retenida relacionada con embarazo abdominal.

COMPLICACIONES.

La mayor parte de las complicaciones se relacionan con hemorragia intraabdominal preoperatorio o el curso postoperatorio de la extracción del feto. Puede ser necesario volverse a operar debido a obstrucción, absceso, fístula, o hemorragia.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

El diagnóstico diferencial del embarazo ectópico abdominal se relaciona con el de tipo intrauterino o abdominal. El diagnóstico puede establecerse con examen de ultrasonido. En el caso poco común en el cual el ultrasonido no es diagnóstico, resulta útil administrar oxitocina; pero si pueden sentirse contracciones uterinas o

se puede palpar al feto a través del conducto cervical se descartará el diagnóstico de embarazo abdominal.

TRATAMIENTO.

El tratamiento del embarazo ectópico abdominal consiste en la extirpación quirúrgica inmediata del feto y las membranas, y ligadura del cordón cerca de la placenta, la cual sólo se extirpará cuando el cirujano tenga absoluta seguridad de que puede lograrse hemostasia total (muy raro). Debe cerrarse el abdomen sin aplicar sonda para drenaje, salvo en presencia de infección. Si no se extrae la placenta, puede administrarse metotrexato o dactinomicina en dosis antineoplásica completa para destruir el trofoblasto y acelerar la resorción de dicha estructura.

PRONÓSTICO.

El índice de mortalidad materna en pacientes con embarazo ectópico abdominal es aproximadamente de 10%. Aunque alrededor de 50% de los fetos se encuentran vivos en la operación quirúrgica, sólo sobreviven más o menos 20%.

1.5.4.-EXISTEN OTROS TIPOS DE EMBARAZOS ECTÓPICOS COMO SON:

- *Embarazo Ectópico Extrauterino e Intrauterino Combinado y Compuesto.
- *Embarazo Cervical.
- *Embarazo Ovárico
- *Embarazo Ectópico Tubario Múltiple
- *Embarazo Intraligamentoso
- *Embarazo en un Divertículo Saculación del útero
- *Embarazo Angular
- *Embarazo en Cuerno Rudimentario
- *Embarazo Intramural.

1.6.-LAS MUJERES EN EQUIDAD DE GÉNERO.

En tanto que los hombres tienen ideales, las mujeres sólo tienen ilusiones (Nietzsche).

Al respecto la página de Internet www.razonypalabra.org.mx/antecedentes³², nos dice que la concepción de mujer tiene sus inicios en el ideario de poder que se creó desde el nacimiento de la cultura, a partir del sedentarismo, cuando el trabajo pesado le fue designado al hombre y las tareas del hogar al género femenino. Es en ese momento cuando comienza una vertiente histórica muy importante, el patriarcado, cuando los conceptos y símbolos relacionados con la procreación y fecundidad se ven relegados a un segundo plano, imaginando a los dioses como masculinos (RODRÍGUEZ, 2002, pg.225), soslayando aquella cosmogonía que sustentaba la fuerza del matriarcado, no de manera inquisitiva como habría de imponerse en un futuro la del hombre, sino como forma de creación.

A lo largo de la existencia de la humanidad la imagen de la mujer en sociedad ha sido de opresión y represión, acciones envueltas por factores causales que albergan todo un bagaje que de antaño cubre a la humanidad, entre ellos se pueden contar:

- Tradición y costumbres.
- Historia.
- Cultura.
- Personalidad.
- Educación familiar y escolar.
- El ambiente contextual.

Éstas han sido las herramientas para circunscribir a la mujer como menor al hombre, como carente de ideales, quitándole la capacidad de raciocinio que tiene el ser humano. Han sido el instrumento para humillarla y envilecerla, para abusarla

³² www.razonypalabra.org.mx/antecedentes

y matarla, remplazándolas por ideas machistas. Permaneciendo cegada por una fachada de amor falso que hacía las veces de ilusión.

Así, ignoradas sus necesidades e ideales, la mujer olvidó lo que quería y lo suplió por aquello que su contrario solicitaba.

Los factores mencionados se vieron reflejados en todos los ámbitos, sobre todo en lo político, primordiales en comunidades que se encomiaban de ser democráticas e igualitarias, teniendo sus inicios en la educación y sus resquicios en la personalidad de aquellas que se han insertado en este contexto. Es aquí donde me pregunto, ¿la mujer ha logrado o puede vanagloriarse, enteramente, sobre las acciones que realiza? ¿Ha conseguido colocarse en los espacios que le han sido vedados sin necesidad de rumores? ¿Tiene clara su situación y sabe como comportarse ante ella? Dar respuesta crearía falacias, pero queda claro que las circunstancias que han rodeado el estancamiento de este género lo han llevado a la invisibilidad, a ser mero objeto, tal vez inerte, creado para la satisfacción del hombre. Párrafos anteriores avalan que el error no ha sido totalmente del hombre, la mujer ha consentido, a fuerza de ser victimizada, que esto aumente, pues es la educadora y administradora de conductas y pensamientos de ambos géneros humanos. Ha apoyado la decisión patriarcal.

El hombre y la mujer, variedades humanas que difieren por mucho entre sí, se necesitan para subsistir y equilibrarse, pero no puede existir una fusión coherente debido a la existencia de abusos que aminoran la existencia de uno de ellos, por causas tan ilógicas como irracionales, me ha permitido crear un esbozo de esas injusticias; me enfoco en el fallo que la sociedad ha cometido contra ellas, por ello caeré en circunstancias acaecidas en mi contexto como ejemplificación.

En México la situación de la mujer debe analizarse desde dos perspectivas, la citadina y la rural, la causa principal radica en la diferencia contextual que infunde distintas perspectivas en ambos casos. En primera instancia vemos la tradición, la cual se arraiga más en el campo que en la ciudad; casos concretos de ello son Chiapas Vs. Cd. Juárez, lugares que sufren de lo mismo con causas distintas,

sufren de uno de los terrorismos más frustrantes y denigrantes, pero que no causan igual conmoción en la sociedad, por lo que no mueven a las autoridades. Esa acción tan atroz es la violación, que en el caso de Chiapas se funda en la Historia y las costumbres, en el caciquismo que perdura; Ciudad Juárez es un cúmulo de acontecimientos infaustos. A fin de cuentas “las mujeres típicamente no son noticia en tanto que se mantienen en sus espacios de encierro y tareas de reproducción social, y cuando salen no pueden más que ser responsables directas de convertirse en foco del escándalo” (GUTIÉRREZ, 2004, pg. 12). Es visible como el ultraje se atañe a la mujer, ya sea por su vestimenta, por su caminar o por el simple hecho de atravesarse en el paso de una mente lasciva (persona dominada por el deseo sexual).

“La conciencia de la responsabilidad que la maternidad trae consigo, en cuanto es un acto privado que tiene consecuencias comunitarias, perfila el rostro de otras madres: aquellas que se preguntan sobre qué tipo de deficiencias sociales pudieron haber convertido en instrumento de tortura y destrucción al niño gracioso y regordete que ellas amamantaron (MARTÍNEZ, 2004).”

Y si nos enfocamos a la parte cultural, es difícil luchar contra las costumbres de antaño, con todo aquello que invade la mente de la mujer rural, de aquella que ha sido condenada a permanecer bajo el yugo de la tradición. Yendo a la ciudad, la mujer tampoco se diferencia mucho de la predecesora, pues igualmente desconoce los avances que a su favor se han hecho, pues las circunstancias no cambian, la agresión contra ellas es cada vez mayor, los métodos de tortura son cada vez peores y ni siquiera podemos enfrentarnos a ellos; cualquier acción que llevemos a cabo de aviso o para poner un alto nos perjudica sobremanera, siendo así que ya ni acciones de apoyo al prójimo se pueden poner en práctica, debido al miedo a verse implicado en una situación similar o peor.

Vestir con minifalda, zapatilla, escote... resumidamente lucir femenina ¿qué significa? ¿Acaso es agradar al hombre, alegrar su pupila? Las acciones que

como género llevamos a cabo suelen estar enfocadas a la degradación misma de la mujer, a favor de una ideología machista, no de hombre como género, sino que las mujeres encauzan su ideología hacia lo que éste requiere de ella: sensualidad, belleza, carisma, feminidad... ayudando a enclavar más esta ideología, engañándose en que es necesario estar junto a un hombre para existir, para definirse como persona ante nuestra sociedad, para poder obtener respeto y beneficios económicos, pensarse necesarias en cuanto se tiene un hombre al lado, en cuanto se le sirve, por lo que debe tener muy en cuenta que “una mujer que seduce no necesita nacer con los atributos de Marilyn Monroe, su poder no es físico sino psicológico, indirecto y astuto” (VARGAS, 2005). Debe generarse una idiosincrasia fuerte que provoque una mejor definición de mujer, de feminidad, no sólo el vestidito bonito y la cara limpiecita, coser o cocinar.

“La mujer siempre ha sido para el hombre lo otro, su contrario y complemento. Si una parte de nuestro ser anhela fundirse a ella, otra, no menos imperiosamente, la aparta y excluye. La mujer es un objeto, alternativamente precioso o nocivo, mas siempre diferente. Al convertirla en objeto, en ser aparte, y al someterla a todas las deformaciones que su interés, su vanidad, su angustia y su mismo amor le dictan, el hombre la convierte en instrumento. Medio para obtener el conocimiento y el placer, vía para alcanzar la supervivencia, la mujer es ídolo, diosa, madre, hechicera o musa, según muestra Simone de Beauvoir, pero jamás puede ser ella misma. De ahí que nuestras relaciones eróticas estén viciadas en su origen, manchadas en su raíz. Entre la mujer y nosotros se interpone un fantasma: el de su imagen, el de la imagen que nosotros nos hacemos de ella y con la que ella se reviste...Nunca es dueña de sí. Su ser se escinde entre lo que es realmente y la imagen que ella se hace de sí (PAZ, 1994, pg. 214).”

Otra parte de la cultura que atrapa a la mujer como mero espectáculo para el hombre es el baile, creado, supuestamente, para hacer lucir a la mujer,

contradictoriamente, es para ver cuán capaz es de moverse e incitar al hombre; nosotras lo aceptamos pues es una fuente de diversión, no hacerlo implica no estar en onda, no pertenecer a un grupo; siendo que no pertenecemos al grupo más importante, al que se considera como masa amorfa y maleable, al grupo de las mujeres. Acepto que esta situación sería tan fácil de eliminar si se creara conciencia, ya no tanto conocimiento.

Estos artificios, como muchos más, son retencencias que ocasionan resultados sucios, generan malestar a la mujer; aquello que se veía como forma para conquistar al hombre, en algunos casos el príncipe azul, le engendra abusos, atrae la atención de otros con imaginación lúbrica que terminan por violar el espacio, cuerpo y mente de mujeres de manera denigrante

¿En qué psicología puede caber la idea de dañar de tan cruel forma el cuerpo de mujeres y/o niñas? ¿Cómo imaginar que tras años de lucha por insertarnos plenamente en la sociedad patriarcal, nos vemos atacadas continuamente y refundidas por la normatividad que se presume defensora de toda la población?

Una de las normatividades que debería respetarse por el simple hecho de ser llevada a cabo legalmente, ya no tanto el valor más importante: la ilusión del amor, es el matrimonio; pero la insensatez de la mente humana lleva a que ambos géneros se culpen y se hagan infelices mutuamente. Sea broma o realidad, durante años el ejercicio de eliminar la validez de este acto ha conducido a violentar a la mujer de manera psicológica, repercutiendo una vez más en todos los factores, sea de cualquier región. Este espacio se ve agredido cada vez que el marido pierde el control e insulta a su esposa, cada vez que de pronto se le va la mano y le pega, cada vez que una mujer es abandonada, cada vez que no se habla con la verdad, que no se respeta el acuerdo mutuo. Para este caso encontré un ejemplo que queda como anillo al dedo e ilustra la actitud que se tiene por parte del supuesto género más fuerte.

“Cuando el hombre llegaba después de haber luchado con todo y contra todos era lógico que sintiera cierta necesidad de refocilar, de calentarse y recuperar el vigor y que para ello tomara a la mujer que más le apeteciera, por supuesto con su correspondiente y total anuencia. Nadie le recriminaba que una noche estuviera con una y la siguiente con la otra. Era lo normal. Ahh... pero cuando el hombre se hizo sedentario y quiso asegurarse de que un hijo fuera suyo para poder heredarle el fruto de su trabajo tuvo que inventar el matrimonio como mecanismo que le otorgara en exclusiva el uso de una mujer. Craso error, pues después ellas voltearon la sartén y fueron quienes se adjudicaron en exclusiva la propiedad del hombre hasta que la muerte los separara (GORDOA, 2005, Secc. Análisis, pg. 10 A).”

“Esto ha conducido a que la mujer no sea solamente un instrumento, sino el conocimiento mismo, aquél que condujo a Paz por el camino de la observación de la sociedad y tras una severa reflexión sobre lo que el hombre mexicano piensa nos plantea que “el rajado es de poco fiar, un traidor o un hombre de dudosa fidelidad, que cuenta los secretos y es incapaz de afrontar los peligros como se debe. Las mujeres son seres inferiores porque, al entregarse, se abren. Su inferioridad es constitucional y radica en su sexo, en su rajada, herida que jamás cicatriza.” (PAZ, 1994, pg. 33)”

Pero aún falta mucho por recorrer, mucho por cambiar, mucho para revitalizar en la lengua el código reservado para denominar el género femenino, la mujer.

Para revitalizar el concepto primero habría que cuestionarnos ¿Me conozco? ¿Puedo definirme? ¿Conozco mis derechos? ¿Sé que es el feminismo? ¿Conozco a las autoras? ¿Tiene cabida en mí esta ideología? ¿Considero importante la corriente feminista? ¿Conozco algunas organizaciones? ¿Existe alguna fecha sobre la no violencia a la mujer? Las preguntas iniciales tienen respuesta propia, orientadas según el contexto de cada una, pero la última de ellas cabe aclararla, ya que de ella pueden desprenderse acciones de las organizaciones feministas o permitir una mayor apertura informativa, por ello conocer este día es tan trascendental como el día de las madres.

El 25 de noviembre fue declarado Día Internacional Contra la NO Violencia hacia las mujeres en el primer Encuentro Feminista para América Latina y el Caribe, celebrado en Bogotá, Colombia, en 1981. En el Encuentro las mujeres denunciaron sistemáticamente la violencia de género, desde agresiones domésticas a violaciones y tortura sexual o violencia de estado. Y estaban en el recuerdo las hermanas Mirabal, asesinadas un 25 de noviembre de 1960 por la dictadura de Rafael Trujillo en la República Dominicana, donde son todo un mito al igual que en el resto de América Latina. La propuesta hecha por este Encuentro fue reconocida oficialmente en 1999 por la Naciones Unidas como el Día Internacional para la Eliminación de la Violencia contra las mujeres (Ayuntamiento de Granada, 2002).

El conocer estas fechas nos deben encausar a indagar más al respecto, a entender que cualquier comentario que nos haga sentir mal en cualquier sentido, que reduzcan nuestra autoestima, es un modo de violencia, no tan radical como el abuso sexual, pero sí importante y que deja huella e impide que la persona se acople enteramente, en un futuro, a la sociedad.

Conocernos y tener bien fijos nuestros principios e ideales, darnos la oportunidad de comprender nuestras similitudes de género a través de la gran variedad de autoras que han dedicado grandes esfuerzos en ello, aprovechar su esfuerzo para insertarnos en esa cultura patriarcal, enfocar nuestras ambiciones, sabernos motores de transformación de nuestra realidad al defendemos en lugar de atacarnos, reavivar nuestra imagen, hacerla común y con propósitos afines, mostrarnos interesadas en nosotras y después en nuestro contrario, no olvidarnos que todos somos iguales, respetarnos para que los demás nos respeten.

Para finalizar, aclaro: Sí, las mujeres tenemos ilusiones, pero tenemos más ideales, tenemos ganas de que se nos incluya en la sociedad, que se oigan la súplicas por vivir, tenemos el ideal de ser reconocidas por lo que hacemos y no por los rumores de cómo conseguimos las cosas, queremos que la historia nos

reconozca como parte de ella, sobrellevar las angustias y sobrevivir el abandono, pero sobre todo que la definición de mujer resurja, que tenga la importancia de sus inicios, no quedarnos en los ínfimos triunfos pírricos obtenidos a lo largo de la historia, sino ser agentes de cambio.

La quintaesencia de la mujer no radica en ser la incondicional en los ideales del hombre, sino en satisfacer las propias ilusiones, deseos y por qué no, ideales; en sentirse cómoda consigo misma, en ser fiel a sus sentimientos y necesidades, en sentirse capaz de desarrollarse en ambientes inimaginables. Hay que revivir la imagen de la mujer, no aplastarla ni degradarla como hasta ahora se ha hecho, y mucho menos de la forma en que se ha hecho.

Como ya lo hemos visto, la mujer es la parte fundamental para la supervivencia y la procreación del ser humano del mismo modo está en las mujeres y en los hombres hacer la reconstrucción de los valores familiares, el amor hacia uno mismo y hacia nuestros semejantes solo con eso seremos cada quien en género y en igualdad ya que en pleno siglo XXI todavía se sigue dando el machismo, se sigue promulgando la violencia, ya que como familia los hijos e hijas aprenden de los roles de los padres y ahora en esta actualidad las mujeres han alcanzado casi una igualdad ante los hombres, ya que también ellas se dedican a trabajar, a estudiar, y algunas de ellas han alcanzado a realizar actividades de hombres y son profesionistas (arquitectas, ingenieras, abogadas, presidentas, etc) logrando una igualdad de género.

Notas:

1 Diosas de la antigüedad que formaban parte importante en la cosmovisión de aquellos pueblos incipientes de la humanidad, que otorgaban validez al poder creador y fuerza que la mujer tenía. Pepe Rodríguez. Dios nació mujer.

2 El feminicidio, entendido como el asesinato misógino de mujeres por parte de los hombres, y como una forma de continuo de violencia sexual. Que requiere considerar los actos violentos y el desequilibrio de poder entre los sexos, en las

esferas política, social y económica, como los ejes del análisis... Es pues, en palabras de Julia Monárrez “una manifestación de dominio, terror y exterminio social”. Aimée Vega Montiel. *A las cosas por su nombre: el feminicidio en Ciudad Juárez*.

3 El cuerpo violado de la mujer indígena desde la conquista hasta nuestros días se ha convertido en la imagen arquetípica de la madre tierra cuyo cuerpo, rico y pródigo, es continuamente asaltado por los buscadores de oro de todos los tiempos. *Feminismo y Literatura Latinoamericana*. Adelaida Rodríguez.

4 Su historia reciente presenta tres acontecimientos que delimitan el marco contextual de este caso particular de feminicidio. El primero tuvo lugar en la década de los setenta, cuando el gobierno de la entidad impulsó el “Programa bracero”, con el objetivo de intensificar los flujos migratorios a la ciudad, lo que contribuyó al rápido crecimiento de la población en asentamientos irregulares. En segundo lugar, la implosión de las maquiladoras durante los años ochenta generó la creación de importantes fuentes de trabajo para mujeres, lo que incrementó la población femenina en aquella ciudad. Y en tercer lugar, la aparición, en los años noventa, de maquiladoras automotrices, atrajo una población principalmente masculina, lo que agudizó el crecimiento de los asentamientos irregulares, pero también el fortalecimiento del narcotráfico y del comercio de armas. Aimée Vega Montiel. *A las cosas por su nombre: el feminicidio en Ciudad Juárez*.

5 Dice Robert Greene en su libro *El Arte de la Seducción*.

6 Proceso y Víctor Ronquillo son los responsables del estigma de “Las Muertas de Juárez”... donde pudo más el morbo que despierta el caso y su lucro, a través de las ganancias económicas que pudieron acarrearle a la editorial Planeta y al autor... que revisar con detenimiento para sustentar los hechos. Griselda Gutiérrez. *Violencia Sexista*. pg. 95.

1.7.-LA MUJER, VÍCTIMA DEL ABORTO.

Para la autora María Valent, Médico, en un artículo publicado en la página de Internet <http://www.vidahumana.org/vidafam/aborto/raquel-fe.html>³³, la mayoría de abortos que hoy por hoy se practican se amparan en el primer presupuesto despenalizado, esto es: que sea necesario [el aborto] para evitar un grave peligro para la vida o la salud psíquica de la embarazada. Paradójicamente, las estadísticas sugieren exactamente lo contrario: el aborto (que siempre es no deseado) es causa de importantes trastornos psicológicos que incluso pueden conducir a la muerte.

La salud física y psicológica de la madre es injustificablemente puesta en peligro por aquellos que, de un modo irresponsable e interesado, afirman que el aborto es psicológicamente "seguro". Esta equivocada y obcecada actitud, al negar los efectos psicopatológicos del aborto, dificulta el tratamiento y la recuperación de la mujer que los padece. El deseo y el deber de proteger la salud psicológica de la madre deberían contraindicar el aborto o, pero en ningún caso aconsejarlo.

Síndrome Post Aborto (SPA)

El Síndrome Post -Aborto (SPA) consiste en una serie de trastornos psicológicos y psicosomáticos que experimentan muchas mujeres a consecuencia de haber abortado. Merece la pena aclarar que las manifestaciones del SPA son normales: es decir, lo natural después de haber sufrido un aborto provocado, es sentir dolor, tristeza, culpabilidad, vacío, lo anormal, sería quedarse completamente indiferente como si nada hubiera ocurrido (ello reflejaría un cierto grado de trastorno mental, aunque es preciso diferenciarlo de la actitud de negación, con la que la mujer aparenta ante sí misma y ante los demás esta supuesta indiferencia).

El SPA suele aparecer tardíamente, pasados meses e incluso varios años desde que el aborto tuvo lugar; las manifestaciones más frecuentes son depresión,

³³ Cr. <http://www.vidahumana.org/vidafam/aborto/raquel-fe.html>.

ansiedad, rabia, vergüenza, rechazo de sí misma y gran sentimiento de culpa. Si la mujer padecía algún trastorno mental previo o bien tenía una cierta predisposición a padecerlo, el aborto suele agravarlo o desencadenarlo.

Estas alteraciones básicas, afectan la vida cotidiana de la mujer y se concretan de múltiples formas, perjudicando e interfiriendo en sus relaciones interpersonales (especialmente las conyugales o de pareja), su capacidad de trabajo o estudio, el interés por las cosas y por las otras personas, etc.

También favorecen ciertas actitudes anormales como: auto-aislamiento, apatía, indiferencia, trastornos de la conducta alimentaria (anorexia o bulimia), conducta autodestructiva (tendencia suicida, abuso de alcohol y drogas), estado hiperalerta (sensación de estar permanentemente amenazada, en peligro, de modo que se vuelven mucho más susceptibles e irritables), comportamiento esquivo con los niños, maltrato infantil, dificultad para establecer un vínculo apropiado con los propios hijos, promiscuidad, auto mutilación(histerectomía, ligadura de trompas), tendencia a establecer relaciones abusivas (en las que resultan maltratadas), búsqueda de sobre compensación profesional, etc.

La herida abierta por el aborto puede provocar otro tipo de manifestaciones como insomnio, alucinaciones auditivas (oír el llanto de un niño), pesadillas (en las que el capítulo del aborto se repite continuamente, aparecen niños despedazados o mutilados), intrusiones (es decir: recuerdos súbitos diurnos de la experiencia del aborto), etc. Además, el aborto puede ocasionar dificultades en embarazos y partos posteriores, pero, en esta ocasión, influyen alteraciones tanto físicas como psicológicas que pueden comportar disfunción sexual (sobretudo con el padre de la criatura abortada), esterilidad, interrupción espontánea del embarazo, parto prematuro (que, por cierto, incrementa el riesgo de parálisis cerebral en el neonato).

Tampoco es infrecuente que las mujeres busquen embarazos "expiatorios" (es decir, que compensen la pérdida sufrida) o que se involucren en el movimiento

pro-vida (con una intención de reparación) o pro-aborto (con la esperanza inconsciente de fortalecer la idea de que el aborto fue una decisión correcta y razonable, de modo que no hay motivos para arrepentirse o dolerse por ella).

Estas manifestaciones típicamente empeoran en las fechas en que tuvo lugar el aborto o en que el niño debería haber nacido (reacciones de aniversario) y también pueden desencadenarse o agravarse ante determinados acontecimientos vitales estresantes o emocionantes. En palabras del profesor Willke: "ES MÁS FÁCIL SACAR AL NIÑO DEL ÚTERO DE SU MADRE QUE SACÁRSELO DE SU PENSAMIENTO".

FACTORES DE RIESGO PARA SUFRIR SPA

No todas las mujeres que abortan experimentan el SPA ni todas las que lo padecen, sufren las mismas alteraciones ni en el mismo grado. Es difícil determinar a priori qué mujeres lo padecerán y cuáles no, pero sí se ha podido identificar ciertos factores que incrementan el riesgo de padecerlo:

- ♣ Ser adolescente.
- ♣ Sufrir el aborto en el 2º o 3r trimestre de gestación.
- ♣ Presentar antecedentes de enfermedades o alteraciones psicológicas previas al aborto.
- ♣ Haber sido presionada a abortar por terceras personas (pareja, padres, tutores, jefe del trabajo).
- ♣ Que el aborto vaya en contra de creencias o convicciones morales.
- ♣ Que se aborte con la esperanza de que de este modo se salvaguarda la salud psicológica.

El Aborto en las Adolescentes

De todos los factores de riesgo antes mencionados, el más importante es el hecho de ser adolescente; esto es así por varios motivos:

- Las adolescentes manifiestan más a menudo el deseo de tener el bebé
- Se sienten obligadas a abortar con más frecuencia
- Tienen convicciones anti-abortistas más sólidas

El SPA se manifiesta en ellas de un modo más cruento, les cuesta mucho más superarlo y a menudo sufren secuelas psicológicas irreversibles. El riesgo de suicidio es del doble en comparación con las mujeres adultas y el riesgo de padecer alteraciones mentales graves que requieran hospitalización, tres veces superior. También están expuestas a un mayor riesgo de sufrir lesiones uterinas, vaginales y abdominales durante la intervención abortiva.

EL ABORTO SUPONE UN RIESGO DE MUERTE CUATRO VECES MAYOR QUE EL PARTO.

Contrariamente a la idea que los promotores de la cultura de la muerte se han encargado de difundir, el aborto supone un riesgo para la salud de la mujer significativamente mayor que el embarazo y el parto. El estudio más serio que se ha realizado al respecto, fue llevado a cabo en Finlandia, por el Centro Nacional Finlandés de Investigación y Desarrollo para la Salud y el Bienestar.

Dicho estudio se realizó sobre 9.192 mujeres que fallecieron entre los años 1987-1994 con una edad comprendida entre los 15 y los 49 años (es decir, en edad reproductiva); de todas ellas, 281 murieron en el curso de un año desde su último embarazo. Analizando la mortalidad global y la mortalidad por causas, encontramos en todos los casos que el embarazo y el parto reducen el riesgo de morir mientras que el aborto provocado lo incrementa. Las conclusiones de dicho estudio son las siguientes:

Mortalidad global

3,5 veces superior en las mujeres que habían abortado en comparación con las mujeres que habían dado a luz.

Mortalidad por suicidio

7 veces superior en las mujeres que habían abortado en comparación con las mujeres que habían dado a luz a un hijo. Merece la pena añadir que el 30-55% de las mujeres que abortan tienen ideas de suicidio y entre el 7-30% llegan a cometer intentos. Estos últimos son especialmente importantes en las mujeres de menos de 30 años y en las mujeres con antecedentes de alteraciones psicológicas o tendencia suicida. Es preciso destacar que una cierta proporción de suicidios en mujeres que han abortado, se asocian a infanticidio: la mujer se suicida después de haber acabado con la vida de sus otros hijos. Hay otro dato muy revelador que refuerza esta constatación: la tasa de suicidio femenino en China es la más elevada del mundo; además, China es el único país donde mueren más mujeres que hombres por este motivo. No deja de ser "curioso" que sea precisamente China el país donde el control de la natalidad es más agresivo y la sociedad más coacciona a las mujeres a cometer abortos no deseados.

MORTALIDAD POR CONDUCTA DE RIESGO

El riesgo de morir a causa de un accidente es 4 veces superior para una mujer que ha sufrido un aborto en comparación con una mujer que ha dado a luz a un hijo. Por un lado, las mujeres que dan a luz a un hijo, adoptan actitudes más cuidadosas y evitan situaciones de riesgo que puedan poner en peligro a su hijo o a ellas mismas. Contrariamente, las mujeres que han sufrido un aborto, adoptan actitudes más imprudentes y temerarias que ponen en peligro sus vidas (conducta auto-destructiva).

La adquisición de esta conducta de riesgo es el resultado de los trastornos psicológicos incluidos en el denominado síndrome post-aborto: indiferencia, apatía, depresión, desprecio de la vida, baja auto-estima, sentimiento de culpabilidad, desesperación, mayor tendencia a abusar del alcohol y las drogas o automedicación con sustancias antidepresivas o estimulantes. Las muertes por conducta de riesgo serían el reflejo de un grado menor de conducta suicida: el

deseo de morir o de no continuar viviendo sin llegar a pensar en quitarse activamente la vida. El resultado es un mayor riesgo de morir por "accidente".

MORTALIDAD POR HOMICIDIO

El riesgo de morir a causa de agresiones por otras personas es 4 veces superior para las mujeres que han sufrido un aborto en comparación con la población en general. Otros estudios realizados en mujeres que habían abortado muestran que alrededor del 60% de ellas referían haber perdido el control sobre ellas mismas y adoptado conductas hostiles, agresivas y violentas a raíz del aborto. Todo ello puede favorecer la generación de conflictos en las relaciones interpersonales que pueden llegar a tener un desenlace fatal.

También es posible que entre las mujeres que optan por abortar haya una proporción superior de mujeres con trastornos psicológicos y con mayor tendencia a establecer relaciones conflictivas o abusivas en las que puede predominar el maltrato.

Mortalidad por causas naturales 1,6 veces superior en las mujeres que han abortado en comparación con las mujeres que han dado a luz o han sufrido una interrupción espontánea del embarazo. Son diversas las causas que podrían explicar esta constatación:

- Por un lado es posible que las mujeres que logran quedarse embarazadas y dar a luz a un hijo, presenten un estado de salud superior al de las mujeres en edad fértil en general: este hecho podría justificar que la mortalidad por causas naturales en mujeres que han dado a luz a un hijo sea inferior que la media, pero, en cualquier caso, no explicaría que la mortalidad entre las mujeres que abortaron sea un 60% superior que en las mujeres que quedaron embarazadas pero no sufrieron un aborto provocado. Los abortos provocados que se practican por estar en peligro la salud física de la madre

no fueron lo suficientemente abundantes como para explicar esta diferencia.

- Por otro lado, el aborto provocado induce una serie de cambios físicos y psicológicos no fisiológicos (es decir, no naturales) que pueden repercutir negativamente en el estado general de salud de la mujer.
- Entre estos procesos encontramos: el estado depresivo (que compromete la funcionalidad del sistema inmunitario), los conflictos psicológicos (que consumen energía, de modo que la mujer descuida otros aspectos que condicionan su estado de salud) y las alteraciones del sueño y la alimentación o el abuso de sustancias tóxicas (alcohol, drogas y fármacos) que tan frecuentes son en las mujeres que han abortado.

Mientras el embarazo, el parto y la maternidad tienen un efecto protector sobre la salud de la mujer y favorecen su supervivencia, el aborto incrementa el riesgo de morir y de adoptar conductas o padecer trastornos psicológicos que pueden conducir a la muerte. El aborto se ha identificado como factor de riesgo para dar a luz a bebés con bajo peso (alteración que se traduce en un mayor riesgo de parálisis cerebral). En este sentido las estadísticas norteamericanas son muy sugerentes: la población de color presenta una incidencia de bebés con parálisis cerebral notablemente superior a la población caucásica. No deja de ser "curioso" que la tasa de aborto sea proporcionalmente superior en la población negra que en la blanca.

La asociación estadística entre ambos fenómenos es significativa y el punto de conexión se encuentra precisamente en la mayor incidencia de partos prematuros y de bebés con bajo peso entre las mujeres que han padecido algún aborto provocado.

También se ha relacionado el aborto con una mayor dificultad para con embarazos y partos posteriores, con un amplio abanico de manifestaciones que van desde la esterilidad hasta la dificultad para llegar a término, mayor incidencia de partos

prematuros, alteraciones durante el embarazo que ponen en peligro la salud tanto de la madre como la del hijo (eclampsia, pre-eclampsia, muerte fetal, infección intrauterina, hemorragia uterina), retención de la placenta, hemorragia posparto, embarazo ectópico, disfunción sexual (con gran componente psicológico) y dificultades para establecer un vínculo adecuado madre -hijo (tanto desde el punto de vista afectivo como físico, no siendo infrecuente la dificultad para amamantar al bebé).

El aborto quirúrgico comporta ciertos riesgos y efectos secundarios que dependen sobretodo de la técnica utilizada (que a su vez está en función de las semanas de embarazo en el momento del aborto). En general, estos riesgos son: perforación uterina, infección, embolismo, convulsiones, hemorragia, daño cervical (es decir, del cérvix uterino), fiebre y vómitos entre otros. Estas lesiones pueden tener consecuencias inmediatas o bien manifestarse en forma de alteraciones de la fertilidad, el embarazo y el parto en gestaciones posteriores y que pueden repercutir negativamente tanto en la salud de la madre como del bebé.

Por otro lado, la interrupción del embarazo en el primer trimestre de gestación supone un riesgo 30-50% superior de desarrollar cáncer de mama. A esto hay que añadir que el hecho de dar a luz a un hijo tiene un efecto protector frente al cáncer de mama, de modo que el aborto no sólo supone un factor de riesgo positivo para desarrollar este tumor, sino que también priva a la mujer de un factor protector frente al mismo, como es el embarazo a término y la lactancia. Son los embarazos en edades tempranas los que presentan un mayor efecto protector frente al cáncer de mama. Y son precisamente las muchachas jóvenes las que padecen mayores trastornos físicos y mentales por el hecho de haber abortado.

Estas observaciones contradicen el argumento pro abortista según el cual el aborto beneficia a la mujer en general y a las adolescentes o jóvenes en particular.

ABORTO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Los modelos sanitarios actuales, no conciben ningún tipo de relación médico - paciente que no observe lo que se denomina "consentimiento informado": es decir, el enfermo debe conocer las distintas opciones terapéuticas que en su caso concreto merece la pena valorar y bajo el consejo del médico, ambos (médico y paciente) valoran conjuntamente cuál de las opciones posibles es más conveniente. Para que el paciente pueda decidir, es preciso que se le explique en qué consiste cada opción, así como sus ventajas y sus inconvenientes, los riesgos y los posibles efectos secundarios de cada intervención o tratamiento (naturalmente, es preciso que el médico adapte su lenguaje a la capacidad de entendimiento del paciente).

En el caso de las mujeres que están considerando la opción de abortar, es preciso que, al igual que en el resto de intervenciones médicas, se respete su derecho al consentimiento informado. Esto implicaría:

- Prevenir acerca de las consecuencias psicopatológicas que entraña el aborto.
- Avisar del mayor riesgo de complicaciones en embarazos posteriores al aborto (niños de menos peso, parálisis cerebral)
- Explicar en qué consiste la técnica abortiva
- Explicar que, de acuerdo con el estadio del embarazo, el embrión o feto, es de un determinado modo: tiene bracitos, piernas, un corazón que late desde la cuarta semana.
- Informar acerca de las posibles complicaciones, riesgos y efectos secundarios que sobre la salud física y sobre la fisiología reproductiva de la mujer entraña la técnica abortiva a que se va a someter.
- En el caso de la "píldora abortiva del día después" es necesario que la mujer sepa que es posible que esté ABORTANDO (es decir, acabando con la vida de su hijo todavía no nacido), y no impidiendo la concepción.

- Informar acerca de las otras alternativas: por ejemplo, no abortar y decidir después del parto entre ejercer la maternidad o dar al bebé en adopción.

Quizá sea cierto que abortar de un modo inconsciente, sin conocer todos estos detalles sea mucho menos doloroso. Pero lo que yo creo es que muchas mujeres tomarían la decisión de no abortar si lo supieran. Si socialmente se acepta este engaño es porque se tiene la convicción de que lo que realmente le conviene a esa mujer es abortar y, lo que hay que hacer por caridad, es hacer que esta difícil decisión sea más soportable, menos dolorosa y más fácil de tomar.

El aborto supone, en primer lugar, acabar con la vida de un ser humano en desarrollo, el más inocente e indefenso de todos. Pero, a la vez, supone herir profundamente en el cuerpo y en el alma a la mujer que aborta. Me resulta difícil imaginar un sufrimiento mayor al que puede llegar a experimentar una mujer que ha abortado cuando toma conciencia de ello. Al duelo natural por la muerte evitable de un hijo, se suma la carga de saberse responsable de tan dolorosa pérdida.

Todo aborto tiene, por lo menos, dos víctimas: una de ellas muere; la otra, sobrevive y sufre a diario las consecuencias de un crimen abominable. De nada sirve el intentar mentalizar a la mujer de que el aborto fue una decisión correcta y razonable de la que no tiene porqué arrepentirse; de nada sirve cuando la mujer ya ha descubierto en su dolor, que aquel montoncito de células que arrancaron de su seno era algo más que una masa informe. Insistir en negar lo trágico del aborto sólo contribuye a incrementar el sentimiento de soledad e incompreensión en las madres víctimas de un aborto. En nuestra sociedad son muchas las mujeres (sobre todo adolescentes y jóvenes) que quedan embarazadas en situaciones en que quizás lo más conveniente o lo más deseable (bajo un criterio y un juicio humanos) hubiera sido que ese embarazo no se produjera. Pero eso no quiere decir que la solución al problema sea interrumpir ese embarazo y acabar con la vida de un bebé inocente.

Estoy convencida de que la inmensa mayoría de abortos (si no todos) son no deseados. Ninguna mujer desea pasar por la experiencia de un aborto. Es mucho más indeseado e indeseable un aborto que cualquier embarazo. Los pro abortistas insisten en combatir los embarazos no deseados con abortos todavía menos deseados y con bastantes más efectos secundarios negativos que el llevar a término un embarazo imprevisto y dar a luz a un hijo aunque sea dado en adopción.

La mayoría de mujeres que optan por abortar ante un embarazo no deseado, lo hacen presionadas por personas allegadas o por problemas de carácter social o económico. La mayoría de ellas refiere que si sus circunstancias hubieran sido otras, habrían tenido a su bebé. El 70% afirma que jamás volverían a abortar por muy adversas que fueran las circunstancias.

Son muchos los motivos que pueden hacer que una mujer se plantee la opción de abortar en una sociedad donde el aborto es legal y considerado como un medio por el cual la mujer es liberada de las cadenas de su feminidad, en el fondo de estas decisiones se suele encontrar la falta de apoyo por parte del padre del bebé o de los familiares y amigos más allegados y también por parte de la sociedad que, en lugar de buscar medios para ayudar a las mujeres en su maternidad deseada, invierte recursos humanos y económicos en clínicas dónde llevar a cabo los abortos no deseados.

No se ha publicado en la prensa científica ningún estudio acerca de las supuestamente gravísimas y más que "evidentes" consecuencias de completar hasta el parto un embarazo no deseado en un principio. Pero, por desgracia, la abundancia de víctimas supervivientes del aborto, está proporcionando datos suficientes como para continuar afirmando, confirmando y reafirmando lo expuesto en este artículo: el aborto es una amenaza para la integridad física y psicológica de la mujer.

1.8.-LA PSICOLOGÍA E INFERTILIDAD EN HOMBRES Y MUJERES.

En la página de Internet www.clinicalascondes.cl/area-academica.com³⁴, se obtuvo el artículo: Los conflictos psicológicos como causa de infertilidad, en los años 50 y 60 se afirmaba que alrededor del 40% de los problemas de infertilidad eran atribuibles a causas psicológicas. En la revista *Fertility and Sterility* aparecieron publicados numerosos artículos que relacionaban la esterilidad femenina con conflictos tempranos de la relación madre-hija. Varios estudios postularon que la experiencia de haber experimentado rechazo materno en etapas tempranas del desarrollo producía sentimientos de hostilidad asociados a la idea de la maternidad, dificultades de identificación con el rol maternal y, por lo tanto, un rechazo inconsciente al embarazo. Otros estudios analizaban la infertilidad como un cuadro psicosomático. Benedeck hablaba de "infertilidad funcional" siendo la dificultad para gestar un hijo una "defensa somática contra el estrés del embarazo y la maternidad" .

Las hipótesis sobre la génesis de la infertilidad en conflictos tempranos o rasgos neuróticos de personalidad, continúan presente en estudios más recientes. Un ejemplo es el estudio de Christie en 1998 (4), que concluye que si bien la ambivalencia frente a la maternidad, es decir, la coexistencia de deseos positivos con temores u otros sentimientos negativos, es una experiencia generalizada en mujeres occidentales, el sentimiento de culpa asociado a esa ambivalencia genera conflicto en algunas mujeres. La culpa provendría del hecho que los sentimientos negativos (temor y rechazo) privan sobre los positivos. Este conflicto es difícil de ser tolerado conscientemente por la persona, razón por lo cual se reprime como una defensa psicológica. La persona desarrolla respuestas indirectas tales como la infertilidad, que se acompaña defensivamente de un deseo frenético y ansioso por concebir. De estos estudios deriva el concepto de infertilidad psicógena, que se refiere al rol causal de la psicopatología en la infertilidad.

³⁴ www.clinicalascondes.cl/area-academica.com.

Los avances de la medicina reproductiva para diagnosticar y tratar problemas de infertilidad disminuyeron la frecuencia del diagnóstico de infertilidad de causa desconocida y con ello se abordaron más críticamente las hipótesis psicogénicas. Actualmente la infertilidad de causa desconocida es menos del 5% de los casos. Al mismo tiempo, distintas revisiones de la literatura han planteado críticas metodológicas a los artículos que sustentan esas hipótesis

A partir de un análisis crítico de esos estudios se podría hipotetizar que los conflictos psicológicos que en ellos se describen, asociándolos causalmente con la infertilidad, pueden estar presentes en la historia de sujetos fértiles e infértiles, sin embargo, en algunas mujeres pueden adquirir particular significación. Esto se debería justamente a la presencia del problema reproductivo, que hace a la persona más vulnerable a los temas de la maternidad y a los efectos de conflictos intrapsíquicos en ese ámbito.

CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DE LA INFERTILIDAD.

Hacia fines de la década del 70, los estudios ponen mayor énfasis en describir e interpretar las consecuencias psicológicas de la infertilidad. Se profundiza en la descripción de la experiencia emocional de las personas que sufren esta condición. Los estudios psicológicos de parejas infértiles permiten observar que esta condición constituye una amenaza al proyecto de vida de las personas, altera su funcionamiento social, puede afectar la autoestima y, con frecuencia, afecta la vida sexual de la pareja. Estos estudios también ponen en evidencia la diversidad de respuestas psicológicas a la infertilidad.

Como respuesta a las preguntas formuladas se puede ver una evolución desde la concepción que algunos autores denominan "el modelo psicogénico" a una concepción denominada la "secuela psicológica". En este enfoque, las consecuencias psicológicas de la infertilidad derivan de la crisis vital que las dificultades para concebir o las pérdidas reproductivas a repetición desencadenan y de los duelos que ello implica.

Se ha profundizado en las relaciones entre infertilidad, reacción de duelo y depresión. Algunos estudios apoyan la noción del impacto de la infertilidad en el funcionamiento psicológico de las personas, demostrando que la incidencia de depresión entre las mujeres infértiles duplica la observada en la población femenina general. Lo mismo ocurre en otras condiciones médicas crónicas. Algunos estudios postulan que, en muchos casos, la depresión no puede ser considerada solamente una etapa en la evolución del duelo por la infertilidad, sino que constituye un trastorno en sí mismo, asociado a condiciones biológicas y psicológicas que es preciso tratar y que eventualmente estaría contribuyendo a la infertilidad. Esta precisión es posible hacerla en base al diagnóstico clínico y tiene importantes implicancias para enfocar el apoyo psicológico.

El estrés ha sido conceptualizado como un evento (circunstancia externa a la persona) o como una respuesta (perturbación de un estado de normalidad). Un tercer enfoque, aborda el estrés como el producto de una combinación de factores: el significado percibido de un evento y la percepción de los recursos personales de enfrentamiento de ese evento, al que se atribuye un determinado significado. Un mismo evento, entonces, puede tener distintos significados para distintas personas y puede resultar más o menos amenazante de acuerdo a dicho significado y a los recursos psicológicos que esa persona percibe en sí mismo para enfrentarlo.

Se han estudiado los estilos personales de afrontamiento del estrés, intentando discriminar aquellos que preservan la salud mental y aquellos que, por el contrario, la ponen en riesgo. Siendo la infertilidad un evento en general adverso y estresante, algunas personas pueden afrontar más adecuadamente los sentimientos que produce mientras para otros puede ser una experiencia devastadora, desencadenando trastornos emocionales o un marcado aislamiento social.

Tanto el estudio de Newton como otros estudios anteriores señalan que la experiencia de infertilidad es más estresante para las mujeres que para los

hombres. Al mismo tiempo, se observa el peso que tiene el diagnóstico respecto al nivel de estrés detectado en hombres y mujeres. Los estudios señalan que tanto hombres como mujeres perciben la infertilidad más estresante cuando se trata de un factor masculino. Probablemente, en estos casos se combinan varios factores: la infertilidad masculina tiene una connotación social más amenazante y estigmatizadora que afecta la autoestima del varón y a la vez, debido a su socialización, existe una mayor dificultad para expresar las emociones negativas que el diagnóstico produce. Por su parte, la mujer reacciona con una actitud protectora hacia su pareja, lo cual dificulta también en ella la expresión de sus emociones.

Los autores sugieren que el estrés en sí mismo es una respuesta normal. Es "saludable", sentir estrés frente a una situación estresante. El estilo personal de enfrentar o convivir con el estrés es lo que permite comprender por qué en algunos casos la salud mental se altera y en otros no. Se han descrito diferentes estilos o formas de reacción, caracterizadas por el predominio de un tipo de comportamiento. Por ejemplo, estilo activo, paliativo, regresivo y el estilo de expresión abierta de emociones negativas. Estudios realizados con mujeres sugieren que los estilos activos (buscar activamente información y revisar críticamente atribuciones o pensamientos erróneos sobre la infertilidad) y los que buscan formas paliativas respecto a la ansiedad (búsqueda permanente de diversas formas de alivio de las emociones negativas) resultan ser más protectores y se correlacionan negativamente con la presencia de depresión.

Respecto a la expresión abierta de emociones negativas, se ha observado en mujeres que este estilo no resulta protector cuando el diagnóstico es un factor femenino (las emociones son transformadas en culpa). Al contrario, este estilo sí resulta protector cuando se trata de un factor masculino, ya que opera como canalización de la rabia por la situación. Estos estudios muestran que los correlatos psicológicos de esta experiencia se revelan complejos y dinámicos, pues clínicamente se observa una y otra vez cómo, a lo largo del tiempo, la respuesta psicológica de una persona puede cambiar, producto de movilizar

activamente recursos psicológicos más apropiados, superando estados de intensa ansiedad o depresión o, por el contrario, reiterando modos de enfrentamiento ineficaces. Es decir, los mecanismos de enfrentamiento son susceptibles de variación producto del aprendizaje, dando lugar a una más sana convivencia con la situación.

1.9.-LA ANGUSTIA Y ANSIEDAD.

De la página de INTERNET www.wikipedia.org/wiki/angustia³⁵, nos establece Heidegger que hay para el "Dasein" (ser en sí mismo) una posibilidad permanente de encontrarse frente a la nada y descubrirla como fenómeno. Eso sería la angustia.

La forma en que nos cabría enfrentar la nada, la cura de ese no-ser es la angustia. La posibilidad de seguir existiendo frente a esa nada es lo que estaría dado por la angustia.

Decía Freud: "Pienso que la angustia se relaciona con el estado subjetivo abstraído de cualquier objeto, mientras que en el miedo la atención está dirigida precisamente hacia un objeto". En cambio, para Sastre, somos angustia, y el miedo sería un sentimiento en relación a los otros. La angustia para este filósofo francés sería más un sentimiento dirigido hacia uno mismo. Para Heidegger, en la angustia es donde sentimos el mundo en su mundaneidad, es decir, como algo externo.

Entre el miedo y la angustia habría una permanente comunicación, un transitar constante. Por ejemplo, ante un divorcio lo primero es experimentar dolor e ira, y posteriormente la angustia ante la soledad y la pérdida afectiva.

La angustia está generada por la libertad, en tanto que tenemos la capacidad electiva de hacer algo o de no hacerlo. Si no fuésemos libres, si estuviéramos totalmente pre-determinados, la angustia no existiría, a lo sumo experimentaríamos una cierta resignación. Y Sartre dice que existe una conciencia específica deliberada ese sentido, la angustia somos nosotros mismos. Cuando lo que hacemos es dejar de ser lo que nos propusimos ser, ello es lo que nos provoca angustia. Para este autor la angustia sería el reconocimiento de una posibilidad como "mi" posibilidad. Considera en este sentido como deterministas a aquellas corrientes filosóficas (y psicológicas) que suponen la existencia de un

³⁵ www.wikipedia.org/wiki/angustia

ente pre-determinado, sin conciencia de sí mismo y que por ende, al no ser libre actúa de ciertas maneras sin posibilidad de expresarse de forma diferente.

Mi angustia sería la angustia de permanecer con vida, porque habría de permanecer con vida en la medida en que hay otro que me está confirmando mi propia existencia. Entonces el riesgo que tiene ese intento es que por un lado la tengo que hacer (la confirmación por el otro) para poder estar vivo, pero al hacerlo corro el riesgo de la muerte y eso nos conduce a la angustia del ser, a la angustia existencial.

Sentimos **angustia** entonces por lo que viene y se manifiesta a través de nuestro ser y el **miedo** lo experimentamos por lo que viene de los otros, por aquello que proviene de fuera del ser, aquello que no es propio de la conciencia. Para que mi ser se angustie acerca de algo y/o de alguien sería menester que esté en relación con nuestro ser. Tenemos que buscar indagar en nosotros mismos acerca de cuales son los motivos que llevan a esa angustia en tanto que aquello que me angustia está en una íntima y única relación conmigo, con mi historia vital. El temor en cambio estaría más orientado en el sentido del accionar que un otro singular y/o plural pueda llegar a desencadenar hacia mi persona y/o hacia la de otros que reconozco como mis semejantes e inclusive hacerlo extensivo hacia otros seres que si bien no los reconozco como iguales, les confiero una trascendencia como sujetos.

ANGUSTIA Y VALORES.

De INTERNET³⁶ se obtuvo que "Mi libertad se angustia de ser el fundamento sin fundamento de los valores" (Sartre). Si soy mi libertad y continuamente estoy llevando a cabo distintas opciones existenciales, entonces no hay valores pre-establecidos. Si bien existe libertad para optar por determinados valores y estos van a variar según y en una misma persona, se van a caracterizar en el actuar, en el optar. Es en el actuar donde esos valores cobran sentido. ¿Y a qué valores nos

³⁶ www.ondasalud.com.mx

estamos refiriendo? A aquellos valores que adquieren significado en la medida en que el ser actúa, es decir, en la medida en que somos libres y optamos por ciertas expresiones de nuestro sí mismo, damos a luz a determinados valores cuya existencia estaría dada por nuestro accionar en el mundo.

"La angustia es pues la captación reflexiva de la libertad por ella misma" (Sartre)
En tanto que soy mi libertad es ella la que capta la angustia; pero salvo en el caso de ciertas condiciones patológicas, no encarnamos la angustia sino que la evitamos a través del uso de mecanismos defensivos

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (TAG)

El síntoma fundamental es la **ansiedad**, que es persistente en el tiempo (dura más de 6 meses) y generalizada, sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), no estando restringida a una situación en particular como en las fobias.

La ansiedad esta asociada muy frecuentemente a preocupaciones excesivas (llamada expectación aprensiva). Por ejemplo: miedo a que algún familiar cercano o la misma persona que sufre este trastorno puedan tener un accidente, enfermarse o morir. A la persona le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

La ansiedad y preocupación se asocian a 3 o más de los siguientes síntomas:

- Nerviosismo, inquietud o impaciencia.
- Fatigabilidad (cansancio) fácil.
- Dificultad para concentrarse o poner la mente en blanco.
- Irritabilidad.
- Tensión muscular, temblor, cefalea (dolor de cabeza), movimiento de las piernas e incapacidad para relajarse.
- Alteraciones del sueño: dificultad para conciliar o mantener el sueño o sensación al despertarse de sueño no reparador.

- Sudoración, palpitaciones o taquicardia, problemas gastrointestinales, sequedad de boca, mareos, hiperventilación (aumento del número de respiraciones por minuto)

La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan un malestar significativo o deterioro en las relaciones familiares, sociales, laborales o de otras áreas importantes de la actividad de la persona.

Es importante descartar que estos síntomas no sean debidos a la ingesta de algún tipo de sustancia ansiogénica: cafeína, anfetaminas o a una enfermedad médica (hipertiroidismo por ej.).

El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) es mucho más de lo que una persona normal con ansiedad experimenta en su vida diaria. Son preocupación y tensión crónicas aún cuando nada parece provocarlas. El padecer de este trastorno significa anticipar siempre un desastre, frecuentemente preocupándose excesivamente por la salud, el dinero, la familia o el trabajo. Sin embargo, a veces, la raíz de la preocupación es difícil de localizar. El simple hecho de pensar en pasar el día provoca ansiedad.

La ansiedad es un mecanismo adaptativo natural que nos permite ponernos alerta ante sucesos comprometidos. En realidad, un cierto grado de ansiedad proporciona un componente adecuado de precaución en situaciones especialmente peligrosas. Una ansiedad moderada puede ayudarnos a mantenernos concentrados y afrontar los retos que tenemos por delante.

Una ansiedad moderada puede ayudarnos a mantenernos concentrados y afrontar los retos que tenemos por delante.

En ocasiones, sin embargo, el sistema de respuesta a la ansiedad se ve desbordado y funciona incorrectamente. Más concretamente, la ansiedad es desproporcionada con la situación e incluso, a veces, se presenta en ausencia de cualquier peligro ostensible. El sujeto se siente paralizado con un sentimiento de

indefensión y, en general, se produce un deterioro del funcionamiento psicosocial y fisiológico. Se dice que cuando la ansiedad se presenta en momentos inadecuados o es tan intensa y duradera que interfiere con las actividades normales de la persona, entonces se la considera como un trastorno.

Tipos de trastornos de ansiedad.

Existen diferentes tipos de trastornos de ansiedad, cada uno con sus propias características:

Trastorno de ansiedad generalizada: se trata de una tensión crónica aún cuando nada parece provocarla. Esta preocupación o nerviosismo excesivo es casi diario y se diagnostica como tal cuando tiene una duración mínima de seis meses.

Trastorno de pánico (o ataque de angustia): el paciente experimenta crisis recurrentes de angustia que surgen espontáneamente. Se trata de una ansiedad aguda y extrema en la que es frecuente que la persona que la padece crea que va a morir. Estos ataques repentinos de miedo intenso no tienen una causa directa. En ocasiones, los pacientes que sufren este trastorno desarrollan angustia a experimentar el próximo ataque, cuya ocurrencia no pueden prever, es la llamada ansiedad anticipatoria.

Trastorno fóbico: trastorno que tiene como rasgo esencial la presencia de un temor irracional y persistente ante un objeto específico, actividad o situación con la consecuente evitación del objeto temido. Por ejemplo, el miedo a volar, a los pájaros o a los espacios abiertos.

Trastorno obsesivo-compulsivo: se trata de pensamientos o acciones no voluntarios que el paciente no puede dejar de pensar o hacer para no generar ansiedad. En todo caso, el sujeto reconoce el carácter absurdo de sus pensamientos o acciones. Por ejemplo: lavarse las manos cada poco rato.

Trastorno por estrés post-traumático: se da en aquellos casos en los que se presentan secuelas psicológicas desagradables tras el impacto de un trauma emocional, una guerra, una violación, etc. Se caracteriza por los recuerdos persistentes del suceso traumático, un estado emocional con exaltada vigilancia y la reducción general de interés por los sucesos cotidianos.

Frecuencia de la enfermedad.

Los trastornos por ansiedad son, en conjunto, la enfermedad psiquiátrica más frecuente.

Entre ellos destaca el trastorno fóbico: alrededor de un 7 por ciento de mujeres y un 4,3 por ciento de hombres padecen fobias específicas (a algún animal, a un objeto, a la oscuridad, etc.), mientras que las llamadas fobias sociales (la aptitud de una persona para relacionarse de un modo afable con los demás) se hallan en un 13 por ciento de la población.

La ansiedad generalizada se da en un porcentaje del 3 al 5 por ciento de los adultos (en algún momento durante el año). Las mujeres tienen el doble de probabilidades de presentarla.

El trastorno de pánico es menos frecuente y se diagnostica a algo menos de un 1 por ciento de la población. Las mujeres son de dos a tres veces más propensas.

El trastorno obsesivo-compulsivo afecta a cerca del 2,3 por ciento de los adultos y sucede con aproximadamente igual frecuencia en mujeres que en hombres.

El estrés post-traumático afecta, por lo menos, al 1 por ciento de la población alguna vez durante su vida, aunque en las personas con mayor riesgo, como los veteranos de guerra, tiene una mayor incidencia.

1.10.-MIEDO Y TEMOR.

De la página de Internet www.ondasalud.com.mx³⁷, encontramos que el miedo es la forma más común de organización del cerebro primario de los seres vivos. Se trata de un esquema orgánico de supervivencia. No es, en principio, nada anormal sino más bien lo normal en un ser que tiene que adaptarse al medio en el que vive.

El miedo resulta algo normal. Algo que hace para el ser vivo una herramienta de autoprotección dado que todo su mundo le es hostil desde que nace.

El miedo es bueno en el sentido de adaptación al medio en que se vive.

Miedo a los acontecimientos, miedo a uno mismo, miedo al padre, a la madre, a la autoridad, al trabajo, a la vida en general, son miedos que pueden catalogarse como normales siempre y cuando no interrumpan o coarten la actividad genérica de la persona.

El miedo es tratado en muchos artículos de psicología y psiquiatría. como La opinión más generalizada es que el miedo está dentro de la mente del individuo y, rara vez, se corresponde con alguna realidad concreta sino más bien con un pre-acontecimiento de lo que puede llegar a ser algo, un acontecimiento, una supuesta realidad, un deseo, una ansiedad

EL MIEDO Y OTROS CONCEPTOS RELACIONADOS.

El concepto de miedo es definido de la siguiente forma en el *Diccionario de la Real Academia de la Lengua* (s/v): " (Del latín *metus*) Perturbación angustiosa del ánimo por un riesgo o daño real o imaginario. Recelo o aprensión que uno tiene de que le suceda una cosa contraria a lo que desea. El grande o excesivo. Insuperable. El que, imponiéndose a la voluntad de uno, con amenaza de un mal

³⁷ www.ondasalud.com.mx

igual o mayor, le impulsa a ejecutar un delito; es circunstancia eximente de responsabilidad criminal".

Partiendo de esta definición, de la cual podemos extraer que el miedo modifica nuestra forma de estar sobremanera, ya sea por algo interior o exterior, real o ficcional, acudimos al *Diccionario Oxford de la Mente*, el cual argumenta que las causas principales del miedo serían la exposición a una estimulación traumática, la exposición repetida a una exposición subtraumática (sensibilización), la observación directa o indirecta de personas que muestran miedo y la recepción de información que lo provoca.

Habría cuatro componentes básicos de los que consta el miedo: la experiencia subjetiva de temor, los cambios fisiológicos, las expresiones directamente observables de miedo y los intentos de evitar ciertas situaciones o escapar de ellas.

Por otro lado, decimos que el miedo que hace referencia al peligro real de una forma más o menos específica, pero desproporcionada, es una fobia. Las personas fóbicas se dividen en aquellos que responden con un miedo extraordinariamente intenso a una situación específica, y los que manifiestan un miedo extraordinariamente intenso en numerosas situaciones que a menudo son difíciles de especificar. Cuando una persona está muy asustada de algo que no produce especial miedo a los demás, es porque el objeto o la situación en cuestión ha quedado asociado en su mente con algún temor infantil; también se da el caso de que el objeto o la situación temidos se han convertido en el símbolo de algo temido inconscientemente.

Por otra parte, debemos hacer alusión al término terror, que sería el miedo específico a que ocurra algún acontecimiento o acción nefastos. Lo distinguimos del horror, ya que este implica algo repugnante y negativo, mientras que el terror, no. Se encuentra en la categoría de respuestas instintivas que los seres humanos comparten con la mayoría de los animales y el miedo a la violencia infligida al cuerpo se encuentra en la base del proceso de terror. Debemos destacar que la

mayor parte de los seres humanos parecen disfrutar de la sensación de terror en condiciones no extremas, y uno de los ejemplos más cercanos son las películas de miedo, las cuales son objeto de nuestro estudio.

1.11.-EL DUELO

De la página de INTERNET [.www.duelodevizcaya.org.com.mx](http://www.duelodevizcaya.org.com.mx)³⁸, encontramos que el Duelo, del latín dolus = dolor.

Existen distintas definiciones de duelo según los diferentes autores:

- Reacciones natural ante la pérdida de una persona, objeto o evento significativo.
- Sentimiento subjetivo que provoca la muerte de un ser querido.
- Sentimiento de dolor que nos provoca una pérdida de una persona querida o significativa.
- Reacción adaptativa normal ante la pérdida de un ser querido.
- El único desorden psiquiátrico funcional con una causa conocida, características distintivas y un curso normalmente predecible.

Pero lo que todas las definiciones tienen en común es que el duelo incluye componentes físicos, psicológicos y sociales con duración e intensidad proporcionales al significado y dimensión de dicha pérdida.

El duelo se considera un proceso normal, en el cual, por lo general, no es necesario el uso de fármacos, ni de intervenciones psicológicas para su resolución, además es universal, al igual que la muerte.

Es necesario para poder seguir viviendo, para separarse de la persona perdida conservando distintos lazos con ella. Intentar escapar de él puede dar lugar a complicaciones, a veces graves. El proceso de trabajo de duelo es siempre necesario y su bloqueo puede dar lugar a dificultades importantes.

³⁸ [.www.duelodevizcaya.org.com.mx](http://www.duelodevizcaya.org.com.mx)

Hay que darse cuenta que el duelo es siempre penoso y doloroso, y ante el dolor de una pérdida, entramos, queramos o no, en un proceso de elaboración de duelo que acaba en una resolución normal o patológica.

CARACTERÍSTICAS DEL DUELO

1. Proceso único e irreplicable, dinámico, cambiante y variable de individuo a individuo, entre familias, culturas, sociedades.
2. Se relaciona con la aparición de alteraciones de salud:
3. Riesgo de depresión.
4. Riesgo de ansiedad generalizada o crisis de angustia durante el primer año.
5. Aumento de la ingesta o abuso del alcohol y fármacos.
6. Duelo patológico: 10 a 34% de los casos.
7. Aumenta el riesgo de muerte por suicidio y patologías cardíacas: según algunos estudios los viudos tienen un 50% más de probabilidades de morir prematuramente durante el primer año, después de la pérdida.
8. Aumento de apoyo sanitario, incremento de consumo de recursos por parte de las personas en duelo, así como el aumento de las consultas en atención primaria (viudas un 63% en los seis primeros meses, en los viudos este porcentaje se multiplica por cuatro en los 20 primeros meses).

ETAPAS O FASES DEL DUELO

I. DUELO ANTICIPADO: Se caracteriza por un shock inicial ante un diagnóstico y negación de la muerte próxima, con ansiedad y miedo, dejando profundas huellas en la memoria.

II. DUELO AGUDO: el momento de la muerte y siguientes momentos. Es un tiempo de catástrofe psicológica. A veces aparecen vértigos, náuseas u otras alteraciones neurofisiológicas como temblor, alteración del ritmo cardíaco. Esta fase se caracteriza por:

- Sensibilidad anestesiada, a nivel afectivo.
- El intelecto está paralizado, inhibido, a nivel intelectual.
- Sentimientos embotados, a nivel fisiológico.

Se trata de un sistema primario de defensa, activándose inconscientemente un bloqueo de sus facultades de información, receptoras y emisoras: no envía ni recibe ningún mensaje. Este estado es a la vez físico y psíquico.

El shock es muy violento en caso de muerte súbita y más moderado si la muerte es esperada. Esta fase suele ser de muy corta duración, normalmente dura desde el anuncio de la muerte hasta la terminación de los ritos fúnebres.

III. DUELO TEMPRANO: se caracteriza por la negación, por estallidos de rabia y de momentos de dolor intenso, profundo sufrimiento y llanto. Suele durar desde semanas hasta tres meses después de la muerte.

IV. DUELO INTERMEDIO O ETAPA CENTRAL: No se tiene la protección de la negación del principio, ni el alivio del paso de los años.

Es un periodo de tormenta emocional y vivencias contradictorias, de búsqueda, de culpa y auto reproches, donde continúan los momentos de dolor intenso y llanto, se reinicia la vida cotidiana, donde se comienza a percibir progresivamente la realidad de la muerte, también es un tiempo de soledad, aislamiento y pensamientos obsesivos. Se caracteriza por la instauración, más o menos rápida, de una auténtica depresión. Más tarde los periodos de normalidad son cada vez mayores y se intenta reanudar la actividad social sin experimentar sentimientos de culpa. Los recuerdos son cada vez menos dolorosos y se asume el seguir viviendo. Esta etapa dura entre meses y años, normalmente entre 1 y 2 años.

V. ETAPA FINAL O PERIODO DE RESTABLECIMIENTO: El sujeto ya es capaz de volver a sentir nuevos deseos. Este periodo se manifiesta por el desarrollo de

nuevas relaciones sociales, se separa de los objetos del fallecido, acepta salir y ver progresivamente a parientes y amigos y a establece nuevas relaciones.

El estado depresivo desaparece, el dolor y la pena van disminuyendo, el sujeto experimenta un alivio. El proceso de duelo se detiene.

FACTORES DE RIESGO QUE PROVOCAN UNA MALA EVOLUCIÓN DEL DUELO

Al duelo se asocian una serie de circunstancias que son factores o predictoras de riesgo:

- Causa y entorno de la muerte.- Personalidad y recursos psicoemocionales del doliente.
- Ambiente sociofamiliar y el tipo de relación con el fallecido.
- Muertes repentinas o inesperadas, circunstancias traumáticas (suicidio, asesinato).
- Pérdidas múltiples, pérdidas inciertas (no aparece el cadáver).
- Muerte de un niño, un adolescente.
- Doliente en edades tempranas o avanzadas en la vida.
- Muerte tras una larga agonía y enfermedad terminal.
- Doliente demasiado dependiente.
- Historia previa de duelos difíciles, depresiones u otras enfermedades mentales.
- Problemas económicos, escasos recursos personales y de trabajo, aficiones...
- Poco apoyo sociofamiliar real o sentido.

CRITERIOS DE DUELO COMPLICADO:

CRITERIO A:

- I. Haberse producido la muerte de alguien significativo para esa persona.
- II. Estrés por la separación del ser querido que conlleva la muerte.

Por lo menos, debe presentar 3 de los 4 síntomas siguientes:

- Pensamientos intensos, que entran en la mente sin control, acerca del fallecido.
- Añoranza, recordar con pena su ausencia, del fallecido.
- Búsqueda, aún sabiendo que está muerto, del fallecido.
- Soledad como resultado el fallecimiento.

• CRITERIO B:

Estrés por el trauma psicológico que supone la muerte. Debe presentar, por lo menos, cada día o en grado acusado, 4 de los 8 síntomas siguientes:

- Falta de metas y/o sentimientos de inutilidad con respecto al futuro.
- Sensación subjetiva de frialdad, indiferencia y/o ausencia de respuesta emocional.
- Dificultades en aceptar la muerte.
- Sentir la vida vacía y/o sin sentido.
- Sentir que se ha muerto una parte de sí mismo.
- Tener hecho pedazos el modo de ver y entender el mundo.
- Asumir síntomas y/o conductas perjudiciales del fallecido o relacionadas con él.
- Irritabilidad, amargura y/o enfadado en relación a la muerte.

• CRITERIO C:

Duración del trastorno (síntomas anteriormente citados), de al menos 6 meses.

• CRITERIO D:

El trastorno causa un importante deterioro en la vida social, laboras u otras actividades significativas de la persona en duelo.

CUADRO CLÍNICO DEL DUELO

- Bajo estado de ánimo.
- Sentimientos de culpa.
- Ideas de muerte.
- Anorexia.
- Pérdida de peso.
- Insomnio.
- Abandono de las actividades socio-laborares.

DUELO PATOLÓGICO

Cuando fracasa el proceso de adaptación para hacer frente a una pérdida irremediable aparece el duelo patológico, el cual es imprevisible en cuanto a duración, secuelas y consecuencias. Puede darse desde un alargamiento en el tiempo de resolución o una intensificación en la respuesta adaptativa (duelo complicado no resuelto) hasta la aparición de cuadros psiquiátricos complejos (duelo psiquiátrico).

MANIFESTACIONES DEL DUELO PATOLÓGICO:

- Reacción de duelo tardía tras negación prolongada.
- Hiperactividad sin sentimiento de pérdida.
- Síntomas delirantes hipocondríacos, es decir, el doliente se cree que tiene la misma enfermedad del fallecido.

- Ideas delirantes paranoicas de culpa por las cosas más que por las acciones.
- Inhibición psicomotora acusada.
- Alucinaciones diferentes a la voz e imagen del fallecido.
- Patología psicosomática con deterioro funcional acusado y prolongado.
- Comportamientos autodestructivos.
- Pérdida persistente de relaciones sociales.
- Depresión severa con síntomas de agitación.

Cuando se dan este tipo de manifestaciones podemos pensar en la existencia de un trastorno depresivo serio.

El duelo patológico es más intenso en el caso de una personalidad alterada, con la sorpresa que provoca la pérdida que lo genera, con la edad del fallecido y con la situación familiar y económica que puede originar. El problema surge cuando la elaboración mental por la pérdida no es adecuada y provoca un cuadro patológico o agrava otro previo. El duelo patológico puede ser un aumento de la respuesta psicológica o retraso del tiempo de resolución; podemos hablar de trastorno del duelo, o además ir acompañado de un verdadero trastorno psiquiátrico. Existen autores que consideran que casi todos los trastornos mentales pueden encontrarse como manifestación del duelo patológico, en personas que no habían sufrido ninguna patología psiquiátrica previa.

ASPECTOS TERAPÉUTICOS PARA UNA EVOLUCIÓN SALUDABLE DEL DUELO

1. Concederse tiempo y espacio para ayudar a recomponer los pensamientos.
2. Permitir la expresión del dolor y la aflicción ante la pérdida.

3. La existencia de las vivencias depresivas en esta época no encierran ningún peligro, sino que más bien puede ayudar a conectarlos con las emociones.
4. Reconocer los propios recursos y los límites de sus capacidades, entendiendo que durante un tiempo prolongado puede haber mucha vulnerabilidad.
5. Los ritos que la familia proponga en beneficio de la persona fallecida: funerales, luto, etc., son beneficiosos.
6. Favorecer la toma de conciencia y de sentimientos de culpa reprimidos, si los hubiera.
7. No precipitarse en la toma de decisiones.
8. Estructurar su tiempo: actividad, descanso, etc.
9. Búsqueda de recursos de la comunidad que estén a su alcance y que sean acordes con sus necesidades.
10. Aceptación de nuevos apegos.

1.12.-ALTERACIÓN DEL DESCANSO Y SUEÑO.

PAG: www.ondasalud.com.mx

El sueño es una necesidad fisiológica básica que se define como un estado de inconsciencia, del cual despierta la persona con estímulos sensoriales u otros.

El descanso y el sueño son aspectos fundamentales para mantener la salud. El gasto de energía que consumimos durante el día, se repone en parte durante el sueño y esto permite un funcionamiento óptimo del organismo.

El sueño se puede ver alterado por diversos factores; partiendo de la definición de la alteración del patrón del sueño (NANDA, 1995) (1, 4, 8), como la alteración del patrón sueño que causa malestar o interfiere en el estilo de vida deseado, se consideran como factores que parecen mostrar algún tipo de relación con este problema las alteraciones sensoriales:

El patrón normal de sueño se ve alterado por el ingreso en un hospital que en general no va a proporcionar el descanso necesario y constituye una alteración que repercute en la terapéutica del paciente. Cuando consideramos todos los factores tanto internos (enfermedad) como externos (ruidos, luces, compañeros de habitación...) que repercuten negativamente sobre el descanso y sueño del paciente hospitalizado, es sorprendente comprobar cómo algunos pueden dormir a pesar de todo. El profesional de Enfermería debe minimizar dichos factores para que los pacientes no modifiquen su patrón de sueño habitual y de esta manera facilitarles el descanso nocturno. Para poder llegar a conocer los factores que repercuten negativamente en el sueño y el descanso en los pacientes que ingresan al hospital y así poder minimizarlos brindando una atención de calidad y confort.

¿QUÉ ES EL SUEÑO?

Ya estamos hablando de sueño y de dormir y no hemos dado una definición del mismo. El sueño podemos definirlo como un impulso y a su vez como una sensación misteriosa y maravillosa.

El sueño es un proceso, un ciclo de nuestra vida al que debemos dedicar tiempo.

Este ciclo de sueño, en un adulto normal sano debemos dedicarle unas 6 u 8 horas diarias.

El sueño proporciona descanso y este descanso por la noche es fundamental para la recuperación de energía.

Una noche de dormir típico no es un periodo durante el cual se ha dormido de forma continuada y uniforme, sino que se compone de cuatro o cinco ciclos, cada uno de los cuales dura entre 90 y 120 minutos.

Cada uno de estos ciclos se compone de 2 fases:

1.-FASE REM: Se trata de un sueño mental. El cerebro desarrolla una gran actividad durante esta fase. Aparece al final de cada ciclo y tiene una duración de 30 minutos. En esta fase perdemos el control de la temperatura corporal y los latidos del corazón y la respiración adquieren un ritmo más rápido.

2.-FASE NO REM: En esta fase el sueño es tranquilo. El nivel de actividad del cerebro es mínimo. El cuerpo se queda inmóvil y pierde calor. Ocupa el 80% del sueño total. Es un sueño más profundo y más reparador.

POR QUÉ NECESITAMOS UN SUEÑO MEJOR

Hay personas que con un incidente diario ya no logran conciliar el sueño o dormir de manera satisfactoria a lo largo de la noche. Sin embargo, hay otras personas que con el mismo suceso, logran conciliar el sueño aunque luego durante el día se

vean dominadas por una sensación de inseguridad, somnolencia y malestar, esto quiere decir que hemos dormido mal.

Debemos recordar que la forma en que nos sintamos mañana dependerá de cómo hayamos dormido hoy. Si es que no logramos dormir de manera satisfactoria este se debe a que padecemos distintas alteraciones del sueño:

Las alteraciones del sueño son muchas y diversas, aunque solo nos vamos a detener en las dos más comunes y más padecidas por la población: el insomnio y los problemas respiratorios (ronquidos y apneas).

Las otras alteraciones, aunque sean menos comunes es necesario conocerlas. Estas son:

MOVIMIENTO PERIÓDICO DE EXTREMIDADES:

Se caracteriza por las torsiones o contracciones de las extremidades (generalmente de las piernas) que hacen su aparición a lo largo de la noche. Producen interrupciones en el sueño.

LAS ALTERACIONES DEL SUEÑO

Si no se duerme bien es porque se producen distintas alteraciones del sueño.

Las alteraciones del sueño son muchas y diversas pero vamos a tratar las dos más comunes entre la población en general.

1-INSOMNIO: Es el problema más común por lo que a dormir se refiere y afecta a 1/3 de la población.

El insomnio es la dificultad para quedarse dormido o mantenerse permanentemente despiertos y no poder conciliar el sueño.

Resulta difícil generalizar sobre el insomnio ya que tiene carácter de síntoma y por tal motivo son muchas las CAUSAS que lo provocan:

-DOLOR

- MALESTAR GENERAL
- STRESS
- ANSIEDAD
- HÁBITOS INADECUADOS
- VIDA NO SALUDABLE

2-PROBLEMAS RESPIRATORIOS: Un 10% de los hombres y un 5% de las mujeres, sufren mientras duermen, importantes problemas respiratorios, los cuales van desde unos ronquidos sin importancia hasta unas pausas completas en la respiración denominadas apneas.

Con el tiempo los problemas respiratorios conducen a:

- 1-Somnolencia indeseada cuando permanecemos despiertos.
- 2-Problemas de salud como por ejemplo elevada tensión arterial o ataques cardiacos.

¿POR QUÉ SE HACE DIFÍCIL RESPIRAR MIENTRAS DORMIMOS?

Hay más de una razón:

- congestión nasal
- amígdalas prominentes
- edad
- cansancio
- consumo de bebidas alcohólicas
- obesidad
- dormir boca arriba.

Un colchón de dureza intermedia, una almohada adaptada a tu cuerpo y un edredón a prueba de ácaros son elementos que no debes pasar por alto en el momento de preparar el lugar donde reposan todos tus sueños. Cuando te metas en la cama procura también que tu pijama sea ligero y sin costuras. Éstas son sólo algunas de las claves que te ofrecemos a continuación para que tu descanso sea óptimo.

Probablemente no haya un placer mayor que meterse en la cama, envolverse en las sábanas y abandonarse a unas cuantas horas de sueño. Y es que de la calidad de este mueble dependerá el que descansemos de manera adecuada y nos levantemos sin ningún tipo de dolor. Además, un estudio realizado por la Fundación Kovacs, especialistas en los problemas de espalda, asegura que la dureza del colchón debe ser intermedia. Junto con el colchón, el somier, la almohada y la ropa de cama condicionan nuestro descanso.

- El colchón: Tiene que tener la firmeza suficiente para adaptarse a la presión del cuerpo. Puede ser de muelles, de espuma y de látex. Los primeros presentan distintos grados de firmeza, según el refuerzo de los muelles. Su elasticidad es muy buena y duran entre los 10 y los 12 años. Los más conocidos son los de poliuretano, mientras que los de espuma viscoelástica se recomiendan para las personas que deben estar mucho tiempo en la cama. Los de látex son más caros y duraderos, además de adaptarse a los movimientos que se hacen al dormir. Duran entre 15 y 18 años.
- La ropa de cama: Edredones, nórdicos, mantas y sábanas conforman una amplia gama de tejidos que nos proporciona el tacto y la comodidad deseadas. Los materiales naturales son los que más transpiran pero también hay tejidos mixtos –confeccionados con materiales sintéticos– de calidad. Procura evitar los materiales poco transpirables ya que conducen a un calentamiento incómodo.
- La almohada: Hay que escoger la que más se adapte a tu cabeza y cuello. Por ejemplo, si acostumbras a dormir de lado, debe ser alta y dura. Si duermes en pareja, lo ideal es que cada uno tenga la suya. Las hay de plumas, látex y fibras de poliéster.
- Los pijamas: Las prendas deben ser ligeras, no demasiado amplias y preferiblemente sin botones ni gomas que aprieten. Los expertos desechan la lana como material para confeccionar los pijamas.

- El somier: Una buena base ofrece una mayor adaptabilidad a las formas y al peso corporal. Por este motivo, el somier más indicado es el de madera. Los hay articulados, indicados para personas con mala circulación en las piernas, y abatibles, en los que se pueden guardar cosas.

El equipo de descanso, inversión en salud

José Manuel Nogueiras. ASOCAMA (Asociación Española de Fabricantes de Cama)

Todos conocemos los beneficios de una buena noche de sueño. Un descanso correcto aumenta nuestra calidad de vida, en consecuencia, es importante saber lo que se puede hacer para mejorarlo. Cada persona tiene sus propias necesidades, siendo preciso un entorno, una conducta y un equipo de descanso adaptados a sus peculiaridades. El dormitorio debe mantenerse a una temperatura templada (entre los 18 y 22 grados) para evitar sensaciones de frío o calor durante el sueño, además es recomendable mantener la habitación correctamente ventilada y guardar horarios regulares de acostarse y levantarse. La cama debe adaptarse a nuestras necesidades a través de dos aspectos, la sustentación y el confort. La correcta sujeción garantiza que nuestra columna vertebral descansa adecuadamente. Por otro lado el colchón debe adaptarse de forma confortable a nuestro cuerpo, sin generar puntos de presión que nos hagan cambiar constantemente de postura.

1.13.-ACCIONES DE ENFERMERÍA SEGÚN LOS NIVELES DE PREVENCIÓN.

FACTORES DEL AGENTE:

- Mecánicos: Dispositivos intrauterinos.
- Congénitos: Malformaciones Tubáricas.
- Quirúrgicos: Adherencias y Cirugías.
- Infecciones: Salpingitis.

FACTORES DEL HÚESPED:

- ❖ Sexo: Femenino..
- ❖ Edad: Toda aquella compatible con el embarazo, aunque aumenta la incidencia entre la tercera y cuarta década de la vida.
- ❖ Malos Hábitos Higiénicos.
- ❖ Multipariedad.
- ❖ Interrupciones del embarazo.
- ❖ Esterilidad: primaria o secundaria.

FACTORES DEL AMBIENTE:

- Nivel Socioeconómico bajo (proletariado).
- Hacinamiento.
- Promiscuidad sexual.

PERÍODO PREPATOGENICO:

Prevención Primaria:

Promoción a la salud: La promoción a la salud, es un aspecto importante dentro del campo de enfermería, y más aún en un país en desarrollo como el nuestro, ya que se hacen necesarias las campañas de alfabetización a la población, porque con ella se mejoran aspectos educacionales, para dar un mejor nivel de vida, pues la información y la educación, con relación a la salud, serán mejor comprendidas

por la población, además de llevar ciertas reglas en mejoramiento del desarrollo biopsicosocial.

Por otra parte, cabe señalar que dentro de este estudio de educación sexual se debe impartir a la población mexicana para que en el momento que surja un contratiempo, la pareja acuda con personas capacitadas y reciba la orientación o el tratamiento necesario, evitando con ello complicaciones posteriores que pongan en peligro la felicidad conyugal, o bien la vida de algún miembro de la pareja, dando lugar quizá a una enfermedad irreversible.

Es conveniente que la población tenga información acerca de la planificación familiar y decida tener los hijos a quienes pueda mantener, educar y brindar cariño; con base en ello se evitarían muchos de los problemas sociales que se viven actualmente. El hecho de que la población maneje la información respecto a la planificación familiar, nos conduce hacia una mejor sociedad, libre de hijos no deseados y de los problemas que ellos pudieran originar.

Es conveniente mejorar en todos los aspectos el nivel de vida de nuestro país, y una de las bases para lograrlo es la prevención primaria.

PROTECCIÓN ESPECÍFICA:

- a) Examen Médico Periódico: Es conveniente para prevenir algunas enfermedades y evitar pasar a un grado de riesgo (segundo o tercer nivel que no sólo le cuesta más al país, sino que también le afectan al individuo).
- b) Control Prenatal: Es importante o necesario llevar un control del embarazo, para prevenir algunas enfermedades, es decir, detectarlas a tiempo y evitar riesgos mayores para la madre o el producto.
- c) Detección y Control de enfermedades sexuales transmisibles.
- d) Educación higiénica-dietética, mejorando con ello la salud de la población.

PERÍODO PATOGÉNICO:

Prevención Secundaria:

Diagnóstico Temprano:

- a) Historia Clínica Completa: Dentro del embarazo ectópico son importantes todos los datos que se reportan en la historia clínica, pues ayudan para determinar el diagnóstico temprano y al tratamiento a corto plazo.
- b) Examen Físico Completo: Que enriquecerá la historia clínica médica y de enfermería. Con base en lo cual se diseñará un plan de acciones de enfermería para su pronto restablecimiento.
- c) Determinación de biometría hemática, grupo sanguíneo, Rh, tiempo de protombina, tiempo parcial de trombo plastina. Se hace necesario en todos los pacientes, más aún, en aquellos que presentan sangrado activo, choque, hipovolémico, como en el caso de un embarazo ectópico roto, lo que nos ayudará a mantener en buenas condiciones el organismo humano y su pronta recuperación.
- d) Examen de laboratorio; para detectar las posibles anomalías que presenta el paciente y señalan la pauta a seguir.
- e) Reacciones inmunológicas y radioinmunológicas del embarazo para detectar problemas y dar un tratamiento oportuno.
- f) La ultrasonografía es necesaria para diagnosticar el lugar y el desarrollo de un embarazo ectópico.
- g) Culdocéntesis, necesaria para diagnosticar el embarazo ectópico roto, si existe sangrado en cavidad retroperitoneal que aparte de la irritación peritoneal desencadena un choque poniendo en peligro la vida de la paciente, y que requiere medidas quirúrgicas de inmediato.
- h) Revisión bajo anestesia general: Se hace necesaria, ya que la exploración vaginal es sumamente dolorosa, llegando incluso a pérdida de la conciencia.

En lo referente a la histerosalpingografía, esta contraindicada, ya que el mismo medio de contraste al pasar hace presión rompiendo la pared de la trompa que

contiene el embarazo ectópico, lo que origina hemorragia, dolor intenso y pone en peligro la vida de la paciente.

TRATAMIENTO OPORTUNO:

1.- Cirugía: Por lo general, cuando se presenta un embarazo ectópico roto, existe hemorragia peritoneal, es necesaria la laparotomía exploratoria generalmente se realiza salpingectomía y salpingoclasia del otro lado, por que cabe la posibilidad de que se vuelva a presentar otro embarazo ectópico.

2.-Posteriormente es necesaria una completa vigilancia, realizada por el personal de enfermería; detectar algún desajuste hemodinámico, vigilar su nivel de conciencia, corroborar los signos vitales, vigilar herida quirúrgica y un posible sangrado, proporcionar un tratamiento farmacológico o médico según se requiera.

3.-Tratamiento Dietético: Dieta hiperprotéica para su pronto restablecimiento y proceso de cicatrización.

Prevención Terciaria:

Limitación de Daño:

- 1) Cirugía: Generalmente es necesario realizar salpingoclasia bilateral, más aún si la paciente tiene hijos, para disminuir el riesgo de un nuevo embarazo extrauterino; en ocasiones se llega a realizar histerectomía, algo para lo que la paciente no esta preparada, repercutiendo posteriormente en el aspecto psicológico.
- 2) Tratamiento Medico de sostén.
- 3) Psicoterapia: Después de una intervención quirúrgica por un embarazo extrauterino, es conveniente dar apoyo psicológico la paciente, observar y detectar su estado de ánimo, recordar que en ocasiones se tiene el

sentimiento de inutilidad, de vacío, de falta de estética (principalmente en las mujeres jóvenes), sentimiento de culpa debido a que si se realizó salpingoclasia no se podrá volver a embarazar, en el caso contrario, que probablemente el siguiente embarazo sea heterotópico y ponga en peligro su vida. Debemos recordar que el hecho de estar hospitalizado la aleja de su familia, amigos, su hogar y sus obligaciones, ya que también repercute su situación económica, sus planes, lo que puede originar cambios en su estado de ánimo, originando un estado depresivo, de angustia e incluso agresividad.

- 4) Tratamiento Dietético: Para el pronto restablecimiento es necesaria una dieta balanceada, que indudablemente ayuda en el proceso de cicatrización de la herida quirúrgica y al restablecimiento físico y emocional de la paciente.

REHABILITACIÓN:

Dar orientación y ayudar en la readaptación física, emocional y familiar a las pacientes con salpingoclasia e histerectomía. Las pacientes, cuando regresan a su comunidad, deben adaptarse a su anterior rutina, con ciertos cuidados que posteriormente ya no serán necesarios; la adaptación dependerá del apoyo psicológico que le brinde la pareja y su familia, y comunidad y a ella misma.

CAPÍTULO II.-VALORACIÓN.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE: M.H.A.P. EDAD: 24 años SEXO: Femenino

FECHA DE NACIMIENTO: 25-04-1980 ESTADO CIVIL: Casada OCUPACION:
Hogar

ESCOLARIDAD: Licenciatura.. DOMICILIO: Calle Segunda Norte No 9 COL:

Isidro Fabela DEL: Tlalpan TEL: 55283813 Lugar de Procedencia: DF

Fecha de ingreso al Hospital: 19 de Marzo 2005. Servicio: Consulta externa de
Ginecología.(Clínica los Arcos) Num. de Cama:

PERFIL DEL PACIENTE.

Ambiente Físico.

-Habitación:

Tenencia: Propia (X) Alquilada ()

Tipo: Sola (X) Depto () Vecindad ()

Pisos: Concreto (X) Tierra () Mixto ()

Muros: Tabique (X) Madera () Cartón ()

Techo: Concreto (X) Lámina ()

Recámaras: Sola () Dos (X) Mas de tres ()

Cocina: Separada (X) No separada ()

Sanitario: Familiar (X) Colectivo () Ingles () Letrina () Aire
Libre ()

Higiene: Buena (X) Regular () Mala ()

-SERVICIOS SANITARIOS:

Agua intradomiciliaria (X) Extradomiciliaria ()

Drenaje Si (X) No ()

Eliminación de basura: Camión recolector (X) Quemada () Otros ()

Pavimentación: Si (X) No ()

Fauna: Aves () Gatos () Perros () Otros ()

-Medios de Transporte: Camión () Colectivo (X) Metro (X) Propio ()
Otros ()

-Recursos para la salud: Clínica (X) Centro de salud () Hospital (X)
Hospital Privado (X) Otro ()

-Hábitos Higiénicos.

-Aseo parcial: Total (X) Diario (X) Cada tres días () Semanal ()

-Alimentación:; Desayuno (X) Comida (X) Cena (X)

CONSUMO	DIARIO	CADA 3 DIAS	2 VECES POR SEMANA	NUNCA
Leche	X			
Carne			X	
Huevo		X		
Frutas	X			
Verduras	X			
Cereales	X			

-Líquidos: Poco () Regular () Suficiente (X)

Tipo Agua (X) Bebidas alcohólicas () Bebidas gaseosas (X) agua sabor (X)

-Alimentos que originan preferencia, desagrado o intolerancia:

1. Arroz, mango, naranja, jícama, piña, etc

2.-Espinacas, acelgas, berros.

3.-Ninguno

-Eliminación (horario y características):

Urinaria: Por la mañana aprox. 6 a 7 AM medio día aprox. 12hrs. Tarde, 3 a 5 tarde, noche 7 a 10 PM, la orina es de color amarillo casi transparente poco olorosa.

Intestinal: En la mañana y en la tarde; algunas veces es apretada y otras un poco floja dependiendo la cantidad de agua que se consuma.

-Descanso (tipo y frecuencia): Sólo se sienta un rato en las tardes después de comer

-Sueño (horario y características): Se duerme entre 10:00 PM y 11:00 PM y se levanta a las 6:00 AM pero ahora que esta en el hospital no pudo dormir, ya que tenía dolor por la herida.

-Deporte (tipo y frecuencia): Camina diario por las mañanas cuando realiza su servicio social y por las tardes al salir de éste lo toma como ejercicio, ya que comenta que puede tomar el pesero rumbo a su casa pero camina un poco alrededor de 30 min.

-Rutina cotidiana: Se levanta, se baña, sale de su casa con su esposo deja a su hija con la mamá de su esposo y éste la deja en Copilco para que ella acuda al servicio social aprox. a las 8:15 de la mañana sale; del servicio a las 13:00 hrs. y se va a su casa por lo que llega a las 2:30 de la tarde, a efecto de realiza sus actividades domésticas (comida), recoge a su hija, se va rumbo a su casa, en donde realiza la comida y come con su hija para seguir con las actividades domésticas.

– Dinámica Social: Es buena, ya que algunas veces sale con su esposo e hija a reuniones con los compañeros de trabajo de su esposo y se divierten mucho.

COMPOSICIÓN FAMILIAR.

PARENTESCO	EDAD	OCUPACION	OBSERVACIONES
Esposo	26 años	Abogado	

Hija	2 años		

-Dinámica Familiar, Social o ambas: Los fines de semana se dedica a visitar algunos familiares y a realizar algunos negocios con los vecinos de la colonia etc, así como también procuran salir de vacaciones.

PROBLEMA ACTUAL O PADECIMIENTO.

-Problema o padecimiento por el que se presenta:

*Fracción Beta positivo +

*Dolor bajo vientre

*Sangrado transvaginal

PADECIMIENTO ACTUAL.

Paciente femenina de 24 años, que el día 4 de marzo del 05 se realizó una prueba de embarazo casera, la cual resultó ser positiva, por lo que el día 5 de marzo acudió con su ginecólogo el cual le practicó una exploración vaginal y un tacto vaginal, no mostrándose datos de embarazo, procediendo a realizar un ultrasonido obstétrico, en el cual no se encontró dato alguno de implantación en útero, ni en ninguna región de ambas trompas de Falopio.

El Ginecólogo recetó Proverá, (una pastilla por cinco días cada 24 hrs.), para que se presentara la menstruación o en su caso, de estar embarazada se fijara el producto.

El día 7 de marzo se inició tratamiento y terminó el día viernes 11 de marzo sin presentarse la menstruación, para el día 13 de ese mismo mes la paciente comenzó a tener un ligero sangrado de color café el cual ella lo atribuyó a que su período ya se iba a presentar pero los días siguientes solo manchaba su pantaleta con sangre de color café y no era abundante; la paciente el día 16 de marzo realizó prueba de embarazo en sangre, pero saliendo del laboratorio donde le realizaron la prueba comenzó a sangrar, creyendo que se trataba de su período,

pero al día siguiente que le entregaron el resultado era “positivo”. Por lo que al día siguiente acudió con su médico en la Clínica los Arcos en donde se le realizó una exploración vaginal con signo de rebote positivo del lado del hipocondrio derecho por lo que realizó un ultrasonido obstétrico dando como resultado la presencia del trofoblassto, por lo que solicito que se realizara un ultrasonido transvaginal.

Dentro del hospital realizaron un ultrasonido transvaginal dando como resultado un embarazo ectópico en región intersticial de 6 sdg. Posteriormente, fue intervenida quirúrgicamente para la extracción del producto. Comenta la paciente que ella se sentía muy preocupada pues dentro de todo esto la acompañaba su pequeña hija y su esposo; al principio no se sentía nerviosa, estaba muy bien dentro de la situación que se encontraba pero, cuando, llegó al quirófano y vió que estaba ella sola junto con los médicos comenzó a tener mucho temor y le dieron muchas ganas de llorar dice; que fueron minutos muy angustiantes, sin embargo ella se lo comentó al anestesiólogo y éste le puso un sedante para tranquilizarla y se quedó dormida. Por lo que al despertar de la anestesia se le preguntó que como se sentía y dijo que mejor aunque con dolor por la cirugía, pero que se sentía más tranquila de que no ocurriera una complicación en la cirugía, ya que a ella le preocupaba que se fuera a morir en la cirugía por alguna complicación y no volver a ver a su esposo y su hija.

Por lo que al día siguiente de la cirugía la paciente le preguntó a la enfermera si iba a poder tener más hijos, lo que la enfermera le respondió que sí, pero que mejor todas sus dudas se las preguntara a su medico ginecólogo.

Diagnóstico de ingreso al hospital: Embarazo Ectópico.

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES:

Padres Aparentemente sanos

Abuelo paterno: Finado por causa que desconoce

Abuela paterna: Con DMT II

Abuelo Materno: Finado por DMTII Infarto al Miocardio

Abuela Materna: Con HTA

Una tía paterna con DMTII

Cuatro tíos maternos con HTA

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Miopía y Astigmatismo, Parálisis del músculo del ojo izquierdo de nacimiento tratado con 2 cirugías a los 14 y 15 años, grupo sanguíneo "O" positivo, sin ninguna adicción, aparentemente sana y una cesárea a los 22 años.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Hepatitis tipo "A" a los 12 años

Varicela a los 10 años

Cuenta con todo su esquema de vacunación.

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÈTRICOS

Menarca a los 10 años con un ritmo de 30x5 de cantidad, ecúmeno y manifiesta Dismenorrea, Fecha de última regla 04 de Febrero del 2005, Edad en que inició vida sexual a los 20 años, Numero de parejas sexuales: uno, Métodos Anticonceptivos utilizados: Ritmo y DIU.

Gestas: 2, Paras: 0, Cesáreas: 2, Abortos: 1 F.U.R. 14 01-03 Papanicolao: Realizado en agosto del 04 resultado normal.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

INSPECCIÓN:

-Aspecto físico: Paciente aparentemente sana con buena coloración de tegumentos hidratada y conciente en modo, tiempo y lugar.

-Aspecto emocional: La paciente por su misma tensión se encuentra nerviosa, adinámica, muestra cierta ansiedad, y es muy cooperadora

-Observación de datos mediante otros métodos de exploración física, de acuerdo con el estado del paciente (palpación, percusión, auscultación, medición)

1.-PALAPCIÓN: En la exploración ginecológica hay dolor punzante en bajo vientre, no presenta adenomegalias, ni viceromegalias, a nivel de la fosa iliaca derecha presenta dolor a la palpación y signo de rebote positivo, el resto de la exploración es normal.

2.-PERCUSIÓN: Presenta ligera hiperreflexia de miembros inferiores, lo demás se encuentra dentro de la normalidad.

3.- AUSCULTACIÓN: Ruidos pulmonares y cardiacos normales, peristalsis ligeramente disminuida.

4.-MEDICIÓN: Signos Vitales FC.81'x FR: 18'x T/A 110/60 T: 36.4 C.
Peso: 63 kilogramos; Talla: 1.52 centímetros.

MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO COMPLEMENTARIOS O AUXILIARES.

-Exámenes de Laboratorio:

FECHA	TIPO	VALORES	
		DEL PACIENTE	NORMALES
19 de marzo del 05	BIOMETRÍA HEMÁTICA		
	HB	12 g/100ml	12 a 14 g/100ml
	Leucocitos	6000 ml ³	5000 a 10 000 ml ³
	TP	75 5	70 a 100%
	TPT	52 "	35 " a 45 "
	HTo	32 %	40 a 48 %
	Grupo Sanguíneo	Rh O+	
19 de marzo del 05	QUÍMICA SANGUÍNEA		
	Ácido úrico	4mg/100ml	2.3 a 7.1 mg/ml
	PCO ₂	98 mEq/l	94 a 111 mEq/l
	colesterol	214 mg/dl	200 mg/dl

	Creatinina	0.7 mg/100ml	0.5 a 1.0 mg/100 ml
	Glucosa	80 mg/100ml	110 a 115 mg/100ml
	Triglicéridos	215 mg/dl	<150 mg/dl
	Urea en suero	38 mg/100ml	20 a 40 mg/100ml

-Exámenes de Gabinete:

TIPO	RESULTADO
ECO	
Ultrasonido obstétrico y ultrasonido vaginal	Embarazo ectópico de 6 sdg localizado en zona intersticial derecha
Laparotomía Exploratoria	

Problemas detectados y jerarquización de éstos para su atención

Paciente que presenta dolor a la palpación abdominal, así como signo de rebote positivo en cuadrante inferior derecho; presenta diaforesis, taquicardia y se observa ansiosa, preocupada, y con temor y angustia por los resultados de los exámenes realizados, así como por la cirugía y las complicaciones que ésta representa.

Elaboró
PAULINA GÓMEZ MONROY

Fecha
20 DE MARZO DEL 2005.

CAPITULO III.-DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA.

Diagnósticos de la NANDA

- ♥ Problema: Ansiedad (PAG 22)
- ♥ Problema: Dolor Agudo. (pag81
- ♥ Problema: Miedo y Temor. (pag206))
- ♥ Problema: Duelo Disfuncional. (pag84).
- ♥ Problema: Deterioro del Patrón del Descanso y Sueño. (pag196)

CAPÍTULO IV.- PLANEACIÓN.

NOMBRE DEL DIAGNOSTICO: Ansiedad

DEFINICIÓN DEL DIAGNÓSTICO: Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta automática (cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo.

RELACIONADO Al diagnóstico médico, riesgo de muerte y cambio en el estado de salud

MANIFESTADO POR: Expresión de preocupación a cambios en acontecimientos vitales, Inquietud, Angustia, Nerviosismo, Incertidumbre, Temor, Miedo de consecuencias (esterilidad).

OBJETIVO DEL PROBLEMA: Lograr tranquilizar a la paciente y brindarle confianza.

IV.- EJECUCIÓN.

RAZÓN CIENTÍFICA DE LAS MANIFESTACIONES:

La Ansiedad es una respuesta normal a los estados de alarma y amenaza.

Es una reacción emocional, a la percepción del peligro, real o imaginario, con repercusiones fisiológicas, psicológicas, y en la conducta.

Las respuestas corporales a la ansiedad ligera, al principio estimulan la preparación y la capacidad para funcionar, pero a medida que la reacción se hace más intensa, disminuye la preparación, se reduce o deforma la percepción y disminuye la capacidad de concentración.

ACCIONES DE ENFERMERÍA

Comunicarse con el paciente, brindarle confianza, ayudar a que él comunique su problema y coopere en las actividades que se le van a realizar,

Explicar el porqué de la preparación física para la cirugía y hacer una semblanza de lo que le van a realizar así como el porqué se interviene quirúrgicamente.

RAZÓN CIENTÍFICA DE LAS ACCIONES:

La Ansiedad es causada por una amenaza al funcionamiento del organismo, ya sea a la supervivencia física o a la integridad del ser psicosocial (la imagen del yo)

La enfermedad y la hospitalización desencadenan ansiedad, por diferentes razones; amenaza general a la vida, la salud e integridad corporal, situaciones embarazosas, incomodidad por dolor, frío, fatiga, cambios en la dieta, carencia de satisfacción sexual, restricción de movimientos, aislamiento, precipitación de una crisis económica, frustración de planes, confusión e incertidumbre acerca del presente y el futuro, separación de la familia y amigos.

V.-EVALUACIÓN.

A pesar de la situación en que se encontraba la paciente, coopero bastante bien en todas las actividades que se le realizaron, exceptuando el ultrasonido vaginal puesto que le produjo bastante dolor.

Posteriormente, pasó a la sala de quirófano donde bajo anestesia general, asepsia, antisepsia de región abdominal, colocación de campos estériles, se realizó una laparotomía exploratoria, encontrándose placenta y saco gestacional en cavidad intersticial de aproximadamente 24 milímetros no roto; se realiza hemostasia y sutura de la región cantidad de sangre aproximadamente 1, 000 – 1, 500 ml de sangre.

Pasó a servicio de recuperación donde curso aproximadamente 1 hora para ser llevada a su cuarto.

PLANEACIÓN

NOMBRE DEL DIAGNOSTICO: Dolor Agudo.

DEFINICIÓN DEL DIAGNÓSTICO: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración menor de 6 meses.

RELACIONADO con Herida Quirúrgica.

MANIFESTADO por, Informe verbal, Gestos de protección, trastorno del sueño, diaforesis y taquicardia

OBJETIVO DEL DIAGNÓSTICO: Lograr disminuir o eliminar el dolor en la paciente.

EJECUCIÓN.

RAZÓN CIENTÍFICA DE LAS MANIFESTACIONES:

El dolor es un mecanismo protector para el cuerpo, se presenta siempre que cualquier tejido ha sido lesionado. Existen diferentes tipos de dolor, que resultan

de la estimulación de diferentes fibras (fibras de orígenes tipo delta A, tipo C), los receptores del dolor son terminaciones nerviosas ubicadas en la piel, periostio, paredes arteriales, superficies articulares, y bóveda craneal. Algunas sustancias liberadas por el tejido lesionado como la bradicina, estimula las terminaciones dolorosas. El dolor causa reacciones motoras reflejas y reacciones psíquicas; algunas de las reacciones reflejas ocurren directamente desde la médula espinal, pues impulsos dolorosos que penetran en la sustancia gris de la medula pueden iniciar los reflejos de retracción.

Las reacciones psíquicas al dolor son mas sutiles, incluyen: angustia, ansiedad, llanto, depresión, náuseas, y excitabilidad muscular excesiva. Dentro del dolor visceral, cuando se interrumpe el riego sanguíneo, de una zona amplia se estimulan muchas fibras del dolor al mismo tiempo, lo que origina dolor intenso; lo mismo sucede cuando existe hemorragia que irrita directamente al peritoneo y al diafragma, lo que hace que el dolor sea referido hacia los hombros; es precisamente lo que ocurre en un embarazo ectópico roto, se produce el dolor porque los estímulos incluyen isquemia del tejido visceral, tensión química a superficies de vísceras, espasmo de músculo liso de una víscera hueca, o tracción de ligamentos, son transmitidos por fibras de tipo C.

En el diagnóstico de embarazo ectópico se encuentra dolor intenso a la palpación superficial y profunda, con signo de rebote positivo debido a la compresión y descompresión de fibras nerviosas que son altamente estimuladas provocando dolor intenso.

ACCIONES DE ENFERMERÍA:

Establecer una relación con el paciente que sufre dolor.

Orientar al enfermo sobre el dolor.

Lograr la relajación de sus músculos abdominales principalmente usando la respiración rítmica, más aún cuando cambie de posición.

Exploración y auscultación (principalmente abdominal)

Explicar porqué no se puede administrar analgésicos.

RAZÓN CIENTÍFICA DE LAS ACCIONES:

Interactuar con el paciente como una persona completa, creer en lo que dice respecto a su dolor y respetar sus reacciones y actitudes al dolor.

Usar las diversas modalidades sensitivas y sensoriales del enfermo para hacerle llegar información sobre su experiencia dolorosa.

Por medio de la respiración hay una mayor aporte de oxígeno, evitando la anoxia tisular, la vasoconstricción y la tensión muscular que aumentará la sensibilidad de las terminaciones nerviosas que se transmitirán en forma de dolor.

La ausencia de ruidos abdominales acompaña a la irritación e inflamación peritoneal.

Los analgésicos son los fármacos que se utilizan para mitigar el dolor, actúan al interferir en la conducción de impulsos nerviosos o alterar la percepción y respuesta al dolor, en los centros superiores del cerebro, pero también enmascara alguna enfermedad grave y evitar la intervención rápida y oportuna.

V.-EVALUACIÓN.

La paciente a pesar del dolor coopera y sigue las indicaciones, acerca de la respiración y relajación, observando que sí se logra la disminución de la sensación del dolor, logrando con ello que la sintomatología general vaya disminuyendo.

PLANIFICACIÓN

NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO: Miedo o Temor

DEFINICIÓN DEL DIAGNOSTICO: Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.

RELACIONADO con: Separación del sistema de soporte (hospitalización, procedimientos hospitalarios, y consecuencias quirúrgicas y post-quirúrgicas).

MANIFESTADO por: Inquietud, reducción de la seguridad en uno mismo, aumento de la transpiración, falta de concentración e irritabilidad y la preocupación por saber si podría tener más hijos.

OBJETIVO DEL DIAGNÓSTICO: Lograr disminuir el miedo en la paciente.

EJECUCIÓN.

RAZÓN CIENTÍFICA DE LAS MANIFESTACIONES:

El Miedo es el estado en el que el individuo experimenta una sensación de trastorno fisiológico o emocional en relación con una fuente identificable que la persona percibe como peligrosa.

ACCIONES DE ENFERMERÍA:

Orientar al paciente hacia el entorno dando explicaciones sencillas.

Hablar lenta y tranquilamente

Utilizar afirmaciones simples y directas (evitar los detalles)

Favorecer las respuestas que reflejan la realidad.

RAZON CIENTÍFICA DE LAS ACCIONES.

Es importante crear un ambiente de confianza puesto que muchas veces el temor o el miedo se presenta hacia lo desconocido; si se tiene la información correcta y

necesaria estos dos temores logran disminuir haciendo que las personas recuperen la confianza en sí mismas.

EVALUACIÓN:

La paciente expresó una mayor comodidad psicológica y fisiológica y emocional. Así como también pudo adaptarse a los patrones del médico y del hospital puesto que al día siguiente ella quería ya retirarse hacia su casa.

PLANEACIÓN.

NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO: Duelo Disfuncional

DEFINICIÓN DEL DIAGNOSTICO: Fracaso o prolongación en el uso de respuestas intelectuales y emocionales mediante las que los individuos, familias y comunidades tratan de superar el proceso de modificación del autoconcepto provocado por la percepción de una pérdida.

RELACIONADO con: Poco tiempo entre una pérdida perinatal y la pérdida o mutilación de una parte del cuerpo (resección de la trompa de Falopio derecha).

MANIFESTADO por: Enojo, culpa, negación, llanto, alteración de las actividades de la vida diaria.

OBJETIVO DEL DIAGNÓSTICO: Comprender, escuchar y tratar de hacer que la paciente supere lo más rápido la etapa del duelo con ayuda de un especialista.

EJECUCIÓN.

RAZÓN CIENTÍFICA DE LAS MANIFESTACIONES.

El Duelo, Duelo Anticipado y Duelo disfuncional representan tres tipos de respuesta de los individuos o familias que experimentan una pérdida. Duelo describe un duelo normal después de una pérdida y participación en el proceso del duelo.

Duelo Anticipado describe a alguien efectuando el proceso de duelo antes de una pérdida esperada.

ACCIONES DE ENFERMERÍA:

Animar a la paciente a que comparta sus preocupaciones

Fomentar la integridad de la paciente reconociendo sus capacidades.

Preparar a la paciente para las reacciones de aflicción

Basar el concepto de esperanza en:

- a) La aportación de información exacta.

- b) Resistir la tentación de dar falsas esperanzas.
- c) Estar dispuesto a examinar las preocupaciones.

RAZON CIENTÍFICA DE LAS ACCIONES

Favorecer el proceso de duelo para cada respuesta:

a) Negación:

Apoyarlo inicialmente y luego esforzarse en aumentar el desarrollo de la comprensión.

b) Aislamiento.

Escuchar y pasar el tiempo designado con la familia y persona de forma regular.

Ofrecer a la persona y la familia oportunidad de expresar sus emociones.

c) Depresión:

Empezar con solución de problemas sencillos y avanzar hacia la aceptación

Fomentar la valoración de sí mismo a través del refuerzo positivo

d) Enojo

Permitir el llanto para liberar esta energía.

Incitar a los familiares y profesionales a que proporcionen un apoyo compartiendo la preocupación.

e) Culpa:

Permitir el llanto.

Fomentar una expresión más directa de los sentimientos.

Profundizar en los métodos para resolver la culpabilidad.

f) Temor:

Ayudar a la persona y familia a reconocer el sentimiento.

Explorar las actividades de la persona y familia sobre la pérdida, la muerte, etc.

g) Rechazo:

Permitir la expresión verbal de este estado de los sentimientos para disminuir la tensión emocional.

Reconocer que la expresión del enojo puede crear un rechazo de uno mismo hacia los familiares.

EVALUACIÓN.

En cuanto a la evaluación ésta no se pudo realizar porque la paciente fue dada de alta del hospital, pero se le sugirió a ella y a su esposo que de ser necesario visitaran a un psicólogo para que los ayudara a afrontar las pérdidas. y el proceso del duelo.

PLANIFICACIÓN.

NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO: Deterioro del patrón del descanso y sueño.

DEFINICIÓN DEL DIAGNÓSTICO: Trastorno de la cantidad y calidad del sueño (suspensión de la conciencia periódica, natural) limitado en el tiempo.

RELACIONADO CON: Dolor post-cirugía.

MANIFESTADO POR: Despertarse tres o más veces por la noche, continuidad de tratamiento médico (revisión de signos vitales, y ministración de medicamentos): Ansiedad, dolor de herida quirúrgica,

OBJETIVO DEL DIAGNOSTICO: Lograr que la paciente pueda conciliar el sueño sin interrupciones.

EJECUCIÓN.

RAZON CIENTÍFICA DE LAS MANIFESTACIONES.

El sueño es una necesidad fisiológica básica que se define como un estado de inconsciencia, del cual despierta la persona con estímulos sensoriales u otros.

El descanso y el sueño son aspectos fundamentales para mantener la salud. El gasto de energía que consumimos durante el día, se repone en parte durante el sueño y esto permite un funcionamiento óptimo del organismo.

El sueño se puede ver alterado por diversos factores; partiendo de la definición de la alteración del patrón del sueño (NANDA, 1995) (1, 4, 8), como la alteración del patrón sueño que causa malestar o interfiere en el estilo de vida deseado, se consideran como factores que parecen mostrar algún tipo de relación con este problema las alteraciones sensoriales:

El patrón normal de sueño se ve alterado por el ingreso en un hospital que en general no va a proporcionar el descanso necesario y constituye una alteración que repercute en la terapéutica del paciente. Cuando consideramos todos los

factores tanto internos (enfermedad) como externos (ruidos, luces, compañeros de habitación.) que repercuten negativamente sobre el descanso y sueño del paciente hospitalizado, es sorprendente comprobar cómo algunos pueden dormir a pesar de todo. El profesional de Enfermería debe minimizar dichos factores para que los pacientes no modifiquen su patrón de sueño habitual y de esta manera facilitarles el descanso nocturno. Para poder llegar a conocer los factores que repercuten negativamente en el sueño y el descanso en los pacientes que ingresan al hospital y así poder minimizarlos brindando una atención de calidad y confort

ACCIONES DE ENFERMERIA

Se le recomienda a la paciente que antes de dormir ponga en la televisión su programa favorito.

Se le acomodó el horario de los medicamentos conforme a un horario de su agrado sin que esto le fuera a causar alguna alteración con los medicamentos.

Se le aplicó un analgésico para calmar el dolor de la herida quirúrgica.

Se le recomendó realizar respiraciones profundas

RAZON CIENTÍFICA DE LAS ACCIONES

El pedirle que viera por televisión su programa favorito es con el fin de distraerla logrando con ello que se relaje junto con las respiraciones profundas para calmar su ansiedad; la ministración del analgésico es para disminuir el dolor y no tenga interrupciones en el sueño.

EVALUACIÓN

Los objetivos fueron favorables para la paciente ya que logró descansar en la siguiente noche después de su cirugía y el dolor fue disminuyendo logrando que se recuperara pronto, e inclusive se le vió de mejor animó.

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.

Se puede sugerir y concluir que las mujeres realicen consultas Gineco-Obstétricas por lo menos cada seis meses, a efecto de detectar algo irregular dentro de su organismo, ya que el embarazo ectópico detectado a tiempo les puede salvar la vida, y no sólo este tipo de diagnóstico sino cualquier otro en relación a la mujer, como es el caso del cáncer cérvico-uterino y el cáncer de mama que detectados a tiempo no causan tanto daño como en los estadios terminales.

En relación al Proceso Atención de Enfermería se puede concluir que, desde hace algún tiempo se ha incrementado en forma consiente la necesidad y responsabilidad profesional para escribir de manera clara y completa los planes de atención de enfermería. Puesto que varias tendencias contribuyen a esta concientización dentro de las disposiciones de salud, así como lo es el incremento en el campo de las acciones de enfermería, el mejoramiento de los niveles de atención a pacientes hospitalizados, el aumento de la responsabilidad legal de las enfermeras para la práctica de enfermería, las normas de calidad para los cuidados habituales y también para el desarrollo del examen de Licenciatura en Enfermería, basados en la fases del proceso de atención de enfermería: Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación.

La aplicación del proceso de enfermería es una habilidad que exige práctica y desarrollo, y una aplicación de principios de enseñanza-aprendizaje planteando los cuidados de enfermería necesarios para la pronta recuperación de la integridad de las personas que lo necesitan, sin perder de vista los objetivos y las metas que se deberán alcanzar en beneficio de las personas, comunidades y familias que lo requieran.

Cuando se emplea como instrumento en la práctica de enfermería, el proceso puede ayudar a asegurar la calidad en los cuidados del paciente; si no se aplica este método científico para el cuidado del paciente, pronto ocurrirán omisiones y

duplicaciones. Un plan de atención de enfermería ayuda a reducir estos problemas, al utilizarse como guía para proporcionar cuidados a un paciente en particular.

Ahora bien, si el beneficio primario al utilizar el proceso es mejorar la atención al paciente, existen también ventajas para la enfermera; por ejemplo, los planes que resultan de la aplicación de un proceso permiten a un equipo de enfermería conocer de manera específica qué objetivos son importantes para el paciente, cómo y cuándo pueden alcanzarse mejor; ello le brinda confianza a la enfermera, así como satisfacción en el trabajo; los planes de atención bien desarrollados pueden ahorrar tiempo, energía y frustraciones. La coordinación en la atención del paciente a través de un plan, aumenta de manera importante la oportunidad para lograr la solución de los problemas de salud. Ayudan al crecimiento profesional, ya que los planes de atención brindan la oportunidad de compartir el conocimiento y la experiencia; durante el proceso de evaluación, enfermería recibe la retroalimentación necesaria para decidir qué tan efectivo resultó el plan en la solución de los problemas del paciente. Si el plan tuvo éxito, se podrá utilizar en situaciones similares, si por el contrario el plan falló, la enfermera puede buscar las posibles razones de dicho resultado con otros miembros del equipo.

Existen ventajas para el paciente; por ejemplo, la participación en su propio cuidado, continuidad en su atención y mejor calidad de la misma. Por otro lado, se sugiere que los procesos de atención de enfermería, respecto a la opción para titulación, sean aceptados aunque esas patologías hayan sido estudiadas (en cierto número), esto es debido a que el paciente y sus problemas van a ser diferentes, el estudiante o pasante las manejará de acuerdo con su experiencia y conocimientos, además de cómo capte la problemática de su paciente, el enfoque será diferente; con ello se lograría que el egresado se titule lo más pronto posible manejando el tema que más le interese y del mismo modo podrá compartir con sus compañeras los puntos de vista sobre cómo manejar el proceso obteniendo con ello una retroalimentación o hasta una actualización sobre los temas que tienen mayor importancia o mayor reincidencia.

GLOSARIO DE TERMINOS.

ABORTO: Interrupción precoz del embarazo, espontánea o inducida, seguida por la expulsión del producto gestacional por el canal vaginal. Puede estar precedido por pérdidas sanguíneas por vagina.

APENDICITIS: Inflamación aguda del apéndice vermicular

ATROFIA: Reducción en tamaño y volumen de un órgano o de un tejido.

AVITAMINOSIS: Estado patológico provocado por la deficiencia de vitaminas en la dieta normal o por la imposibilidad del organismo de absorberlas o utilizarlas

BRADICARDIA: Enlentecimiento del ritmo cardíaco.

CALOSTRO: Líquido transparente que segrega el pecho de la madre en los primeros días que siguen al parto, antes de la producción de leche. El calostro contribuye a proteger de infecciones al recién nacido.

CEFALEA: Dolor localizado en la cabeza.

CISTITIS: Inflamación que se produce en la vejiga provocando una quemazón en el momento de las micciones y una frecuencia notablemente elevada de éstas

COLESTEROL: Esterol de origen animal, precursor de la vitamina D, presente en la sangre y en la bilis. Es sintetizado por varios órganos, principalmente el hígado. Conformar uno de los cuerpos que sobrecargan las arterias.

COLITIS: Inflamación que se produce en el colon.

COMA DIABÉTICO: Estado de inconsciencia característico del último grado de una diabetes sacarina grave.

CONGÉNITO: Que existe desde el momento de nacer. No adquirido.

CONTUSIÓN: Golpe.

CROMOSOMA: Componente de las células, de estructura filamentosas, portador de los factores de la herencia o genes. Se hallan en número constante, que en la especie humana, es de 22 pares más dos cromosomas sexuales, en total 46 cromosomas. Los cromosomas son muy visibles en el núcleo celular durante la mitosis.

CHANCRO: Úlcera dura e indolora, característica del primer grado de la sífilis.

EMBARAZO ECTÓPICO: Implantación del producto de la fecundación fuera de la cavidad uterina.

FIEBRE: Aumento anormal de la temperatura central del cuerpo.

GLÁNDULA: Estructura del organismo, especializada en la producción de sustancias, que pueden ser volcadas hacia el torrente sanguíneo (glándulas endocrinas), o hacia una superficie mucosa o cutánea (glándulas exócrinas). La saliva, el sudor, el moco, son ejemplos de productos de glándulas exócrinas. Las hormonas tiroideas, la insulina, los estrógenos, de secreción endocrina

GLAUCOMA: Aumento de la presión intraocular, que se manifiesta por dolor de cabeza, ojo rojo y de no ser tratado, puede producir pérdida de la visión a largo plazo.

HDL: Abreviatura utilizada para denominar a un tipo de proteína encargada de transportar el colesterol en la sangre, que se relaciona con menor riesgo cardiovascular. También conocida como "Colesterol Bueno".

HEMATEMESIS: Eliminación de sangre proveniente del tubo digestivo, a través del vómito.

HEMATOCRITO: Examen de laboratorio que expresa la concentración de glóbulos rojos en sangre.

HEMATURIA: Eliminación de sangre junto con la orina. Siempre es anormal y se relaciona con la infección del tracto urinario, litiasis renal, tumores o enfermedades inflamatorias del riñón.

HEMIPLEJIA: Parálisis de la mitad del cuerpo. Compromete la mitad de la cara, brazo y piernas de un mismo lado. Se relaciona con infartos, hemorragias o tumores del sistema nervioso central.

HEMOFILIA: Enfermedad transmitida en forma hereditaria en la cual existe una menor producción de factores de coagulación. Como consecuencia se producen sangrados ante traumatismos mínimos sobre todo en articulaciones (hemartrosis). Su gravedad depende de la concentración de factores en sangre.

HEMOGLOBINA: Proteína encargada de transportar el oxígeno desde el pulmón hasta los tejidos. Se encuentra en altas concentraciones en el glóbulo rojo.

HEMÓLISIS: Enfermedad en la cual se produce la rotura de la membrana del glóbulo rojo y la salida de su contenido (principalmente hemoglobina), hacia el torrente sanguíneo. Puede producirse en algunas anemias congénitas o adquiridas, como consecuencia de enfermedades inmunológicas, etc.

HEMOPTISIS: Eliminación de sangre roja, procedente de la vía aérea, junto con la tos. Suele ser la manifestación de un tumor de pulmón, bronquitis necrotizante o tuberculosis pulmonar.

HEMORRAGIA: Pérdida de sangre hacia un órgano interno (el tubo digestivo, la cavidad abdominal), o hacia el exterior (herida arterial) Según el volumen y la velocidad con la cual se produce el sangrado, puede producir distintas manifestaciones en las personas, desde taquicardia, sudoración, palidez cutánea, hasta shock.

JADEO: Respiración superficial y rápida, asociada a procesos fisiológicos (ejercicio, parto), o anormales como la insuficiencia respiratoria aguda, estados de shock, etc.

JAQUECA: Forma de presentación de dolor de cabeza, caracterizada por la aparición concomitante de náuseas, secreción nasal, trastornos en la visión etc. Es más frecuente en la mujer y puede desencadenarse por estrés, consumo de ciertos alimentos (chocolates, alcohol), o algunas condiciones fisiológicas (acto sexual, falta de sueño, etc.).

LAPAROSCOPIA: Procedimiento quirúrgico mediante el cual se introduce a través de una pequeña incisión en la pared abdominal, torácica o pelviana, un instrumento de fibra óptica que permite realizar procedimientos diagnósticos y tratamientos.

LAPAROTOMÍA: Incisión quirúrgica de la pared abdominal utilizada con fines exploratorios

MENARCA: Primera menstruación. Suele aparecer entre los 13 y 16 años, dependiendo de factores genéticos y ambientales.

PAPANICOLAOU: Método de tinción para muestras de tejido, particularmente difundida por su utilización en la detección precoz del cáncer de cuello uterino.

SEPSIS: Infección producida por un germen capaz de provocar una respuesta inflamatoria en todo el organismo. Los síntomas asociados a sepsis son fiebre, hipotermia (ver), taquicardia (ver), taquipnea y elevación en los valores de glóbulos blancos. Puede producir la muerte.

SHOCK: Estado de insuficiencia circulatoria a nivel celular, producido por hemorragias graves, sepsis (ver), reacciones alérgicas severas, etc. Puede ocasionar lesión celular irreversible si la hipoxia (ver) persiste durante el tiempo suficiente.

SHOCK ANAFILÁCTICO: Reacción alérgica grave, caracterizada por disminución de la presión arterial, taquicardia y trastornos en la circulación general, acompañado o no de edema de glotis. Requiere la administración urgente de adrenalina subcutánea

TAQUICARDIA: Aumento de la frecuencia cardiaca. Puede deberse a causas fisiológicas (durante el ejercicio físico o el embarazo) o por distintas enfermedades

como sepsis, hipertiroidismo, y anemia. Puede ser sintomática o provocar palpitaciones.

TEJIDO: Conjunto de células de características similares, organizadas en estructuras complejas para cumplir una función determinada. Ejemplo el tejido óseo se encuentra formado por osteocitos dispuestos en una matriz mineral para cumplir funciones de sostén.

VAGINITIS: Inflamación de la mucosa que recubre la vagina. En general se debe a una infección bacteriana o micótica. Se manifiesta por ardor, dolor espontáneo o durante el coito (dispareunia), y secreción mucosa o purulenta por la misma.

BIBLIOGRAFIA.

Alfaro Lefevre Rosalinda.

Aplicación del Proceso Enfermero.

Editorial Masson, México, 2005, 274pp.

Baskett, F, Thomas.

Manejo Basico de las Urgencias Obstétricas.

Editorial: Limusa, México, 1991, 288pp.

Bensond M, D y Pernoll, I, Martín.

Manual de Obstetricia y Ginecología.

Edición, Editorial: Interamericana Mc Graw Hill, México, 1994, 9na Edición

Carpenito Vall J. Linda

Manual de Diagnósticos de Enfermería

Editorial: Interamericana Mc Graw Hill , México ,1993, pp587

Debusse, Sandra

Lo esencial en Sistema Endocrino y Aparato Reproductor

2da Edición, Colección Dan Harton-Szar, México, 2001, pp278

Gary Cunningham F. y Macdonald C. Paul.

William Obstetricia

4 ta edición, Editorial: Masson, México, 1996, 1420 pp.

González, J , Merlo y Del Sol, JR.

Obstetricia.

Editorial: Masson, 4ta edición, México, 2002, 995pp.

Grupo Océano

Manual de Enfermería

Editorial: Océano/Centrum, México, 1997, 1168pp.

Guayton. C. Arthur and Hall. E. John

Fisiología y Fisiopatología

6ta Edición, Editorial: Interamericana McGraw-Hill Mexico 1998 pp729

H. De Cherney Alan y Pernoll L. Martin.

Diagnósticos y Tratamientos Gineco Obstétricos.

6 ta Edición, Editorial: Manual Moderno, México, 2000, 1535pp

Martin Tucker Susan, Canobbio M, Mary and Paquette Vargo Eleanor

Norma de Cuidados del Paciente Guía de planificación de la práctica asistencial conjunta

6ta Edición, Editorial: Harcourt Brace, México, 1997, 875pp.

NANDA INTERNACIONAL.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS: DEFINICIONES Y CLASIFICACIONES.

Edición 2005, Editorial: Elsevier, Madrid España,2005 299pp.

Rosales Barrera Susana y Reyes Gómez Eva.

Fundamentos de Enfermería.

3era edición, Editorial: Manual Moderno, México, 2004, 636pp.

Smith P, Roger.

Obstetricia Ginecológica y Salud de la Mujer.

Editorial: Masson, México,2005, 592pp.

Tortora. J. Gerard y Grabowski Reynolds Sandra.

Principios de Anatomía y Fisiología Humana.

Editorial: Oxford, 9na edición, México, 2003, 1176 pp

PAGINAS DE INTERNET.

PAG: www.wikipedia.org/wiki/angustia

PAG: www.ondasalud.com.mx

PAG: [.www.duelodevzcaya.org.com.mx](http://www.duelodevzcaya.org.com.mx)

PAG www.razonypalabra.org.mx/anteriores

Noticias Red Feminista.

<<http://www.redfeminista.org/Noticia.asp?ID=3008>>

GUTIÉRREZ Castañeda, Griselda. VIOLENCIA SEXISTA. Ed. UNAM, México, 2004. pp. 166.

PAZ, Octavio. EL LABERINTO DE LA SOLEDAD. Fondo de Cultura Económica, México, 1994. pp 351.

RODRÍGUEZ, Pepe. DIOS NACIÓ MUJER. Ed. Punto de Lectura, España, 2002, pp. 383.

VEGA Montiel, Aimée. A las cosas por su nombre: el feminicidio en Ciudad Juárez. Artículo preparado para Monografía Instituto Catalán de Cooperación Iberoamericana (ICCI), No. 1, Enero de 2005.

ELECTRÓNICAS AYUNTAMIENTO DE GRANADA: CONCEJALÍA DE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES. HISTÓRICO 25 DE NOVIEMBRE "DÍA INTERNACIONAL CONTRA LA VIOLENCIA HACIA LAS MUJERES". <<http://www.granada.org/inet/wmujer.nsf/>>. Desde: 08/11/2002 Hasta: 27/11/2002. Última revisión, 18 de julio de 2005.

ENGELS, Federico: EL ORIGEN DE LA FAMILIA, LA PROPIEDAD PRIVADA Y EL ESTADO. Julio 1999. MASADA, Rafael lo llevó a internet.

<<http://www.marx2mao.com>>

GUTIÉRREZ Ramírez, Jorge. LA IMPORTANCIA DE LA CRONOMETRÍA EN LA IMAGEN. <<http://codice.unimayab.edu.mx/cronometria.htm>>. Enero 2005.

Última revisión 1 de agosto de 2005.

IRIGOYEN, Ramón. RED ESTATAL DE ORGANIZACIONES FEMINISTAS CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO.

<<http://www.redfeminista.org/Noticia.asp?ID=3005>>. EL PAÍS - 09-07-2005.

MARTÍNEZ, Adelaida. FEMINISMO Y LITERATURA LATINOAMERICANA.

<<http://www.gobernabilidad.cl/modules.php?name=News&file=article&sid=454>>. Lunes, 9 de febrero del 2004.

Última revisión, 1 de agosto de 2005.

Revisada por última vez el 18 de julio de 2005.

RED ESTATAL DE ORGANIZACIONES FEMINISTAS CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO. <<http://www.redfeminista.org/Noticia.asp?ID=3008>>. Revisada por última vez el 18 de julio de 2005.

VARGAS, Gaby LA ANTISEDUCCIÓN: RASGOS LATENTES. 2005.

<<http://www.elsiglodetorreon.com.mx/sup/siglon/05/19/05siglon1907.pdf>>..

Última revisión: 1 de agosto de 2005.

HEMEROGRÁFICAS

GORDOA, Víctor. "LA IMAGEN DEL PADRE". Diario Monitor, lunes 20 de junio de 2005. Secc. Análisis, pg. 10 A.

PAG www.clinicalascondes.cl/area-academica.com

1. Rubenstein BB. Emotional factors in Infertility: A psychosomatic approach Fertil Steril. 1951; 2: 80-6.
2. Marsch EM. Possible Psychogenic aspects of infertility Fertil Steril. 1951; 2: 70-9.
3. Benedeck T. Infertility as a psychosomatic defense. Fertil Steril. 1952: 527-41.
4. Christie GI. Some sociocultural and psychological aspects of infertility Hum Reprod 1998; 13(1): 232-41.

5. Malstedt P. The psychological component of infertility. *Fertil Steril* 1985; 45: 335-46.
6. Menning BE. The emotional needs of infertile couples. *Fertil Steril* 1980; 34: 313-9.
7. Domar AD, Zuttermeister PC & Freidman R. The psychological impact of infertility: a comparison with patients with other medical conditions. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 14:45-52.
8. Lapane LK, Zierler S, Lasatar TM, Stein M, Barbout MM & Hume AL Is a History of depressive symptoms associated with an increased risk of infertility in woman? *Psychosom Med* 1995; 57: 509-13.
9. Lepore SJ. Measurement of chronic stressors in infertility: perspectives from stress and coping research, Stanton AL & Dunkel-Schetter C, New York Plenum Press 1991: 102-19.
10. Demyttanaere K & Bonte L. Coping style and depression level influence outcome of in vitro fertilization. *Fertil Steril* 1998; 69: 1026-33.
11. Fachinetti F, Volpe A, Matteo ML, Guenazzani AR & Artini GP. An increased vulnerability to stress is associated with poor outcome of in vitro fertilization-embryo transfer treatment. *Fertil Steril* 1997; 67: 309-14.
12. Newton CR. The Fertility Problem Inventory,,: measuring infertility perceived stress. *Fertil Steril*. July 1999: 54-62.
13. Domar A, Clapp D, Slawsby EA, Dusek J, Kessel B & Freizinger M. Impact of group psychological interventions on pregnancy rates in infertile women. *Fertil Steril* 2000; 73: 805-11.
14. Fertility Society of Australia Reproductive Technology Accreditation Committee: Code of Practice, section B. Standards for Counseling Staff. 1992, 11.
15. Report of the King's Fund Centre Counseling Committee: Counseling for Regulated Infertility Treatment, London, King's Fund Centre 1991.

16. American Society for Reproductive Medicine: Guidelines for the Provision of Infertility Services, Birmingham AL, American Society for Reproductive Medicine, 1996.

17. Hernon M, Harris CP & Elstein M. Review of the organized support network for infertility patients in licensed units in the U.K. Hum Reprod 1995; 10: 960-4.

18. Freeman M. Emotional and psychological factors in follow up women after IVF-ET treatment. Acte Obstet Gynecol Scan 1985; 66: 517-21.

19. Mazure CM, Tafekman JE & Milki AA. Assisted reproductive technologies: Psychological implications for women and their partners. J. Women's Health 1992; 1: 275-81.

20. Boivin J, Scanlan LC & Walker SM. Why are infertile patients not using psychosocial counseling? Hum Reprod 1999; 14: 1384-91.

PAG: www.wikipedia.org/wiki/angustia

1. Carpenito, LJ. Manual de Diagnóstico de Enfermería. 4ª Ed. Madrid: Interamericana, 1993

2. Caballero Navarro, C; Azúa Blanco, MD. Trastornos del sueño en el Anciano: Cuidados de Enfermería. Gerokomos, año II; 3:26-28, 1991

3. Estivill-Sancho, E. et al. Hábitos de sueño en el Centro Geriátrico Municipal de Barcelona. Revista Española de Geriatria y Gerontología. 27. 3:147-153, 1992

4. Fernández Ferrín, C. et al. Enfermería Fundamental. Barcelona: Masson, 1994

5. Galindo Menéndez, A; Álvarez González, FJ; Los trastornos del sueño: Pautas de tratamiento. Medicina Integral. 20; 6: 65-77, 1992

6. Guyton, AC. Tratado de Fisiología Médica. 6ª Ed. Madrid: Interamericana, 1985

7. Kozier, B., Erb G. Enfermería Fundamental. 2ª Ed. Madrid Interamericana, 1989

8. Luis Rodrigo, MT. Diagnósticos de Enfermería de la NANDA. Definiciones y Clasificación. Barcelona: Doyma, 1995
9. Llopis González, A. Alteraciones del sueño producidas por el ruido ambiental. Gaceta Sanitaria. 3; 12: 421-426, 1989
10. Novo Casal, C. et al. Alteración del Patrón Reposo-Sueño en el anciano hospitalizado. Enfermería Científica. 5; 2: 59-53, 1995

PAG: www.ondasalud.com.mx

Asenjo, M.A.; Bohigas, L.; Trilla, A.; Prat, A.; y otros. "Gestión diaria del hospital". Ed. Masson. Barcelona. 2001.

1. Bello, J.; Bello, M^a. T.. "¡Quiero dormir!". Editorial SALVAT. Barcelona. 2000.
2. Bobes García, J,. "Los trastornos del sueño". Colección "No te rindas ante...". Ediciones RIALP. Madrid. 1992.
3. Campos Navarro, R.. Ponencia: Resistencias a la Incorporación Planificada de Hamacas en un Hospital de la Península de Yucatán. Cuarto Congreso Chileno Antropología: Los Desafíos de la Antropología: Sociedad Moderna, Globalización y Diferencia. 19 al 23 de noviembre 2001. Campus Juan Gómez Millas de la Universidad de Chile.
4. Chaveau, B.. "La ansiedad". Edición especial para Zambelletti España. Barcelona. 1989. 6.
5. Cuesta Zambrana, A. Guirao i Goris, J.A.; Benavent Garcés, M^a. A.. "Diagnóstico de Enfermería. Adaptación al contexto español". Ediciones Díaz de Santos. Madrid. 1994.
6. Dueñas, M.; de las Heras, J.; Polaino-Lorente, A. y Rojas, E.. "El libro de los tests. De autoconocimiento, personalidad y trastornos psicológicos". Edición especial para Grupo Correo de Comunicación. 1996.
7. Gonzalo, L.M.. "El sueño. Del tratamiento del insomnio al significado de los sueños.". Edición especial para Grupo Correo de Comunicación. 1996.
8. Hospital Los Arcos. "Guía informativa para pacientes y usuarios". Murcia. 1993.
9. Hospital Los Arcos. "Carta de derechos y deberes de los pacientes". Murcia. 1993.
10. Izquierdo Rojo, J.M^a.. "Habitación de hospital". Editorial el clavell. Barcelona. 2000.
11. Johnson, M.; Maas, M.; Moorhead, S.. "Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE). Nursing Outcomes Classification (NOC)". Ed. Harcourt. Madrid. 2001.
12. Ley General para la defensa de los consumidores y usuarios. Dirección General de Consumo. Murcia. 1991.
13. Marriner, A.. "Modelos y teorías de enfermería". Ediciones ROL. Barcelona. 1989.
14. Maslow, A.H.. "El hombre autorrealizado". Editorial Kairós. Barcelona. 1973.
15. McCloskey, J.C.; Bulechek, G.M.. "Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). Nursing Interventions Classification (NIC)". Ed. Harcourt. Madrid. 2001.
16. Rodríguez Marín, J.; Zurriaga Llorens, R.. "Estrés, enfermedad y hospitalización". Escuela Andaluza de Salud Pública (Monografías: 17). Granada. 1997.

17. Subdirección General de Compras. "Catálogos de suministro

PAG <http://www.vidahumana.org/vidafam/aborto/raquel-fe.html>

A) Artículos y comunicaciones

1. Gómez Lavín, Carmen, Consecuencias psicopatológicas del aborto en la mujer , Comunicación presentada en el I Simposium Europeo de Bioética, Santiago de Compostela, V-1993. (23-03-2002) | Bioéticaweb
2. Thorn, Vicky, El Proyecto Rachel | Vida Humana Internacional
3. Wisconsin Right to Life Education Fund, ¿Qué es el Síndrome post aborto? | Vida Humana Internacional
4. Los pro abortistas reconocen que existe el Síndrome post aborto | Vida Humana Internacional
5. Dr. Alberto Iglesias, El Síndrome post aborto en la mujer | Vida Humana Internacional
6. Dr. Edgar Hernández Gálvez, Síndrome post aborto | Vida Humana Internacional
7. Dr. Pablo Verdier, El Síndrome post aborto: ¿Porqué se diagnostica menos de lo que se debería? | Vida Humana Internacional
8. Dr. Pablo Verdier, Subtipos clínicos del síndrome post aborto | Vida Humana Internacional
9. Dra Anne Speckhard, Ph. D., ¿Qué dicen las estadísticas? | Vida Humana Internacional
10. Seis pasos hacia la sanación después del aborto | Vida Humana Internacional
11. Burke Theresa., Reardon David C., Abortion Trauma and Child Abuse , en Post -Abortion Review, Volume 6, number 1 (winter 1998) | Elliot Institute, 23-03-2002
12. Reardon, D.C, Ph.D., Abortion is four times deadlier than childbirth , en Post -Abortion Review, Volume 8, number 2 (spring 2000)
<http://www.afterabortion.org/PAR/V8/n2/finland.html>
(2002 -03-23) | Elliot Institute, 23-03-2002
13. Rue, Vincent M, Ph.D., The psychological safety of abortion: the need for reconsideration , en en Post -Abortion Review, Volume 5, number 4 (fall 1997) | Elliot Institute, 23-03-2002
14. Sobie, Amy R., The risks of choice , en Post-Abortion Review, Volume 8, number 3 (summer 2000) | Elliot Institute, 23-03-2002
15. Sobie, Amy R., Reardon David C., Ph.D., Detrimental effects of adolescent abortion , en Post -Abortion Review, Volume 9, number 1 (winter 2001) | Elliot Institute, 23-03-2002
16. 15th study links abortion and substance abuse , en Post -Abortion Review, Volume 8, number 1 (winter2000) | Elliot Institute, 23-03-2002
17. Abortions vs. Childbirth , en Post -Abortion Review, Volume 8, number 3 (summer 2000) | Elliot Institute, 23-03-2002

B) Páginas de organizaciones de ayuda a la mujer que ha abortado

18. Instituto de investigaciones para la recuperación del aborto
<http://www.vidahumana.org/vidafam/aborto/recuperacion.html>

19. WEBA

<http://www.vidahumana.org/vidafam/aborto/sufrido.html>

20. Elliot Institute (ayuda a la mujer que ha sufrido un aborto)

<http://www.afterabortion.org>

21. Sobrevivientes del aborto

<http://www.vidahumana.org/vidafam/aborto/saa.html>

C) Testimonios de mujeres que han sufrido un aborto

22. Testimonios de mujeres que han abortado

http://www.vidahumana.org/vidafam/aborto/testimonios_mujeres.html

23. Amy Sobie, David C. Reardon, Ph.D., A generation at risk: how teens are manipulated into abortion , en Post -Abortion Review, Volume 8, number 1 (winter 2000) | Elliot Institute, 23-03-2002

24. Cindy Hendrickson, Consequences , en Post -Abortion Review, Volume 5, number 2 (spring 1997) | ElliotInstitute, 23-03-2002

25. Karen Temple, Finding real place , en Post -Abortion Review, Volume 9, number 1 (winter 2001) | ElliotInstitute, 23-03-2002

26. Sally Garneau, The Choice , en Post -Abortion Review, Volume 6, number 3 (summer 1998) | Elliot Institute,23-03-2002

27. Terri Hurst, Never Again , en Post -Abortion Review, Volume 5, number 3 (summer 1997) | Elliot Institute, 23-03-2002

28. Theresa Karminski Burke, Ph.D., When the Doll Breaks , en Post -Abortion Review, Volume 6, number 1 (winter 1998) | Elliot Institute, 23-03-2002

D) Páginas web de interés

29. Vida Humana Internacional

<http://www.vidahumana.org>

30. Asociación Canaria de Bioética (ACABI)

<http://www.bioeticaweb.com>