



31
201

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Proceso Atención de Enfermería
Desprendimiento Prematuro de Placenta

Que para obtener el Título de :
Licenciado en Enfermería y Obstetricia

Presenta:

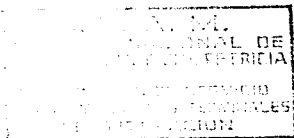
Ma. del Carmen ^{no coxte} Gutierrez Méndez
Núm. de Cuenta: 93680754

Director de Tesis:

Lic. Ma. de los Angeles González Albarrán

MEXICO, 1997

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN





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.

1.- INTRODUCCIÓN.....	1.
2.-JUSTIFICACIÓN.....	6
3.- OBJETIVOS.....	11
4.- MARCO TEORICO.....	12
5.- HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD.....	19
6.- METODOLOGÍA.....	21
7.- VALORACIÓN CLÍNICA.....	27
8.- PLANIACIÓN EJECUCIÓN, EVALUACIÓN.....	40
9.-DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA.....	47
10.- COMENTARIOS.....	110
11.- BIBLIOGRAFÍA.....	113

EN EL PRINCIPIO

**ELLA (O EL) DIJO: TOMARÉ
UN SISTEMA DE FORMACIÓN SÓLIDO,
SENCILLO Y SIGNIFICATIVO Y UNA
BASE DE INVESTIGACIÓN
CLÍNICA ADECUADA Y APLICABLE, Y
SOBRE ESTA ROCA EDIFICARÉ MI
MAYOR DON A LA HUMANIDAD;**

**LA PRACTICA DE LA ENFERMERÍA -
AL SÉPTIMO DÍA, ÉL LEVANTÓ SUS
MANOS.
Y NOS LO HA DEJADO A NOSOTROS.**

MARGRETTA M. STYLES

**Te doy gracias Dios por haberme permitido
realizar un logro más en mi vida**

**A mis hijos por el gran amor que me brindan
en los momentos más difíciles, donde a punto
estuve de abandonar el barco.**

**A mi madre que sin su apoyo yo no hubiera
hecho posible mi sueño.**

**Y a ti disculpa por haberte restado
tiempo como pareja.**

Introducción.

En la actualidad el mundo entero se encuentra en un periodo de transición, nuestro país en particular necesita que el sistema nacional de salud cumpla con los propósitos y objetivos para los cuales fue creado. Se sabe que existen cambios económicos, educativos, tecnológicos y culturales los cuales predicen un incremento importante en la demanda de servicios de salud durante las próximas décadas, de aquí que surge la necesidad de innovación, en nuestro propio sistema de salud.

Por eso es importante la participación de Enfermería en este momento histórico tiene que actuar con profesionalismo y amor a su trabajo ser realista y no pensar que vamos a resolver la crisis que está viviendo nuestro país, pero el actuar con responsabilidad nos va a dar mucho como seres humanos y nos hará crecer como profesionistas.

Los que trabajamos dentro de muros, bajo un sistema administrativo podremos pensar que tenemos un campo limitado de acción, sin embargo dentro de muros también se crece ¿ como ?

no dejándonos consumir por el propio sistema, ni caer en apatía, las Enfermeras somos profesionistas, organizadas productivas, solo debemos cambiar de actitud, para comprender al individuo como un paciente con múltiples necesidades y problemas que se desprenden de su propia enfermedad y tener la capacidad para darle solución a los mismos, ayudándolo a su pronta recuperación, esto se nos facilitara si retomamos el proceso atención a enfermería, pues ésto no es algo nuevo, se ha trabajado en él desde antaño con las primeras investigaciones que realiza Virginia-Henderson quien elaboró grande trabajos sobre el campo de enfermería, como fué el proceso analítico y ejercicio profesional de enfermería en 1948.

El proceso atención enfermería es pensado, organizado, controlado y dirigido hacia una meta, que se alcanza al llevar a cabo el autocuidado al paciente hasta que alcance su autonomía interactuando con su entorno familiar y social para lograrlo.

Es una metodología muy completa y se adapta para satisfacer las necesidades de cualquier patología, lo básico de esto no solo es conocerlo y

comprenderlo, sino llevarlo a la práctica esto es importante para — poder saber si funciona o tiene errores que posteriormente se superecon la práctica elevando nuestro nivel de atención.

Debemos retomar el valor de nuestra profesión y no perdamos la ideología, pensando que entre más se sabe menos vulnérables y humanos tenemos qué ser recordemos que trabajamos con seres humanos y nuestro objetivo es ayudarlo a vivir mas feliz durante mas tiempo, brindándole lo mejor de nosotras..

El presente es un trabajo referente al proceso atención enfermería específico en Desprendimiento Prematuro de Placenta, que se levó a cabo en el Instituto Mexicano del Seguro Social, H. G. Z. M. L. No. 2 Tulancingo Hgo.

Se realiza este proceso porque considero que la problemática Materno Infantil de nuestro país en los embarazos de alto riesgo es muy importante pues encontramos cifras que contrastan con ésto y nos dicen que en México nacen dos millones y medio de seres cada año de los cuales el 27 % son productos de embarazo de alto riesgo

675,000. En consecuencia se estima que nacen 250,000 prematuros con trauma obstétrico 125,000 y con malformaciones 50,000, la mortalidad materna es de nueve por cada diez mil nacidos vivos (1).

Esto solo enmarcando un panorama general pero específicamente del padecimiento que presento tenemos que la patología de el Desprendimiento Prematuro de Placenta en los últimos años en el area de Dalas ha sido de uno por cada ochenta y seis partos su frecuencia. En el Parkland Memorial Hospital aplicando el criterio de Desprendimiento de Placenta , cuando el feto muere la incidencia ha sido una por quinientos partos (Pritchard y Brekken, 1967)

Es de llamar la atención que mientras que la muerte fetal intraútero por otras causas ha disminuido, la debida a Desprendimiento de Placenta Prematuro se ha incrementado (Parkland Memorial 1981, 1980). El 15% se debian a ésta causa en Birmingham , Inglaterra, ha hallado una tasa de mortalidad perinatal asociada abruptio placentae de 35 %.

Resulta evidente que el desprendimiento prematuro de placenta es un

problema obstétrico frecuente de especial gravedad para el feto y el recién nacido. Hoy en día la muerte materna por ésta causa es rara pero su morbilidad es común.

De allí el interés por este caso , por lo tanto al interactuar el proceso de atención de enfermería con la paciente descubri que toda su metodología, nos permite observar más allá de la simple patología que aqueja al paciente y mirar al ser humano que sufre y siente y está temeroso de lo que le pueda pasar , y lo difícil que es lograr una comunicación profunda que nos permita adentrarnos al paciente y poner en práctica la aplicación del proceso a través de toda su metodología logrando obtener resultados que lo van a favorecer aunque en éste caso no fueron completos pues ella perdió a su hijo, sin embargo como profesionalista puedo demostrar que el proceso atención enfermería eleva la calidad para la atención del paciente y nos brinda la oportunidad de ayudar a quienes nos necesitan demostrando que éste proceso es organizado controlado y dirigido hacia una meta, el bienestar del paciente.

JUSTIFICACIÓN.

En este momento tenemos problemas importante de salud en nuestro País , por lo que Enfermería no debe quedarse estática,debe actualizarse a pasos gigantes al mismo tiempo que la tecnología,obteniendo con esto más seguridad por sus conocimientos adquiridos, logrando dejar de ser la parte ejecutora sin un razonamiento y que este al mando de los grupos hegemónicos del sector médico .

Debe actualizarse para poder proyectar una imagen de cambio y positivismo a su alrededor, pues somos el eje del paciente, en su entorno permanecemos las 24 hrs. de los 365 días con ellos y de nosotros depende su recuperación total, o que logre una independencia.

El proceso de atención de enfermería trata de establecer una metodología, que fundamente las acciones de enfermería, científicamente y que estas se apliquen a cada caso en particular , ya sea un estado de salud

o enfermedad. En este caso se aplico al desprendimiento prematuro de placenta. Por ser considerada como una patología de embarazo de alto riesgo, y se desarrollo con la paciente todas las fases del proceso atención enfermería logrando alcanzar los objetivos que se plantearon para satisfacer las necesidades de la paciente no solo como tal sino también como ser humano, se logro entablar una comunicación con los familiares de la paciente haciendolos partícipes de la patología por la cual ella cursa, todo esto para obtener una interacción con el proceso la paciente, sus familiares y la enfermera, logrando con esto elevar la atención de calidad de atención hacia la paciente, y el interes del autocuidado de ella y sus familiares.

Vivimos tiempos difíciles en donde nuestro trabajo es importante, pues la competitividad extranjera, ya esta aquí, con la privatización de nuestras empresas, y algunos traen su propio personal altamente capacitado, porque su ideología y estructura educativa como su política es diferente a nuestro sistema. ¿Qué va a pasar con todo nuestro personal no preparado para el cambio?

El proceso atención de enfermería es muy completo y el que se pueda aplicar sería importante, sin embargo, la dificultad que se encuentra en el sistema administrativo de hospital y con el cuerpo médico: así como las obligaciones burocráticas impuestas hacen que el personal de enfermería, lo adapte de acuerdo a los recursos y políticas de cada Institución, buscando que funcione lo mejor posible, para brindar la atención y los cuidados directos al paciente, su familia, y la comunidad, elevando así la calidad de salud, a través del proceso atención de Enfermería.

Tenemos que romper con esta hegemonía que nos mantiene cautivas y cambiar de ideología.

Cuando logremos esa proyección y tengamos la visión de actuar, conforme a nuestros conocimientos científicos, y no estemos influenciados por la mercadotecnia de salud de las clases dominantes. De que solo tiene derecho a la salud quien puede pagarla.

Y podamos librarnos de ese burocratismo, dominante, siendo más humanas, mejores profesionistas, compañeras y le dediquemos a nuestros pacientes, más tiempo. Para poder desarrollar el P.A.E. como debe ser elevando así la calidad de atención y nos decidamos actuar en la práctica privada.

FALTA PAGINA

No. 9

Podremos decir que empezamos a despertar hacia ese cambio que tanto necesitamos y que nos va hacer crecer y ocupar un lugar de respeto dentro de nuestra sociedad y de nuestro País.

OBJETIVOS GENERAL.

- 1.- Buscar elevar el nivel profesional de enfermería y mejorar la calidad técnica, al aplicar el proceso de atención enfermería de las diversas patologías.**

- 2.- Con el proceso atención enfermería se busca mejorar la enseñanza - aprendizaje, de los futuros profesionales de enfermería.**

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- 1.- Motivar al personal médico y de enfermería a través de la exposición de estudios caso, sobre la importancia de realizar una buena historia clínica, a pacientes embarazadas.**
- 2.- Realizar un buen control prenatal de la paciente embarazada, para disminuir la morbi-mortalidad, materna y prenatal en el embarazo, y trabajo de parto con desprendimiento prematuro de placenta normoincorta.**

I- MARCO TEÓRICO

Investigación bibliográfica sobre el padecimiento

"DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA."

a) Concepto: es una complicación de la segunda mitad del embarazo y se define como el desprendimiento parcial o total de la placenta normalmente insertada. Se le conoce también como abrupto placentae (sig. que la placenta ha sido arrancada de su lecho)

Cuadros mas severos: apoplegia útero placentaria y utero de - couvelaire, se caracteriza por infiltración de sangre en el miometrio dando un aspecto al utero en forma perpendicular, de zonas violáceas.

b) Etiología:- sus causas precisas no son conocidas sin embargo con frecuencia se encuentra asociada con :

Toxemia, Miomatosis, Multiparidad, Edad avanzada, nutrición deficiente en hierro, y ácido fólico, factores derivados a enfermedad vascular degenerativa a nivel placentario, hipertensión crónica, Diabetes mellitus, enfermedad renal crónica, traumatismos directos en abdomen (raros), manipulación del abdomen en circular de cordón.

e).- Cuadro clínico.

al presentar desprendimiento de una parte de la placenta, se forma un coágulo retroplacentario aumentando el tamaño de el útero, o de acuerdo a su localización, despega las membranas y da salida a la sangre a través del útero y la vagina provocando hemorragia externa de cantidad variable.

- Existe sangrado moderado(cabeza bien encajada)

Rojo obscuro (Vinoso)

- Acompañado de dolor (por la infiltración de la sangre en el miometrio y esto ocasiona contracción uterina).

- Útero tetánico (en caso de desprendimiento masivo da sensación palpable de útero leñoso)

-Aumento en intensidad y frecuencia de contracciones- hipoxia neonatal, frecuencia cardiaca fetal disminuida, e hipomotilidad fetal - muerte del producto.

La mortalidad es muy alta su unica oportunidad es la suerte.

d) La infiltración de la sangre al miometrio ocasiona : que las fibras musculares sufran degeneración convirtiéndose en una fibra,(Atonía Uterina) .

E) Al haber Atonía uterina no hay involución uterina hay sangrado importante, el coágulo retroplacentario va creciendo cada vez más y provoca consumo masivo de factores de coagulación materna, paso de Tromboplastina de la Placenta a la circulación materna, provocando consumo de Fibrinógeno y disminución de plaquetas.

Y es una de las causas importantes de sangrado pos parto y llevar a la paciente a insuficiencia Renal Aguda. Este cuadro presenta una morbilidad y mortalidad materna por estado de Shock Hipovolémico. Útero Cuvalier.- Útero con venas amoratadas por la gran infiltración sanguínea al miometrio.

Tratamiento:

Histerectomía (para saber si esta es necesaria) se inyecta oxitocina local o sistémica 15-30 u. Se observa 5 o 10 minutos si el útero se contrae, es que todavía funciona, si no es así se realiza Histerectomía.

Por el problema de Atonía sumado a los factores de coagulación, condiciona sangrado importante).

Coagulopatía.

cuarta causa de sangrado posparto.

Primera hora 12 a 15 % tasa de mortalidad.

Segunda hora 25% " "

Tercera hora 80 % " "

Tres complicaciones graves:

Atonía uterina, coágulo retroplacentario, óbito.

Exámenes de laboratorio.

B.H. Completa, Q.S. T.P. T.P.T. Grupo R.H.

Pruebas cruzadas, cuantificación plaquetas, fibrinógeno.

Diagnóstico:

Historia clínica para detectar a través del interrogatorio antecedentes toxémicos o evolución de desprendimiento placentario.

Ultrasonografía para corroborar situación y condición placentaria.

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

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

Clasificación

En hemorragia de tipo: externa, oculta y relativamente oculta.

a) Externa: 30% de la sangre escurre a través del orificio cervical, el desprendimiento placentario es incompleto, las complicaciones son pocas y menos graves.

b) Oculta: 20% la hemorragia está en cavidad uterina, el desprendimiento de la placenta de su lecho tiende a ser completo y a menudo las complicaciones son graves.

c) Relativamente oculta: la hemorragia de una placenta desprendida en forma incompleta puede ser oculta por membranas íntegras en cuyo caso se dice que está relativamente oculta.

T r a t a m i e n t o

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

- El grado de shock
- Pérdida de sangre estimada
- Condiciones del feto
- Presencia de toxemia.

En desprendimientos pequeños se orienta a proteger el producto.

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

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

Vaginal, observar si el sangrado es importante-reposición de sangre. Buscar datos del cérvix (borramiento, dilatación). Descartar placenta previa en todos los casos de ruptura de las membranas.

En condición fetal buena: parto en corto tiempo, administración de oxitocina para conducir trabajo de parto buscando actividad contráctil uterina, coordinada y sincronizada.

En estado precario fetal, y sin condición materna propicia para esperar un parto a corto tiempo y el sangrado es importante, debe recurrirse a operación cesárea.

En ocasiones hay desprendimiento extenso y foco fetal audible, una cesárea de urgencia puede salvar al producto y disminuye la mortalidad materna.

Debe practicarse análisis a intervalos cortos para vigilar los factores de coagulación para prevenir los estados de afibrinogenemia.

PRONOSTICO.-A igual que el tratamiento dependerá de el grado

de desprendimiento de la pérdida sanguínea y de la presencia o ausencia de complicaciones.

El desprendimiento de placenta es una complicación grave pero poco frecuente, se presenta una cada 200 o 400 embarazos, la mortalidad fetal es muy alta , hasta del 95%.

"Desprendimiento prematuro de placenta normalmente insertada"

Concepto: se define como el desprendimiento parcial o total de la placenta o como abruptio placentar.

PERIODO PREPATOGENICO.	PERIODO PATOGENICO.
<p>AGENTE. Toxemia, vascularización defectuosa, retiene, legredo multiparidad, malformaciones, conginitas de útero.</p> <p>HISTORIA. Mujer embarazada 2° Trimestre de embarazo.</p> <p>AMBIENTE. Nivel socioeconómico cultural bajo.</p>	<p>AGNOS Y SINTOMAS. Sangrado moderado, tipo obscuro, dolor abdominal, útero distendido (tenso), trabajo de parto acelerado. Hipoxia del producto. Hipomatemidad fetal. Inmunización frecuente, estrés, fetal. Sufrimiento fetal.</p> <p>ALTERACIÓN TEGULAR. Al coagulo tiempo la decida basal, abriendo y dieran de la placenta.</p> <p>DESARROLLO DE LA ENFERMEDAD. Al desprenderse parte de la placenta, se forma el coágulo retroplacentario, o hay desprendimiento bru : la] sta con hematomas si fro-</p> <p>ENFERMEDAD. Desprendimiento prematuro de placenta, no me inserta poca intensidad pero mortal.</p> <p>COMPLICACIONES. Muerte fetal. Síndrome de desfiguración. Hemorragia por transfusión.</p> <p>MUERTE. Se puede presentar Necrosis cortical, renal. Necrosis hipofisiaria. Pero la paciente casi siempre muere antes.</p>
<p>ESQUEMA: Hipertensión Fisiología. Actividad sexual. Estaro vascular ... rala... .. part... ..</p>	

II.-METODOLOGÍA.

5.- ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA..

Se requiere trabajar sobre las etapas que lo conforman.
En primer lugar se efectuara la valoración.

5.1.

LA VALORACIÓN. Implica el desarrollo de la historia clinica de enfermería, que es un elemento importante en la investigación del proceso, atención de enfermería, por ser la primera etapa de contacto y relación con el paciente, se interroga en forma directa.

El interrogatorio es básico, para obtener una idea de lo que piensa, de su enfermedad y de estar hospitalizado, sus dudas, temores, conocer sus hábitos y costumbres.

Nuestros sentidos son básicos para integrar mejor nuestro diagnostico. (Vista-edema. Olfato-olor de pseudomona. Tacto-dolor. Oído-ruídos extraños.) con ellos detectamos situaciones importantes. La segunda parte de la investigación, es de forma indirecta, a través del expediente clinico; familia, cardex, bibliografía, etc.

Después de haber realizado la captación de datos del paciente identifican y determinan las necesidades y problemas que afectan al paciente, elaborando los diagnósticos de enfermería.

52

EL DX. DE ENFERMERÍA. Es un supuesto, conjetura o conclusión sobre el estado integral de un individuo, que permite determinar objetivos y acciones para resolver sus problemas de salud. el diagnóstico de enfermería es individualizado porque se busca la necesidad de la persona.

Es continuo, se inicia desde que el paciente esta bajo el cuidado, de enfermería, hasta que prescinde de ella.

Es dinámico. Se adapta de acuerdo al estado del paciente. Todo el esfuerzo de la elaboración de un diagnóstico merece, la pena, para lograr humanizar un poco mas la atención de enfermería. Pensar que los pacientes no son el fin de nuestra profesión, sino medios para desarrollar nuestra potencialidad, disminuir limitaciones, y cumplir con una de las misiones más humanas, retomar los estragos de la

enfermedad, y ayudar al paciente en el camino de la recuperación o Transformar, los momentos de agonía, en una muerte digna, no solo para el individuo enfermo, sino para la familia y la sociedad.. Una vez realizados los diagnósticos de enfermería se pasa a la siguiente etapa la cual se denomina planeación.

5.3

LA PLANEACIÓN:

Requiere de coordinación entre los miembros del equipo de salud, es el instrumento que dirige en forma ordenada y continua las actividades de enfermería.

Pues sus fines son:

- 1.- Individualizar la atención de enfermería.
- 2.- Asegurar continuidad del cuidado de enfermería.
- 3.- Proporcionar cuidado directo a los pacientes.
- 4.- Obtener una base para determinar los resultados del cuidado de enfermería

El plan de cuidados es una hoja de trabajo, que como regia

no forma parte del expediente, y las anotaciones realizadas en el pueden suprimirse, cuando se vuelvan obsoletas, no necesariamente tienen que ser escritos, sin embargo para llevar un seguimiento en la atención a través de los cuidados, se considera necesario tenerlo por escrito.

La siguiente etapa comprende la ejecución.

5.4. EJECUCIÓN.

Es la etapa que equivale a la actividad física de la enfermera de acuerdo a lo planeado y se requiere de habilidad, destreza y proporcionar cuidados de enfermería de buena calidad, respetando los principios científicos.

Tomando en cuenta los sentimientos del paciente, su aspecto afectivo es muy importante, por eso resumiendo se puede señalar que enfermería trabaja con el cerebro, el corazón y las manos.

La toma de decisiones de cada enfermera estará influenciada por sus conceptos básicos sobre la responsabilidad en la atención de los pacientes, pues la práctica de enfermería esta influida por la filosofía de la enfermera y de la vida de quien realiza la atención. Habrá ocasiones muy frecuentes en que algunas actividades podrán delegarse, si es así, se requiere seleccionar a la persona capaz de ejecutar la acción

correspondiente considerando para ello no solo al paciente, sino también a la enfermera y sus capacidades, ya que existe una gama de potencialidades diferentes en cada enfermera para ello se hace necesaria la selección adecuada para los servicios ,principalmente de aquellos que requieren de cuidado intensivo. La fase de ejecución consta de varias actividades:

Validación del plan de atención.

Documentar el plan de atención.

Brindar atención de enfermería.

Continuar la recolección de datos.

Todas las actividades mencionadas son de suma importancia pues marcan la pauta para que la ejecución se realice.

La evaluación es la última etapa de conformación del proceso, que precisa nuevamente la valoración al paciente con base a los resultados planeados y esperados.

LA EVALUACIÓN, en sí, es un proceso continuo y sistemático, que consiste esencialmente en determinar, si las actividades se realizaron

con el conocimiento, habilidad y destreza, necesaria en base a los objetivos trazados.

Cumple la función de retroalimentar el trabajo realizado, permitiendo mejorar la adecuación de actividades ejecutadas.

Es necesario que el investigador conozca los resultados de su esfuerzo con el objeto de que pueda mejorar o rectificar sus actividades posteriores.

III.- VALORACIÓN CLÍNICA . DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE.

Generales del paciente.

Nombre: M.B.L.T.

Sexo: Femenino.

Edad: 35 años.

Domicilio: Calle San Juan SCS. Ventoquipa Municipio de Santiago
Tulantepec.

Estado civil: Casada.

Religión: Católica.

SITUACIÓN ECONÓMICA :

Pertenece a situación económica de nivel medio bajo, ya que su esposo trabaja en ferrocarriles nacionales y recibe un salario quincenal de \$560.00n/p. y lo distribuyen para la comida gastos de la casa y su hija, ella participa con una mínima cantidad de ingreso que varía pues es cultora de belleza y su trabajo no es constante.

ORGANIZACIÓN FAMILIAR.

Ella vive sola con su hija la mayoría del tiempo, su esposo es joven tiene 35 años ,no toma ni fuma ,como dato importante no esta circuncidado, cuenta con su esquema de vacunación completa.

La paciente cuenta con su esquema de vacunación completo es de carácter introvertido, no realiza ningún tipo de deporte, dentro de sus recreaciones le gusta ver la televisión. En este momento se encuentra preocupada y triste por el padecimiento que esta presentando , pues desean el bebe los dos , como pareja tienen poca comunicación ,sin embargo estaba programado este embarazo y ella se retiro el dispositivo hace 2 meses.

Niega toxicomanías, es importante resaltar que no tiene diversiones, ni recreaciones personales su vida es monótona y rutinaria con los quehaceres del hogar.

Sus descansos los ocupa para visitar a su familia.

LUGAR QUE OCUPA EN LA FAMILIA.

Son 8 hermanos y ella ocupa el sexto lugar, su papá tiene 65 años, y es de ocupación albañil, su mamá tiene 57 años, y es ama de casa sus 7 hermanos tiene diferentes oficios pero ninguno es profesionista.

CONDICIONES HIGIÉNICAS DEL HOGAR.

Tiene una casa pequeña cuenta con 4 cuartos, una recámara, la cocina sala comedor y baño, tiene drenaje pero el baño no cuenta con regadera, la construcción es de block sin aplanados, con piso de cemento y techo de concreto, cuenta con buena iluminación, y agradable ambiente térmico, cuenta con agua intradomiciliaria, por la noche utiliza luz eléctrica.

HÁBITOS HIGIÉNICOS ALIMENTICIOS.

Se baña cada tercer día en casa de su suegra por no contar con servicio de regadera.

Con cambio de ropa total diariamente, aseó de manos antes de preparar alimentos y después de ir al baño, se lava los dientes 3 veces al día, hierva el agua para tomar 10 minutos desinfecta fruta y verduras, la basura la tira en bolsas al camión recolector cada tercer

día, su alimentación es, desayuno, a las 7.30 a.m.

A base de tortas de huevo, jamón, toma leche, café, chocolate.

La comida es a las 13 hrs. consume verduras 3 veces por semana-
pollo 2/7 -carne 1/7- huevo 1/7, frijoles y cereales 7/7. Por lo regular
cenan a las 21 hrs. pan y leche.

Cabe mencionar que aunque la paciente refiere ingerir alimentos de
excelente calidad, ella tiene un semblante pálido, y facies de can-
sancio, como si su dieta fuese deficiente en vitaminas , hierro y ácido
fólico.)

Sus alimentos de preferencia carne, salsas, enchiladas.

Desagradables las verduras, intolerancia aparentemente a ninguno.

RECURSOS DE LA COMUNIDAD.

Su comunidad es pequeña y abunda la gente que se dedica al comer-
cio y al campo.

ANTECEDENTE PATOLÓGICOS Y NO PATOLÓGICOS DE LA PACIENTE.

Refiere que presentó sarampión en la infancia, y en su primer
embarazo curso con fiebre tifoidea ,en el octavo mes, además curso

también con infección de vías urinarias controladas, no acudió a control prenatal, en el primer embarazo ni en el actual.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS Y NO PATOLÓGICOS DE SUS FAMILIARES.

Abuelo Materno falleció de cáncer en un molar, abuela paterna desconoce de que murió, padre de 65 años, albañil aparentemente sano, madre de 57 años con hipertensión controlada demás familiares aparentemente sanos.

PADECIMIENTO ACTUAL, FECHA DE APARICIÓN Y SINTOMATOLOGÍA PRESENTADA.

Dentro de sus antecedentes Gineco obstétricos, menarca a los 12 años, ritmo de 30x4, sin dolor. I.V.S.A. 15 años, con una pareja sexuales, método de planificación familiar el dispositivo, es G-2 P 0- C.1. A. 0. F.U.M. 18 Julio 95. F.P.P. 25 de Abril -96.

Fecha de primer ingreso al hospital 17-01 96.

Femenina de 35 años con amenorrea secundaria a embarazo de 25-26

semanas de gestación, sin control prenatal. desde la octava semana inicia con dolor pélvico hace 8 días con sangrado moderado rojo, dolor, con sintomatología de infección de vías urinarias presenta disuria, poliuria, tenesmo vesical, y con datos de placenta con inserción baja ,cesárea hace tres años, con trabajo de parto prolongado, control prenatal a base de dispositivo intrauterino, a la revisión física de la paciente encontramos que de fondo uterino tiene 24. cm. al realizar las maniobras de leopold. palpamos un solo producto , vivo con f.c.f. de 140 x' el tacto vaginal , nos muestra un cervix blando , con presencia de flujo verde fétido, sus signos vitales normales, paciente subhidratada.

PLAN:

Se interna con las siguientes indicaciones. reposo absoluto, exámenes de laboratorio (bh., qs, ego,)ultrasonido obstétrico, se canaliza con sol gal 5 % de 1000 ml, p.m.v. se maneja con Indometacina supositorios, y ampicilina 1 gr. i.v. aposito testigo Interconsulta a Ginecología. la paciente cursa en este momento con t/a de 90/60 f.c. de 80x' f.r. de 20x' temp. de 36. 0c.

18-1-96 Segundo día hospitalizada.

Continúa con dolor leve suprapúbico pero a desaparecido el s.t.v.
refiere movimientos fetales, la frecuencia fetal está en 148x' se
difere tacto apósito limpio.

PLAN.

Dieta normal se continúa con antibiótico. se agrega sulfato ferroso y
ácido fólico 1/24 hrs. Reposo absoluto, vigilar sangrado transvaginal
y e.g.e y s.v. la paciente cursa con T/A 110/80 f.c. 80 x'f.r
20x'temp. de 36.5 °c.

Se le proporcionan cuidados específicos de enfermería a la paciente.

19-1-96 Tercer día hospitalizada.

No presenta salida de líquido trans vaginal, ni contracciones uterinas,
f.c.f normal, tacto diferido, no sangrado transvaginal.

PLAN.

Alta por mejoría, sale con receta de antibiótico analgésico y sulfato
ferroso y ácido fólico cita en una semana con su médico familiar. sale
con t/a. de 110 60- f.c. de 78x' f.r. 15x'temp. de 36.5 °c.

SEGUNDO INGRESO DE LA PACIENTE.

15- de Febrero de 1996.

Paciente femenina de 35 años con embarazo de 30 a 31 semanas de gestación, con sangrado transvaginal, en poca cantidad, con el antecedente de que hace un mes estuvo hospitalizada por i.v.u. y presentar sangrado transvaginal moderado, secundigesta que cursa con embarazo complicado con s.a.v. secundario a placenta previa parcial.

Se realiza tacto vaginal cervix central blando no hay sacividad uterina .

El 16 y 17 de febrero el sangrado es escaso no tiene actividad uterina, la motilidad fetal normal, buena hidratación, buen estado general.

El 18 de febrero la paciente presenta sangrado transvaginal rojo claro, escaso, niega actividad uterina, persive movimientos fetales.

consiente tranquila con palidez de tegumentos , f.c.f. 136 x' aposito
testigo con escaso sangrado rojo claro, tacto vaginal diferido el
día de maña se corrobora por ultrasonido , implantación de placen-
ta.

El 19 de febrero de 1996 continua con sangrado transvaginal , no
actividad uterina, cardiopulmonares normales , f.c.f. 134 x' Plan
cruzar una unidad de sangre. (la cual nunca se cruzo.)

El 26- de febrero la paciente se encuentra angustiada deprimida y
presenta complicaciones hay sangrado transvaginal abundante con
cuagulos importantes con producto vivo, con f.c.f. 134 x' la paciente
cursa con una t/a de 110/60.

PLAN.

Pasa a quirófano para interrumpir el embarazo por via abdominal,
se le informa a la paciente sobre el riesgo que corre el producto y se
solicita una unidad de sangre.

TÉCNICA QUIRÚRGICA.

Bajo anestesia General asepsia y antisepsia de la región colocación de campos esteriles , previa cateterización vesical, disección de cicatriz antigua, disección de pared abdominal por planos hasta la cavidad.

Histerotomía por planos se encuentra placenta con datos de desprendimiento y se puede observar un gran coágulo retroplacentario la paciente sangra abundantemente.

Líquido amniótico de regular cantidad claro sin grumos, se extrae producto de sexo masculino con apgar de 5-6- limpieza de cavidad extracción de restos placentarios, no se coloca Dispositivo, se realiza histerorráfia por planos , cierre de pared abdominal por planos en forma habitual. .

DX. Desprendimiento de placenta con datos de placenta previa parcial, producto pretermino de 30-31 semanas de gestación, con datos de membrana hialina el cual se traslada a C.M.N.R. por no contar con servicio de perinatología, esta unidad.

El 21 de febrero es su segundo día pos operada, la paciente refiere dolor intenso, en hipogastrio que no permite la deambulaci6n, loquios

normales, peristaltis disminuida. sus loquios son hemáticos no fetidos de regular cantidad, pte, con una marcada palidez de tegumentos, mamas congestionadas de gran tamaño. Paciente deprimida.

22 de Febrero de 1996. Alta de la paciente, tolera v.o. canaliza gases, diuresis normal, signos vitales normales consiente, tranquila deprimida por no saber de su producto, palidez de tegumentos abdomen blando depresible, útero involucionado, h.q. limpia, bordes bien afrontados loquios normales, t/a 100/70 f.c. 90x/ra. 16x

NOTA DE ALTA

FECHA DE INGRESO 15 DE FEBRERO 96

FECHA DE EGRESO. 22 DE FEBRERO 96

DÍAS DE ESTANCIA 7

ESTUDIOS DE GABINETE

17-Enero 1996.

Útero gestante ocupado por producto único vivo, con latido cardiaco rítmico, y frecuencia normal con movimientos fetales activos en

situación longitudinal con dorso anterior y presentación pélvica con diámetro biparietal, de 66ml. y l.f. 47 ml.

Placenta corporal y anterior previa parcial (corporal anterior) liq. amniótico normal. L.D. Embarazo de 25.5. semanas por ultrasonido producto único vivo

Presentación pélvica, con placenta previa parcial (corporal anterior) líquido amniótico normal.

19 de Febrero de 1996.

Segunda ultrasonido, útero gestante ocupado por producto único vivo latido cardíaco rítmico y frecuencia normal, con movimientos fetales activos, en situación oblicua, polo cefálico inferior con d.b.p. 2ml. con l.f. 61mm. Placenta corporal baja parcial características sonograficas, grado 1, líquido amniótico con cantidad normal. Embarazo 30-31 semanas por ultrasonido, producto único vivo con placenta previa parcial, líquido amniótico normal.

TRATAMIENTO ESTABLECIDO EN LA INSTITUCIÓN.
SE INICIA EL 17 De Enero de 1996 Hospitalización, reposo

absoluto, decúbito lateral izq, vigilar sangrado transvaginal, vigilar f.c.f. sol g.al 5% de 1000 p.m.v..

ampicilina, indometacina, laboratorio solo bh, y ego.

El 20 de Febrero se maneja con ampicilina indometacina, acetaminofeno, sulfato ferroso, y se ordena cruzar una unidad de sangre, se pasa a quirófano.

El 21 de Febrero -96. Indicaciones pos operatorias, hartman sol. de 500ml. p.m.v. posteriormente solución glucosada al 5% 1000 ml. p/24 hrs.

Acetaminofeno, 600 mg. v.o. cada 6 hrs. baño y deambulaci6n asistida.

RESUMEN DE LOS RESULTADOS EN EL EXAMEN DE LABORATORIO Y GABINETE.

El 17 de Enero del 96, se le toma Biometría hemática, y se le reporta una hemoglobina de 10.9 un hematocrito de 34, y can.h.g. de 32, se recalca que es la única muestra de laboratorio que se le toma en toda su estancia hospitalaria desde el primer ingreso y el segundo, se le solicito glucosa de 67 mg.

El Examen general de Orina reporto un pH de 5.

**bacterias +++ cel epiteliales. 2++ . leucositos 1-2 por campo.
eritrocitos 2-4 xc.**

**V.D.R.L. Negativo. no se le solicito ni tiempo de protrombina ni
plaquetas.**

Grupo y Rh.

**La paciente ingresa con un diagnostico de amenaza de parto
prematuro el 17-de Enero de 1996. y su Diagnostico de Egreso
puerperio pos cesaria por desprendimiento de placenta.**

IV. PLANEACIÓN EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.

1°.- Paciente femenina de 35 años, segundigesta con embarazo de 25 -26 semanas de gestación, que ingresa al servicio de urgencias por primera vez, por presentar, sangrado transvaginal en poca cantidad , secundario a placenta previa parcial, no lleva control prenatal, se controlaba con dispositivo no le realizaron cesaria hace tres años.La paciente se observ angustiada.

2°.- Paciente femenina segundigesta con embarazo de 25 a 26 semanas, de gestación, con aumento de sangrado transvaginal color rojo claro, no existe actividad uterina, presenta infección de vías urinarias.(disuria, tenesmo, flujo verdoso y fétido.

3°.- Paciente femenina con embarazo de 25 -26 semanas de gestación el día de hoy 19 de Enero de 1996, continua con sangrado transvaginal, sin haber actividad uterina, con facies de angustia y palidez de tegumentos.

4°.- Paciente femenina con el segundo ingreso hospitalario, con 30-31 semanas de gestación, signos vitales estables el día de hoy presenta sangrado transvaginal abundante, con presencia de coágulos importantes, el día de hoy se someterá a operación cesaria, se deprime al informarle que el producto corre alto riesgo de morir.

5°.- Dx. de enfermería transoperatorio, paciente cociente femenina de 30-31 semanas de gestación, durante la disección de planos presenta datos de desprendimiento de placenta de un 60 %

aproximadamente, con gran coágulo retro placentario, sin infiltración uterina, presentando hemorragia importante de 600-800-ml. aproximadamente su presión arterial de 70/ 50.(hipotensa) frecuencia cardiaca de 120 x'(taquicardia).

Se extrae producto único vivo de 30 semanas de gestación, con datos de membrana hialina.

6°.- Paciente femenina, de 35 años de edad pos operada de cesaria, hipotensa estabilizandose lentamente, sangrado transvaginal normal, semi-inconsciente palidez de tegumentos.

7°.- Cursando el segundo día de posoperada, refiere dolor intenso de herida quirúrgica no datos de infección en herida marcada palidez de tegumentos.

8°.-la paciente presenta buena involución uterina, diuresis presente, en el área psicológica, se encuentra deprimida, adinamica, facies de angustia, por no estar con su bebé

EVALUACIÓN DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA.

En conclusión, paciente femenina, de 35 años de edad, segundigesta con embarazo de 30-31 semanas de gestación, la cual cursa primero con una repetitiva infección de vías urinarias, presentada también en el primer embarazo. aunado a una dieta deficiente de hierro y ácido fólico, mas la detección a través del ultrasonido de la placenta previa parcial, son causas importantes para desencadenar el desprendimiento prematuro de placenta. Aunado a esto también la aplicación del dispositivo.

En el area afectiva presenta depresión clínica, favoreciendo a esto su caracter introvertido, y el no contar con el apoyo de su esposo que se encontraba de viaje, además es una persona que no realiza actividades recreativas, cuenta con una vida rutinaria y monotonía.

A esta situación se le agrega la perdida del producto, por lo que ella reacciona con un pensamiento utópico, a la vida, y sentimientos de culpa, soledad, y abandono.

PLAN.

1.- Se proporciona apoyo emocional a la paciente para que se interese por su persona, y que incremente el anhelo por vivir por su hija que la espera en su hogar que visite al médico para llevar un control de su salud y posteriormente con el tiempo se pueda volver a embarazar pero con previo control del embarazo.

2.- aceptar lo importante que es la salud que se realice exámenes de laboratorio por las cifras de hemoglobina bajas que presento, y visite al médico para su control.

Concientizandole sobre la importancia que tiene el autocuidado para su salud.

3.- respecto a la nutrición adecuada que incremente calidad de alimentos a su dieta enmarcando la importancia que tiene esto dentro de su vida, y enseñarle los beneficios que obtendrá. Así como los alimentos que contienen estos nutrientes.

4.-seguimiento.

Visitas domiciliarias, para ver si realmente se convenció y esta llevando todo lo aconsejable a la practica, enfatizando que se preocupe un poco más por ella como persona, y tenga actividades que le produzcan relajación, y distracción.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:

Paciente femenina de 35 años de edad con embarazo de 25- 25- semanas la cual inicia con sangrado transvaginal, moderado, de color rojo , sin actividad uterina.

La paciente no lleva control prenatal.Se percibe facies de angustia y marcada palidez.

OBJETIVO.

Disminuir el sangrado transvaginal de la paciente, a través de cuidados de enfermería , evitando hacer que se desencadene trabajo de parto prematuro y orientarla sobre la importancia que tiene que llevar un control prenatal con la Enfermera Materno Infantil. Para evitar complicaciones posteriores para ella y el producto, hacer como las funciones que realiza la misma

Atención prenatal.

Se le proporciona orientación a la paciente sobre las actividades que se realizan en el servicio de materno infantil como es:

a.- Fomentar un clima de confianza. Para que la paciente acepte el programa y acuda al médico o la enfermera para su control.

b.- Se le realiza examen de Mamas a la paciente y se le proporciona orientación sobre la importancia que tiene el realizar la inspección de las mismas.

c.-Examen abdominal a la paciente.

A través de una cinta métrica y las manos de la enfermera.

La atención Prenatal es importante porque orienta a la mujer durante el Embarazo, Parto, y puerperio. Con acciones de prevención, y atención oportuna al padecimiento. Promoción de la integración y el bienestar familiar. Vigilar a la mujer embarazada y menores, para detectar factores de riesgo que pueden modificar o alterar el embarazo.

b.- Para detectar cambios fuera de lo normal de el embarazo como son:

-Cambios importantes de la normotensión.

-Inflamación, enrojecimiento, ardor drenaje purulento.

-Secreción de calostro, grietas o fisuras.

Y se realiza a través de la palpación, e inspección, fomentando relajación y respeto a la paciente.

c.- Es importante este examen pues a través de el se manifiesta el crecimiento normal o anormal del producto pudiendo orientar a la madre sobre la alimentación que ella lleva, y se realiza a travesde.

Colocar a la paciente en decubito dorsal.

d.-Se procede a detectar T/A a la paciente, explicándole que esta es una actividad del módulo materno infantil también y porque es importante esta acción.

e.-Se registra el foco fetal, a la paciente proporcionándole una preparación psicológica antes de descubrir el área, física, nuevamente se le explica a la paciente la importancia que tiene este registro.

Colocar una cinta métrica, a nivel de la sínfisis del pubis, se toma entre los dedos índice y cordial y se desliza hasta tocar el fondo uterino de la paciente. Entre la semana 16 y 22, el crecimiento puede ser más rápido al elevarse el útero desde la pelvis hacia el interior del abdomen. También se realiza el peloteo del útero entre la semana 16 y 20 da la impresión de que el útero esta ocupado por un objeto flotante.

d.-Este control es importante pues alerta a la enfermera que cualquier cambio de las cifras tensionales son datos de alarma, para proteger a la paciente de trastornos hipertensivos, (preclampsia) consumos inadecuados de sal.

La tensión arterial media raramente cambia en el primer trimestre, disminuye en el segundo y muy lentamente aumenta en el tercer trimestre de embarazo. e.-este registro nos habla de la vitalidad del feto.

f.- Otros de los aspectos importantes, que se comentan con la paciente es el que debe saber valorar los movimientos fetales, y en caso de no sentirlos acudir al médico de inmediato.

g.- Se corrobora el peso de la paciente en cada visita.
solo se necesita una báscula, y registrarlo en la hoja de control.

50

Su propósito es obtener la frecuencia y determinar el ritmo, la calidad de lo que se escuche revela el riesgo o bienestar del feto.

f. El valorar el movimiento fetales saber si hay bienestar en el la percepción de los movimientos fetales en la madre, constituy en un auxiliar para la valoración clínica del bienestar fetal.

Existe una correlación bien definida entre la disminución de la actividad fetal y el riesgo en el mismo, de allí la importancia de que la madre sepa que esto es un signo de alarma, y debe estar alerta a lo que perciba de su bebe.

g.- Se registra en cada visita prenatal, y proporciona información, acerca de la respuesta normal o anormal del embarazo, puede haber retención de líquidos, extracelular, crecimiento del producto, o hábitos dietéticos, nos puede hablar de (polihidramnios, preclamsia embarazo gemelar, etc.)se registra el peso actual y se compara con el de la visita anterior, no es recomendable que la enfermera

h.- Se le revisa a la paciente datos de edema. Presionando con el dedo índice las manos o miembros inferiores.

i.- Presta preparación psicológica a la paciente. Se procede a

Revisar las varices de miembros inferiores o vulvares.

j.- Se proporciona orientación a la paciente sobre el cuidado de su piel para evitar lesiones ó estrías, durante y después del embarazo.

51

la enfermera de orientación de extremar restricción del peso ni tampoco de que lo incremente la paciente.

h.-Edema generalizado, se corroborar presión arterial y E.C.G. para descartar alguna patología o mal funcionamiento orgánico. Pues el edema en una etapa tardía del embarazo sin patología hipertensiva, parece tener carácter fisiológico.

El extasis sanguíneo en la pelvis y extremidades inferiores, durante el embarazo es común, sin embargo, se puede presentar tromboflebitis, por lo que se debe vigilar y orientar a la paciente sobre los ejercicios adecuados para disminuir el flujo sanguíneo, y no le ocasione problemas.

j.- La etiología de la región se debe determinar y la paciente diabética debe ser instruida, detalladamente, acerca del cuidado y prevención de cualquier lesión que afecte la integridad de la piel. la paciente debe lubricar su vientre con

k.- Se orienta a la paciente sobre la alimentación que debe llevar durante el embarazo.

2.- Se coloca a la paciente en reposo en cama, concientizandola de que si no la lleva a cabo sera fatal para ella ó el producto.

3.-Se coloca a la paciente en posición decúbito lateral izquierdo.

52

Acelte, e ingerir suficientes líquidos hacia como el no rasear la piel.

Aquí se orienta a la paciente sobre la que debe de comer según los requerimientos del producto, esta debe ser balanceada, no condimentada, disminuir la sal, rica en hierro, ácidos folico, en proteínas, y tomar suficientes líquidos para disminuir infecciones de vías urinarias.

2.- este es vital ya que la paciente tiene antecedentes de placenta previa y esto evitara el desprendimiento de la placenta pues se evitan movimientos bruscos que provoquen alteraciones a nivel de la implantación y disminuye la actividad uterina.

3.- Esta posición favorece la oxigenación del producto, pues en posición decúbito dorsal, se comprime la vena cava, se presenta hipoxiación en la paciente, provocando contracciones uterinas e hipoxia al fñ.

2.- Diagnostico de Enfermería .

Paciente femenina secundigesta con embarazo de 25-26 semanas de gestación.

Que cursa con sangrado transvaginal escaso no doloroso secundaria placenta previa. con cesárea iterativa de 3 años, antes se controlaba con dispositivo, y se la retira dos semanas antes de embarazarse, se le solicita ultrasonografía.

OBJETIVO. Preparar a la paciente para el ultrasonido y así poder valorar situación de la placenta y proporcionar tratamiento adecuado, evitando complicaciones con el producto y la madre.

53	ACCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA
----	------------------------	---------------------------

Se prepara físicamente y psicológicamente a la paciente para realizarle la ultrasonografía.

a.-se toman signos vitales y se traslada en camilla al servicio de ultrasonidos, previa preparación psicológica, aclarando que ese estudio no afecta al producto ni a ella.

Se proporcionan cuidados específicos,
a paciente con antecedentes de placenta previa parcial.

54

El ultrasonido es un estudio confiable, que da diagnósticos ciertos, para proporcionar buenos resultados consiste en observar resonancia de sonido con imágenes acústicas.

fecha 17 de enero 06

Útero gestante, ocupado por producto único vivo, con latido cardíaco rítmico, y frecuencia normal, situado con dorso anterior y presentación pélvica.
I.D. Embarazo 25,5 semanas por ultrasonido producto unico vivo presentación pélvica con placenta previa parcial (corporal anterior)liquido amniótico normal.

Definición: En la placenta previa la placenta en lugar de estar implantada en el cuerpo del útero por fuera del orificio cervical interno, se localiza por encima del orificio interno o muy cerca de él.
Hay 4 grados Placenta previa total, previa parcial, previa marginal, y placenta de baja implantación.

FRECUENCIA. La placenta previa que

Se coloca a la paciente en reposo en cama.

55

se manifiesta clínicamente , es una complicación grave aunque poco frecuente . Las estadísticas contradictorias sobre la incidencia de los diversos grados de placenta previa reflejan principalmente la falta de precisión en una definición y en la identificación. Debe clasificarse la hemorragia indolora por separación focal de la placenta implantada en el segmento uterino inferior, pero fuera del orificio cervical parcialmente dilatado como placenta previa o como desprendimiento de la placenta?

Es una pregunta difícil de contestar. Etiología. La multiparidad y la edad avanzada parece favorecer así como la vascularización defectuosa de la decidua, el posible resultado de las alteraciones inflamatorias o atroficas o una placenta grande.

a.-El reposo absoluto ayuda a prevenir la fatiga, pues el agotamiento de la energía de las células nerviosas resulta en fatiga esta causa daño al organismo

b.-Se orienta a la paciente sobre la importancia de que adopte la posición decúbito lateral izquierdo.

c.-Se vigila sangrado transvaginal.

Colocando apósito testigo vulvar, en la paciente.

d.-Se vigila signos vitales de la paciente.

T/A 90/60 F.C 80 X T.R. 20X T.E.M.
36°C.

e.-Se vigila frecuencia cardíaca fetal.

f.-Se proporciona orientación psicológica a la paciente para hidratarlo, manteniéndolo con una vena permeable con sol.g.al 5 % para mantener vena.

56

Esta posición favorece a la mayor oxigenación del producto por no comprimirse la vena cava inferior.

e.- Los mayores peligros son de la hemorragia en placenta previa, por lo que hay que vigilar la cantidad de sangre que tiene el apósito testigo, puesto que la hemorragia se presenta sin dolor por lo tanto la paciente no se da cuenta de la cantidad de sangre que expulsa.

d.- Se vigila que las cifras tensionales no baten de lo normal para evitar shock así como datos de sudoración piel fría, palidez.

junto con el pulso y la respiración.
e.- Es importante verificar constantemente la frecuencia cardíaca fetal, para valorar si el producto no presenta alteraciones por hemorragia, si se presentan variaciones en el feto del recién nacido, hay que valorar tratamiento de urgencias.

f.- Es importante mantener una vena permeable, mientras la paciente presenta sangrado para hidrata

	<p>Sangrado para favorecer a la administración de medicamentos de urgencia , o una posible transfusión , además sirve para mantener hidratado el producto y a la madre</p>
--	--

EVOLUCIÓN DE LA PACIENTE.

Además de lograr una buena comunicación con la paciente e intervenir el proceso atención enfermería, se logra una evolución satisfactoria, se disminuye la hemorragia los signos vitales se mantiene en parámetros normales y se logra hidratar a la paciente.

Dentro de el area afectiva ella no supera aun la incertidumbre que le provoca el estar hospitalizada. A pesar de las platicas que se entablan con ella , y los familiares.

3.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

18 de Enero de 1996 *Paciente femenina segundigesta, de 35 años, con un embarazo de 25-26 semanas de gestación, el día de hoy aumento su sangrado transvaginal, color rojo claro, no existe actividad uterina, se detecta infección de vías urinarias, (disuria, tenesmo,) e infección vaginal con flujo verdoso fétido.*

OBJETIVO.

Disminuir la infección y la sintomatología de vías urinarias, así como el flujo vaginal con la aplicación de antibióticos, y analgésicos, indicados y orientación higiénico, dietética, todo esto aplicando el proceso atención enfermería; y tratar de controlar ó disminuir el sangrado ya que se presenta en forma importante.

CUIDADOS DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN.	58
------------------------	-----------------	----

a.- Se vigila sangrado transvaginal, de la paciente, a través de colocar apósito vulvar, cuantificando la cantidad y calidad del mismo, registrandole en la hoja de enfermería correspondiente, y se le indica a la paciente que nos notifique si percibe que el sangrado incrementa, pues es vital para ella y el producto.

b.- Se vigila actividad uterina, de la paciente y se notifica al Ginecologo en turno que no hay modificaciones en la actividad uterina.

c.- Se proporcionan cuidados a paciente con infección de vías urinarias.

-Cambio constante de apósito testigo.

-Se coloca una jarra de agua para que tome suficiente líquidos.

-Se hace incapie en el baño diario.

Y el aseo correcto de genitales al ir al baño.

59

a.- la pérdida de sangre generalmente es importante porque se despegó o separa la placenta de la decidua, por lo que es importante estar al tanto del sangrado, para proporcionar un tratamiento oportuno, y esto se realiza a través de la inspección de apósito testigo.

b.- No se presenta hipertonía uterina por lo general en la placenta previa sin embargo la hipovolemia materna condiciona situaciones de peligro para el producto de la concepción.

c.- Existen infección de vías urinarias superiores e inferiores, en este caso se presento de vías inferiores, las infecciones agudas suelen ser ocasionadas por bacterias provenientes del recto y vagina. Y las crónicas, por microorganismos gram positivos, resistentes como proteus pseudomona y klebsiella también son frecuentes las infecciones por enterococos. Su tratamiento depende del criterio del ginecólogo y es a través.

d.-Se proporcionan orientación, a la paciente para disminuir la infección vaginal. Con platicas de higiene corporal.

Antibióticos y analgésicos, y la recuperación es común, por lo general las recaídas ocurren en un mes, y suelen ser ocasionadas por el mismo microorganismo resistente, o diferentes.

d.- En la vagina y el cuello uterino del tracto genital como contiene una abundante flora normal.

La secreción vaginal de la mujer embarazada normal, muchas veces es profusa, blanquesina, y cremosa, es muy ácida y cargada de células epiteliales, con escasos leucos, y preponderancia de lacteos bacilos gran positivos, cuando hay presencia de patogenos en potencia se puede presentar la vaginitis severa. Tratamiento, es a través de antibióticos, propios de la edad gestacional y analgésicos. Los procedimientos para establecer el tipo de microorganismos es a través de tinción de gram, del flujo vaginal o los raspados, pruebas serológicas y cultivos bacterianos especiales. En vista de que a menudo

e.-Se ministra Antibiótico terapia, a la paciente, para disminuir la infección de vías urinarias.

f.-Se administra Ampicilina, dosis de un gramo Iv. cada 6 hrs. a la paciente previa preparación psicológica de lo que se le esta ministrando.

La vaginitis se asocia con cervicitis y salpingitis deberá realizarse un examen ginecológico completo.

e.- Esta terapéutica se utiliza para prevenir la diseminación de gérmenes en el organismo o erradicarlos por completo en este caso se maneja con Ampicilina.

f.- Ampicilina. Este droga es un compuesto semisintético derivado del ácido 6 Aminopenicilánico, pero difiere de las penicilinas estudiadas hasta aquí por su mayor espectro de eficacia antimicrobiana. La ampicilina es desintegrada por penicilinasas por lo tanto carece de valor en el tratamiento de infecciones por estafilococo u otros microorganismos que elaboran esta enzima.

La Ampicilina reprime la proliferación de bacterias gram positivas y gram negativas. La ampicilina es estable, en medio ácido, y bien absorbida en el conducto digestivo. 4 hrs después de su dosis bucal ordinaria se descubre a un medicamento en

g.-Se coloca una jarra de 2 lts. de agua simple, sobre el buro, de la paciente, explicandole que es importante que ingiera, suficientes líquidos, explicandole el porque es importante que lo haga.

62

El medicamento en la sangre.

La ingestión de alimentos antes de tomar el antibiótico produce una absorción menos completa, es eliminada aproximadamente la cuarta parte de la dosis bucal por el riñón, en las primeras 6 hrs. que siguen a la ingestión.

La insuficiencia renal importante prolonga mucho la persistencia de ampicilina en el plasma, pero la hemodialisis elimina el 40 % aproximadamente de la reserva corporal en unas 7 hrs.

La dosis varia con el tipo de la gravedad de la infección tratada, según el estado de función renal. En infecciones graves es preferible la vía parenteral, las soluciones deben estar preparadas inmediatamente antes de inyectarlas.

g.- Esto se realiza para disminuir a través del riñón toxinas y desechos que incrementan la infección. Además se ayuda al riñón a mejorar su filtración, por el incremento de líquido, ya que en el embarazo el riñón crece un poco más.

h.- Se da orientación sobre la importancia de que realice los hábitos higiénicos correctamente durante su embarazo y después de este.

i.- Toma de muestras de laboratorio.

EXAMEN GENERAL DE ORINA.

pH-5 Bacterias-+++

Cel. epiteliales 2++ Leucocitos-2vc.

erit. 2-4 xc.

poco más

h.- Baño de regadera diaria y cambio de ropa interior, la piel del ser humano se descama diariamente, aunado a esto todos los parásitos naturales que están alojados en nuestra piel, si no se baña el ser humano los gérmenes, se aglutinan y combinan, provocando lesiones dermaticas.

i.- Durante el embarazo normal se producen cambios notables en el aparato urinario, estructurales y funcionales. El riñón crece de tamaño su filtración y el flujo plasmático renal aumentan, en la orina de embarazadas se pierden aminoácidos, vitaminas, hidrosolubles en cantidades muy superiores a las de la orina en gestantes. Durante el día las mujeres embarazadas tienden a acumular agua en forma de edemas y por la noche mientras permanecen acostadas, movilizan este líquido y lo secretan a través de los riñones, por todos estos cambios es importante que se realicen exámenes

<p>j.- Toma de muestra de sangre, para determinar si la paciente no cursa con déficit de hierro.</p> <p>17-1-96.</p> <p>Hg-10.9</p> <p>htet-34, embg.-32.</p>	<p>exámenes generales de orina cada mes para detectar a tiempo alguna infección de vías urinarias, y proporcionar tratamiento adecuado, de ahí el hacer inapto del control prenatal.</p> <p>j.-Es importante la muestra de hbh en las pacientes embarazadas, para saber las concentraciones de hematocrito, y llevar control en la administración de hierro y ácido fólico y detectar anemia, sobre todo si la paciente presenta sangrado continuo, esto puede causar una anemia severa</p>
---	---

EVOLUCIÓN.

Desaparece la sintomatología urinaria, y se logra que la paciente logiera más líquidos, se disminuye el sangrado transvaginal, se toman muestras de laboratorio y reportan baja la hemoglobina tiene anemia más infección de vías urinarias, se inicio tratamiento para la infección falto tratar la anemia, se nota mejoría en la paciente.

Se concientiza a la paciente para que retome que las medidas preventivas,

como ingerir líquidos , y la higiene corporal son tan importantes, y con esto se disminuirán en gran manera sus repetitivas infecciones de vías urinarias.

4.-DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA.

Paciente femenina consiente con embarazo de 25-26-semanas de gestación, secundigesta, que cursa su último día hospital, de el primer ingreso, ya no presenta sangrado transvaginal, persiste la anemia, se encuentra con palidez marcada de tegumentos, faciales tristes, y se da de alta.

OBJETIVO.

Orientación higiénico dietética para que incremente cifras de hemoglobina, retomando la importancia de que consuma hierro y ácido fólico, de forma natural, incrementando en su dieta alimentos y verduras que lo contengan. Hablar con su esposo para que le brinde el apoyo necesario y la acompañe a sus citas subsiguientes con el médico.

a.- Se detecta anemia en la paciente.
se habla con ella para que sepa que es lo
que le esta pasando. Y se le orienta sobre
los alimentos que contienen hierro y
ácido fólico y porque los debe consumir.

b.- Se anexa a sus indicaciones
Sulfato ferroso y Ácido fólico,
y se le ministran a la paciente.

66

a.- ANEMIA, EN EL EMBARAZO.

Las alteraciones hematológicas principales
que produce el embarazo, se deben a la
necesidad de aumentar, la circulación para
la placenta vascular y la creciente masa
mamaria. El volumen plasmático aumenta
en alrededor de un 50% a partir de los 3
meses de gestación.

La hemoglobina y el hematocrito empiezan
a descender a los 3 a 5 meses de la
gestación, llegan a sus valores más bajos a
los 5 a 8 meses suben un poco a término y
se normalizan a las 6 semanas del
puerperio. Un 56% de las embarazadas son
anémicas, según el grupo geográfico, y
socioeconómico que se estudie, los signos y
síntomas son los comunes: palidez, fatiga,
anorexia, debilidad, abulia, disnea, edema.
las causas principales de la anemia son la
carencia de hierro y de folato. el tipo
predominante depende de la población que
se estudie.

b.- HIERRO.-El hierro se encuentra
distribuido ampliamente en el cuerpo

e.-Se le administra a la paciente también
Ácido fólico, tableta a dosis indicada.

67

Animal, en el que existe en forma iónica, y no iónica. El Hierro se oxida y reduce, con facilidad y por ello se le encuentra como una parte pequeña y vital. Su metabolismo, se absorbe principalmente en el Intestino delgado, que es el órgano que efectúa la absorción y excreción del Hierro.

El Hierro se deposita principalmente en las células retículo endoteliales, de manera muy especial en el hígado, el bazo y la médula ósea.

El Hierro se excreta, por cantidades pequeñas, 0.5 a 1mg al día, y ocurre por las uñas, el pelo, el excremento, la orina, en la bilis y en el sudor.

e.-El requerimiento humano de folato dietético, es de 50 mg. al día en el adulto, la necesidad diaria de folato depende de su metabolismo. La infección aumenta el índice de metabolismo y por lo tanto la necesidad de folato. Se absorbe en el Intestino delgado proximal. Se transporta y distribuye en plasma a la 1/2 hora de su

2.- Se proporciona plática a la paciente, para que trate de disminuir su ansiedad intrahospitalaria. Desde su primer ingreso se le mostro la unidad para que se familiarizara, y no se sintiera en un ambiente hostil.

3.- Se habla con su Esposo para que trate de comprender el apoyo moral que debe proporcionar a su esposa así como la importancia de involucrarse más con el embarazo, de su esposa.

68

Ingestión, y se convierte con rapidez en las diversas formas metabólicamente activas del folato.

Por la orina se excreta en tres horas menos de 2% de la radioactividad y la excreción sucesiva es de 0.5 por 100 por hora de folato radiactivo.

La reserva total de folato es normalmente de 5 a 10 mg. El hígado contiene la mitad de esta cantidad. Como ya hemos dicho, el folato se concentra de manera selectiva en el líquido cefalorraquídeo.

2.- El desconocer algo provoca Angustia, la depresión favorece a la actitud de abandono y una depresión mal manejada nos lleva a enfermaros más y a la muerte misma.

3.- El involucrar al esposo con todo por lo que pasa la paciente, fomenta la unión como pareja fortaleciendo así la integración familiar, y fortalece el programa trinomio Padre, Madre, e Hijo.

<p>4.- Se concientiza a la paciente, sobre la importancia que tiene el que inicie su control prenatal.</p>	<p>4.-El programa de Atención prenatal, se orienta fundamentalmente a la mujer durante el embarazo, parto puerperio, así como proteger la salud física y mental de los menores, mediante acciones que comprendan aspectos de prevención y atención oportuna de padecimientos, higiene escolar, promoción, de la integración y del bienestar familiar, vigilancia de las actividades ocupacionales, que impliquen riesgos y daños para la salud física y mental de las mujeres embarazadas y menores . Apoyo alimentario y vigilancia del crecimiento y desarrollo del niño</p>
--	--

EVALUACIÓN. La paciente se observa convencida de la importancia que tiene el control prenatal, y de la participación de su esposo para la relación del trinomio (padre, madre e hijo). se obtienen resultados positivos porque se logra comunicar con el esposo, sobre el papel tan importante que juega en este momento y que tiene que brindarle apoyo emocional a su pareja. Comunicandose más con ella.

5.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA.

15 de Febrero-1996.

Paciente femenina de 35 años que cursa con un embarazo de 30-31 semanas de gestación, es secundigesta, reingreso al hospital por presentar sangrado transvaginal abundante presenta actividad uterina, con sufrimiento fetal, facies de angustia.

OBJETIVO. Disminuir la ansiedad que provoca en la paciente el reingresar al hospital, a través de platicas de apoyo moral, administración de medicamentos úteroinibidores, disminuir el sangrado a través de cuidados generales de enfermería.

ACCIONES DE ENFERMERÍA.	FUNDAMENTACIONES
-------------------------	------------------

Al reingreso de la paciente se trata de disminuir su ansiedad, a través de crear un ambiente agradable, y proporcionar confianza, así como seguridad, para que se sienta más tranquila.

Se le da a conocer nuevamente donde se encuentran todos los servicios con los que cuenta, el hospital, como es el timbre por si necesita algo, y no se sienta abandonada.

se vigila características del sangrado así como cantidad, a través de el análisis testigo. Se le pide a la paciente que colabore con nosotras en su padecimiento, dandonos a conocer si su sangrado es abundante ó se estabiliza.

Se estabiliza las cifras tencionales con las que entra la paciente, ingresa con 100/60, y se estabilizan a 110/75. Posteriormente se le toman por turno.

71

Aun cuando la atención que ofrece un hospital sea excelente, esto no significa que el paciente este de vacaciones. El ruido, los horarios rígidos, y la mala comida pueden hacer que su estancia pueda ser una experiencia poco placentera.

El reingreso de la paciente provoca en ella la incertidumbre del no saber, que lo va a suceder a ella y a su bebé.

El cuerpo humano tiene un volumen de sangre y líquidos que se debe conservar dentro de límites normales, y mantener así una buena hemodinamia en el organismo.

Las cifras tencionales bajas en especial la diastólica nos indican que existen cambios a nivel de volumen sanguíneo, y se debe corroborar, sangrado en la paciente, o datos de anemia clínica.

Proporcionando tratamiento adecuado. La administración de líquidos a través de vena favorece a la pronta hidratación de la paciente y del producto además de el riesgo que presenta con el sangrado.

Se administran líquidos parenterales, a través de canalizar vena con solgda.5% P.M.V.

Nuevamente se coloca a la paciente en reposo en cama, explicándole la importancia que tiene el que permanezca en reposo.

La paciente presenta actividad uterina. Por lo que se mantiene monitoreo de contracciones anotando en hoja correspondiente para llevar un registro y poder actuar en caso de que estas se intensificaran .

72

Es importante mantener la vena permeable para la infusión de sangre o líquidos de urgencia en caso de necesitarla. El objetivo de mantener en reposo a la paciente consiste en disminuir las contracciones y evitar un desprendimiento total de placenta al efectuar movimientos bruscos, a parte se lleva un control de la hemorragia o algún cambio importante que presente ella o el producto.

Fisiología de las contracciones uterinas. Fundamentalmente estímulo de las contracciones uterinas debe actuar sobre los elementos contráctiles del útero, es decir, el miometrio. Es probable que este mecanismo implique la necesidad de un aumento de la concentración de la musculatura lisa del útero del mismo modo que se necesita calcio libre para inducir la contracción del músculo estriado. Todavía no se ha establecido si la oxitocina y las prostaglandinas determinan

Como las contracciones no seden es necesario la administración de medicamentos. Por lo que se ministran, útero inhibidores.

INDOMETACINA Supositorio.

Determinan la liberación del calcio por el mismo mecanismo exacto o no. A pesar de esto, se han acumulado suficientes pruebas indicadoras de que el proceso final para el inicio de las contracciones miométricas es la liberación de calcio a partir de su forma fija en el retículo sarcoplasmático. La Indometacina es un inhibidor de las prostaglandinas.

Se sabe que la prostaglandina puede favorecer el inicio de parto, por lo tanto su inhibición de la síntesis de prostaglandinas puede ser útil para suprimir el trabajo de parto prematuro.

La indometacina por vía bucal o rectal se absorbe rápidamente y alcanza concentraciones altas en la sangre en una o 2 hrs, los supositorios son un poco más lentos que las cápsulas, es importante recordar que la indometacina puede enmascarar, la fiebre en caso de amonionitis, y la infección puede pasar.

Se trata de evitar el sufrimiento fetal agudo , colocando a la paciente , Oxígeno por puntas nasales a 3 lts. por minuto. y en posición decúbito lateral izquierdo. y se le explica la importancia de estas acciones de enfermería.

Inadvertida. Ninguno de los muchos inhibidores uterinos a recibido aceptación Universitaria, el éxito depende de que sea tratamiento precoz, sin embargo cabe que en algunos casos, cesen las contracciones uterinas, espontáneamente, antes de decidirse sobre el empleo de estos fármacos es importante valorar riesgos y beneficios para el feto.

APLICACIÓN DE OXÍGENO.

Todas las células del organismo requieren de la administración de oxígeno, continuo y suficiente, durante las contracciones uterinas, se produce hipoxia fetal y el producto puede morir dentro del útero.

POSICIÓN DECÚBITO LATERAL IZQUIERDO.

La compresión que ejerce el útero y su contenido además del peso propio de las vísceras abdominales, sobre los grandes vasos durante el decúbito dorsal de la paciente modifica la actividad uterina y

	La circulación fetomaterna. Con los pacientes en decúbito lateral izquierdo se favorece la oxigenación, fetoplacentaria y disminuyen las contracciones uterinas.
--	--

EVALUACIÓN.

No se logra detener la hemorragia en la paciente, el producto empieza a tener sufrimiento fetal, y se desencadena trabajo de parto, con mal pronóstico para el producto.

La paciente no coopera con nosotros, no quiere platicar, y nos permite ayudarla a salir de su depresión.

6.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA.

Paciente femenina de 35 años de edad la cual cursa con un embarazo de 30-31. semanas de gestación, presentando sangrado transvaginal importante, por lo que se traslada a quirófano para que le realicen cesárea.

OBJETIVO.

Preparar a la paciente física y psicológicamente, para pasarla de inmediato a la operación cesárea y evitar la muerte de ella y el producto. Brindar apoyo moral a la paciente para que no se deprima aún más

ACCIONES DE ENFERMERÍA.	FUNDAMENTACIÓN.76
--------------------------------	--------------------------

Se prepara a la paciente psicológica y físicamente para pasar a la sala de quirófano.

Tricotomía de la región.

Vendaje de miembros inferiores.

Capelina con datos de identificación de la paciente.

Se brinda apoyo emocional a la paciente,

Se recibe en el transfer de Quirófano.

Se verifica documentación de la paciente.

Permeabilidad de la solución.

Que no pase a sala con algo postizo sobre todo dentadura, las uñas que no estén pintadas, ni la cara, y la hoja de intervención quirúrgica firmada por la paciente.

77

Es importante dar orientación a la paciente de todos los procedimientos que se le van a realizar, para que colabore con nosotros y disminuya así su ansiedad.

Se realiza una plática a la madre para explicarle que es necesario intervenirla quirúrgicamente.

Se delimita la región operatoria, con tricotomía, para eliminar microorganismos patógenos y no patógenos de la región.

Posteriormente se coloca vendaje en miembros inferiores para evitar la diseminación de trombitos.

Se coloca la capelina con datos de identificación de la paciente.

Es importante verificar que sea la documentación correcta y la paciente correcta, y el diagnóstico correcto para evitar, yatrogenia. Además que lleve todos los exámenes requisitados de laboratorio. La solución parenteral debe estar canalizada con punzocat de calibre grande(17) por si requiere transfusión

Una vez en sala de quirófano se procede a ayudar al anesteciólogo a abrir campos y colaborar con él en la aplicación de la anestesia.

En este caso se utiliza anestesia general. Se colocan brazaletes a la paciente para sujetarla, posteriormente se le administran relajantes indicados por el anestesiólogo, se le ayuda a intubar a la paciente y se fija la sonda endotraqueal.

78

Y en una vena gruesa.

La dentadura debe ser fija o de lo contrario podría tragarse a la aplicación del anestésico.

El llevar uñas pintadas o maquillaje, impide observar la coloración normal de los dedos o cara para determinar hipoxia, o alteraciones de la respiración.

La anestesia por inhalación es un buen recurso en las urgencias obstétricas, el grado de anestesia puede ser controlado, y el efecto depresor sobre el producto se disipa rápidamente, este tipo de anestesia puede provocar relajación del músculo uterino, cuando esto se requiere, en la actualidad la anestesia por inhalación sigue constituyendo un elemento valioso en el paciente, con hipovolemia acentuada.

TÉCNICA DE SU APLICACIÓN.

- A.- Oxigenar 2-3 min. a la paciente.
- B.- Introducción del anestésico usado, Tiopental 4mg/kg, y succinilcolina.
- C.- Comprimir el cricoides de la paciente.

Una vez anestesiada la paciente se procede a realizar el lavado quirúrgico, de la región operatoria.

Solución antiseptica (ZODINI[®] espuma) guantes estériles y gasa estéril, solución fisiológica.

Aplicación de sonda foley.

n° 14 o 16. Para corroborar diuresis, durante el trans y pos operatorio.

D.- Entubar traquea con sonda.

E.-administrar oxido nitroso 5% para mantener anestesia.

F.-Después de la extracción del producto se puede usar narcótico.

G.-Entubar a la paciente para evitar que ocurra broncoaspiración.

D.-Una vez extraído el producto oxigenarlo al 100%.

Se realiza la asepsia y antisepsia de la región, con la técnica apropiada de lo proximal a lo distal, con sol antiseptica, y por ultimo región vulvar sin contaminar lo ya estéril. Para disminuir las incidencias de infección posterior a la cirugía.

Es importante la colocación de la sonda foley, para llevar un control exacto de la diuresis de la paciente, y manejo de líquidos en el trans operatorio además en la cirugía de cesarea, es importante que antes de iniciar la cirugía la vejiga este vacía.

Se realiza la cesárea tipo Kerr.

Para que no obstruya la salida del producto o que corten esta con el bisturí al realizar el corte, durante la cesárea y después de ella debe permanecer permeable para cuantificar la filtración del riñón, y valorar las características que tiene la orina en el trans y pos operatorio (Presencia de hematuria.)

CESÁREA.

Se puede definir como el parto de un feto, a través de incisiones realizadas en las paredes del abdomen y del útero.

INDICACIONES.

En general la cesárea se emplea cada vez que se cree que un retraso ulterior del parto comprometería gravemente al feto, a la madre, o bien ambos, distocia, desproporción cefalopelvica, hipertensión inducida por el embarazo, posición transversal del feto, placenta previa.

PRONOSTICO. En manos competidas la mortalidad materna a consecuencia de la operación cesárea, es 2% o menos.

	<p>CONTRAINDICACIONES.</p> <p>No hay virtualmente ninguna contraindicación para realizar la coelocrea, siempre que se elija la intervención adecuada, no obstante la coelocrea se indica con menos frecuencia si el feto está muerto o es demasiado pequeño para coelocrear, si la coagulación materna está seriamente trastornada.</p>
--	--

EVALUACIÓN: Se logra pasar a la paciente, a tiempo, y colaborar en la preparación para que sea intervenida. La paciente refiere sentirse agredida por la ginecóloga, por lo que no acepta hablar con nosotras, sin embargo se le proporciona terapia de apoyo emocional antes de pasarla a quirófano.

7.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA.

Paciente femenina de 35 años de edad la cual fue intervenida de cesárea urgente, por presentar sangrado importante.

En sala de quirófano, presenta durante la disección de planos, desprendimiento de placenta de un 60 % aproximadamente con gran coágulo retroplacentario, sin infiltración uterina, además hemorragia importante entre 600-800, aproximadamente, tensión arterial de 70/50, frecuencia cardiaca de 120 por minuto.

OBJETIVO.

Corregir la hipovolemia, en la paciente ya que sino se controla puede ser letal para la madre y el producto.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

82

FUNDAMENTACIÓN.

La paciente presenta hipovolemia, con perdida sanguinea de 600-800 ml aprox. con cifras tensionales de 70/50, y frecuencia cardiaca de 120 por minuto.

Se registran parametros vitales para corroborar estabilidad de los mismos, y adecuar manejo de soluciones.

Se le canaliza vena de grueso calibre y se le toma muestras de laboratorio para cruce de sangre. En el trans operatorio.

Ante la hipovolemia en el organismo se desencadena una serie de mecanismos homeostaticos que tratan de retener el agua y elevar la presión dando como consecuencia originaria, la vasoconstricción (también se genera por liberación de catecolaminas a nivel de vísceras abdominales, riñón y sistema músculo esquelético, el corazón aumenta la frecuencia cardiaca y fuerza de contracción por efectos adrenérgicos para bombear la poca sangre que lleva.

El tomar los signos vitales durante el trans operatorio nos da margen a el tratamiento que se debe utilizar así como el saber si la paciente se recupera del shock, o esta perdiendo más líquidos de lo normal y se agrava su situación (se valora el parámetro hemodinámico.)

Es importante tener dos vías de acceso para manejar mejor la infusión de líquidos y estabilizar la tensión arterial.

La paciente presenta desprendimiento prematuro de placenta, y se le proporcionan cuidados específicos de enfermería. Colaborando con el cirujano en el trans operatorio.

Se observa gran coagulo retroplacentario, sin infiltración en miometrio, se participa en la cirugía.

Se administra Rehumacodex al 100% porque la paciente presenta hipotensión en el trans. operatorio de 70/50. Además es manejada con sol. hartman de 2000ml.

84

Es una complicación de la segunda mitad del embarazo y se define como el desprendimiento prematuro de la placenta. Sus causas preclínicas no son conocidas sin embargo con frecuencia se encuentran asociadas a toxemia, púrpura trombocitopenia, multiparidad, edad avanzada, patología deficiencia de hierro y deficiencia folica. Factores derivados de enfermedad vascular degenerativa a nivel placentario. Al presentar desprendimiento de una parte de la placenta se forma un coagulo retroplacentario aumentando el tamaño del útero, o de acuerdo a su localización despegas las membranas y da salida a la sangre, a través del útero y la vagina, provocando hemorragia externa de cantidad variable.

Es un expansor plasmático coloidal de alto peso molecular, que aumenta la presión coloidal osmótica en las capilares, por lo cual se retiene agua en la circulación, de 20 a 25 ml. por gramo de dextran.

<p>Posteriormente se realiza Diuresis Horaria.</p> <p>Se controla a través de la sonda Foley en el transoperatorio, y pos operatorio.</p>	<p>Además implica la agregación plaquetaria aumentando su polaridad.</p> <p>La diuresis del paciente indica el grado de filtración glomerular, por hora, reflejando la suficiencia de la perfusión renal, pues el flujo renal es sensible a las alteraciones del volumen sanguíneo eficaz.</p>
---	--

EVOLUCIÓN. Se controla el volumen sanguíneo, estabilizándose las cifras tensionales. En el trans operatorio de 100/70, y una frecuencia cardiaca de 90 por minuto. Pasa estable al servicio de recuperación.

8.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA SOBRE EL RN. EN EL TICASN - OPERATORIO.

Se extrae producto único vivo Prematuro de 30-31 semanas de gestación, con datos de hipoxia neonatal, por probable membrana hialina.

OBJETIVO.

Corregir la hipoxia del neonato y proporcionar los cuidados inmediatos del recién nacido, para detectar posibles alteraciones funcionales ó malformaciones físicas ó agregadas.

ACCIONES DE ENFERMERÍA	SG	FUNDAMENTACIÓN.
------------------------	----	-----------------

Se recibe RN en mal estado general.
Bradycardico, 98 por minuto, con un peso
1,350 kg. talla de 39.5 cm.

Se realiza valoración de Apgar.

Encontrando los siguientes parámetros.
frecuencia cardiaca; menor de 100x/min.

Esfuerzo respiratorio; Hipoventilación.

Tono muscular; Algunas flexiones de las
extremidades.

Irritabilidad refleja; sin respuesta.
color; cuerpo sonrosado, manos y pies
azules.

Dentro de la valoración de Silverman

Anderson; presente;

Disociación toraco abdominal marcada.

Tiros intercostales, múltiples.

Refracción xifoidea; marcada.

Aleteo nasal, marcado.

Quejido expiratorio audible a distancia.

EVALUACION DE APGAR.

Esta permite una valoración rápida y
semicuantitativa del estado fisiológico del
niño, la evaluación se efectúa al minuto y a
los cinco minutos del nacimiento.

La puntuación nos marca si es de 7-10 no
requiere ninguna medida de reanimación.

de 4-6 nos indica depresión moderada
de 0-3 indica que el niño está grave y que
requiere reanimación inmediata.

Parámetros normales de Apgar.

Frecuencia cardiaca de 100- 140 por
minuto.

Respiración llanto fuerte.

Irritabilidad refleja. Muecas estornudos
tos fuerte.

Tono muscular, miembros flexionados con
resistencia a la extensión.

Color de piel rosada.

Se explora y calcula el grado de madurez , física del recién nacido con los parámetros establecidos para este fin de acuerdo a Ballard. Encontrando grados de prematuros importantes.

Piel ligeramente rosada y venas visibles.

Lenguaje (abundante)

Pliegues plantares, marcas rojas y tenues.

Mamas, areolas planas sin posón.

Oído, borde ligeramente curvo, suave.

Recuperación, lenta.

El recién nacido presenta hipoxia.

Severa de un minuto, y se le proporciona

Reanimación.

Aspiración de secreciones.

O₂ Indirecto.

Normoterapia en incubadora. 88

Calculo de la madurez neuromuscular y edad gestacional, de acuerdo a parámetros de Ballard.

Postura.

Ángulo de la muñeca

Rotato del brazo.

Ángulo poplíteo.

Signo de la bufanda

Talón oreja.

MADUREZ FÍSICA

Piel.

Lenguaje .

Pliegues plantares.

Mamas.

Oído. recuperación lenta.

La hipoxia del recién nacido se presenta porque la madre tubo desprendimiento de placenta, su signología consiste en disnea, tiros intercostales, sianosis, taquipnea, quejidos etc. en prematuros, se presenta decalcimiento sianoso y la respiración superficial son los datos clínicos de patología respiratoria.

SE ASPIRAN LAS SECRECIONES DEL

R/N. En forma gentil con sonda lexig,
N°14.

Se introduce en la incubadora al recién nacido, para control de temperatura, y administración de oxígeno.

El tratamiento dependerá de la manera en que cada paciente presenta. hipoxemia intrauterina, la tolerancia de la misma y la causa específica que genere apnea. neonatal su indicador más sensible de sufrimiento fetal es bradicardia.

La liberación de secreciones se realiza por cavidad bucal en forma gentil, y cuando se aspira nasinas, se coloca el oxígeno al r/n.

En caso de gran dificultad respiratoria, que no sede las maniobras, y procedimientos citados, se canaliza vena, oxigenoterapia, masaje cardiaco, externo, administración de bicarbonato sodico.

LA INCUBADORA.

En el recién nacido prematuro esta presente, la falta de grasa subcutánea, escaso desarrollo de las glándulas sudoríparas, debilidad de musculatura esquelética, ausencia de escalofríos frente al descenso termico, y probable inmadurez funcional, de los centros termorreguladores.

Se aplica oxígeno, al r/n, a través de la incubadora; y se verifica que la incubadora contenga el agua adecuada en el depósito, y este a la temperatura y humedad correcta.

4.- Mantener al niño a una temperatura de 36-36,5°C. La incubadora debe estar a una temperatura de 31-32°C.

5.- Graduar la palanca de la humedad.

6.- El oxígeno se puede manejar directo e interrumpir con la bandera roja que se encuentra en la parte posterior.

En recién nacido prematuro se debe administrar oxígeno en concentraciones máximas de 40 % acompañado de humedad de 70% teniendo presente que si el oxígeno se suministra por mucho tiempo, y en concentraciones elevadas, es factible que produzca hipoxipatia retrolental (o retinitis) o neumopatía crónica, por fibrosis pulmonar. La introducción de oxígeno se maneja a 3 lts. por minuto. Por administración directa por cánula o cono, se deja a consideración del pediatra por los efectos secundarios que pueda presentar.

Se registran en la hoja correspondiente los signos vitales del recién nacido, en especial la temperatura, y al tomar la temperatura rectal se verifica permeabilidad rectal, y también se observa el pañal buscando atos de evacuación.

En el r/n prematuro es de importancia el control los signos vitales del recién control térmico por los antecedentes de madurez en los centros respiratorios, así como las condiciones físicas que presenta. La temperatura corporal debe mantenerse entre 36-37 °c (rectal) temp. mayores de 37.7 °c. Indica hipotermia. La hipotermia iatrogenica. (Ambiente inadecuado, prolonga los períodos de apnea fisiológica agrava la hipoglicemia, y la acidosis, facilitando el paro respiratorio. La hipertermia, en cambio produce aumento del catabolismo, tendencia a la acidosis o acidemia y paro cardíaco respiratorio. El ser humano nace con la temperatura de su madre, pero en una o dos horas, pierde 1.5 a 2.5 °c, expuesto a la temperatura ambiente. Algunos autores piensan que el prematuro es un poiquiloterma, temporal, y otros como homeoterma deficiente.

Dentro de la incubadora se procedió a permeabilizar vena.

Sol. G al 5% (2cc/kg x dosis)

+ bicarbonato de sodio 1-3- mg x kg x

(Día.)

Se procede a ligar el cordón dentro de la incubadora, por la hipotermia, que presenta el recién nacido.

El recién nacido obtenido por cesárea, debe manejarse como potencialmente deshidratado y acidótico, siendo recomendable el suministro precoz de soluciones. Pues el problema cardiorrespiratorio propio del recién nacido por cesárea podría agravarse. Si el recién nacido no respira en lapso de un minuto después de su extracción, debe pinzarse y cortarse el cordón para iniciar de inmediato el procedimiento de **r e a n i m a c i o n e s**.

El cordón umbilical no debe pinzarse de inmediato, sino hasta que el recién nacido haya efectuado la primera respiración, después de la obligada limpieza de secreciones orofaríngeas nasales. Debe ligarse de 4 a 5 cm. de la cicatriz umbilical. Si existen problemas del recién nacido la ligadura debe hacerse 8-10 cm. de la misma a fin de poder efectuar una exámine transfusión o administración de medicamentos de urgencia.

<p>Recién nacido bradicárdico , se proporcionan cuidados de enfermería, se estabiliza y se traslada a centro médico la raza, por no encontrar en la clínica con unidad apropiada para neonatos.</p>	<p>Cuando se presenta bradicardia en el recién nacido nos da parámetros de sufrimiento fetal grave grado III, se procederá a dar masaje cardíaco externo, y respiración asistida, canalizarle con sonda intubada y estabilizarlo trasladarlo a unidad de cuidados intensivos</p> <p>P u r o P e o n e t o s</p>
---	--

EVOLUCIÓN.

A pesar de proporcionar los cuidados mediatos e inmediatos al recién nacido su evolución es insatisfactoria, se complica la hipoxia, con mal pronóstico para el R/N, por lo que se decide el envío a México, al C.M.N.R. Por no contar con unidad de terapia intensiva neonatal.

NOTA.

Posteriormente se nos informa que el producto muere a causa de presentar membrana hialina.

9.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA.

Paciente femenina de 35 años de edad, operada de cesárea, se encuentra en el servicio de recuperación hasta estabilizase, todavía con efectos anestésicos, se encuentra seminconciente, con palidez marcada de tegumentos, facies tristes, angustiada por la situación de su hijo, propensa alteración nerviosa con crisis de llanto, se percibe necesidad de sentirse segura, de ser escuchada; hipotensa, buena involución uterina, y diuresis presente.

OBJETIVO.

Corregir signos vitales, elevando presión sanguínea, principalmente, vigilar datos de hemorragia en el pos operatorio, y mantener estable a la paciente para que pueda pasar a hospital.

En el aspecto emocional, proporcionar plática de apoyo, tratando de disminuir en la paciente la angustia y la ansiedad que siente por el no saber que pasa con su hijo; y prepararla psicológicamente para darle la noticia de la muerte de su hijo.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

Se recibe a la paciente en el servicio de recuperación, con los siguientes signos vitales:

Tensión arterial 90/60.

Frecuencia cardíaca de 128 por minuto.

Frecuencia respiratoria 20 por minuto.

Temperatura de 36.0c. Posteriormente, se procede a tomar signos vitales cada cinco minutos, cada 10 minutos y cada 15 minutos, hasta que se encuentren dentro de parámetros normales.

Se ministra soluciones parenterales para estabilizar la presión arterial

(Hartman de 1000ml.)

Se vigila la herida quirúrgica a través del aposito testigo.

95

FUNDAMENTACIÓN.

El tomar signos vitales nos permite valorar parámetros normales, o anormales que se presentan después de una cirugía.

La temperatura se puede elevar ligeramente por deshidratación, el pulso se puede presentar bradicardia por

disminución del gasto cardíaco. Cuando se presenta taquicardia nos indican una cesárea difícil, o puede indicar hemorragia,

choque o enfermedad. La tensión arterial debe permanecer en parámetros normales,

si se presenta hipotensión nos habla de pérdidas de líquidos en el cuerpo, o puede ser por administración de medicamentos, o bloqueo anestésico. Por el contrario

hipertensión por datos de preclampsia, o uso de medicamentos, estimulación nerviosa, la vigilancia estrecha de los

signos vitales evita complicaciones.

Se vigila la presencia de sangrado, después de la intervención, o presencia de hematoma, así como ruptura de sutura.

<p>Se vigilar y cuantifica diuresis de la paciente a través de la sonda Foley.</p> <p>Se proporciona apoyo moral a la paciente, al estar conciente se le informa que su hijo fue trasladado a unidad de apoyo, porque su estado de salud es grave, y se puede complicar aún más, y nuestra unidad no cuenta con terapia intensiva.</p> <p>Antes de salir del servicio de recuperación se le informa que su hijo falleció, se le da en este servicio porque es tranquilo y privado, lo que permitió su expresión libre de sus emociones.</p>	<p>La sonda puede ser quitada a las 12 hrs. de la intervención. Para observar características de la orina, como son hematuria, oliguria, concentración de la misma para saber el funcionamiento renal.</p> <p>La reacción de tristeza de los padres ante la muerte de un recién nacido es un fenómeno inevitable que se presenta, ya sea que el niño viva una hora o dos semanas, que pese 500 ó 4,000g, que haya sido o no planeado, o que la madre hubiese tenido o no contacto físico con su hijo. Durante la fase del duelo puede haber sentimiento de culpa y hostilidad hacia otros y resquebrajamiento de los patrones normales de conducta.</p>
---	---

EVALUACIÓN:

Se estabilizan en la paciente los signos vitales dentro de parámetros normales, responde a una buena involución uterina.

Se vigila involución uterina, por medio de la palpar directamente el útero de la paciente y detectar si está contraído, verificando también la cantidad de sangrado, esta se verifica constantemente, se corrobora que la mujer estuviera vacía.

Se vigila el sangrado transvaginal a través del apósito testigo, para calcular cantidad de pérdidas.

Se vigila constantemente el estado de conciencia, de la paciente, para proporcionarle terapia de apoyo en caso de presentar crisis depresiva.

Es muy importante que el útero permanezca firmemente contraído, para corroborar que el útero infale la involución correcta, y antes de realizar la palpación se corrobora que la vejiga no este llena pues nos da falsa situación del útero, hay que tomar en cuenta también, el tamaño del producto, el fondo de la multipara siempre sera más grande y elevado que el de la primipara.

En el área de recuperación, la cantidad de sangre a partir de la vagina, debe ser monitorizada estrechamente, pues a veces se quedan restos ovulares, por mala revisión de cavidad uterina, y provocan sangrado importante con grandes coágulos.

Es importante corroborar el estado de conciencia, que se debe presentar paulatinamente a la sedación, que se le proporciona a la paciente en el trans después de que el producto es extraído, en este caso la paciente se, acdo en estado de angustia, se debe estar preparado para

En el área psicológica, la paciente sufrió crisis de histeria y depresión, al enterarse de la muerte de su hijo, y se le trata de ayudar a través de terapia de apoyo, consiguiendo de primera instancia que acepte la muerte de su hijo como un hecho natural, sin embargo sus facies denotan una gran tristeza e impotencia por lo que se considera que no se logra superar esta necesidad.

10.-DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA.

Paciente femenina conciente cursa con el segundo día posoperada de cesárea. Refiere dolor intenso en herida quirúrgica, y marcada palidez de tegumentos, ingurgitación de mamas, loquios hemáticos normales. Dentro de sus necesidades esta el afecto, amor y de alimentación adecuada.

OBJETIVO.

Disminuir el dolor de herida quirúrgica y tomar medidas preventivas para elevar un poco más la hemoglobina de la paciente a través de dietas, y tratar de cubrir sus necesidades emocionales. Proporcionará la paciente orientación adecuada sobre la extracción manual de leche, así como aplicar tratamiento médico y terapéutico, para disminuir la producción de la misma.

ACCIONES DE ENFERMERÍA

La paciente refiere dolor intenso en la herida quirúrgica por lo que se le ministra analgésico.

Acetaminofeno, v.o. 300mg.

FUNDAMENTACIÓN.

El paracetamol fue utilizado por primera vez por Von Meering en 1893, sin embargo solo ganó de favor desde 1949 tras reconocer como el principal metabolito activo de la acetanilida y la fenacetina.

Su efecto farmacológico actúa como analgésico antipirético, semejante a la aspirina, sin embargo su acción antiinflamatoria es débil, y no comparte los usos antirreumáticos, de los salicilato.

No mejora el dolor intenso o el que nace del espasmo de músculo liso en víscera hueca .

Disminuye la fiebre por efecto directo sobre el centro termorregulador, al impedir la liberación del pirógeno endógeno por los leucocitos, sin inhibir la acción pirógena, endógeno sobre los centros termorreguladores, hipotalámicos, (Clark Meyer 1972)

Se observa ingurgitación de mamas, dolorosas, por lo cual se da orientación sobre la extracción manual de leche. Así mismo se coloca vendaje compresivo. También aplicación de bolsas de hielo.

101

De prostaglandinas por un modelo experimental, de bazo.

Sus dosis terapéuticas, son inocuas para aparato cardiovascular y respiratorio no produce erosión hemorrágica gástrica que puede ocurrir después de los salicilatos, no tiene efecto sobre plaquetas, o excreción de ácido úrico. El acetaminofen se absorbe casi por completo, en el tubo digestivo, de 30 a 60 minutos, su vida es de 3 hrs. Al rededor el, de acetaminofen se excreta por orina.

Efectos secundarios en sobre dosis causan erupción dérmica, fiebre medicamentosa, neutropenia, pancitopenia y leucopenia. lo más grave de la sobre dosis es la necrosis hepática.

La congestión e hipersensibilidad mamaria es muy frecuente cuando la paciente no da seno materno, los métodos físicos son eficaces para inhibir la lactancia y aliviar los síntomas de congestión mamaria y tratamiento a base de antibióticos y un supresor de leche.

EVALUACIÓN. La paciente se recupera lentamente de la cirugía no presenta complicaciones aparentes, persiste la marcada palidez de tegumentos, se logra disminuir la producción de leche a través de los métodos físicos, de enfermería, en el área afectiva se cubre su necesidad de comunicación y exterioriza su angustia y depresión en gran parte, hubiese sido de gran provecho, que la paciente, tuviera pláticas de apoyo con el área de Psicología, sin embargo no contamos con esa especialidad en esta unidad hospitalaria.

Vigilar las características de los loquios. Revisando el apéndice testigo, observando cantidad del sangrado y color del mismo.

Se da orientación sobre la ingesta de dieta , para su pronta recuperación, así mismo de como incrementar el consumo de hierro, orientándole donde se encuentra (visceras de animales, como hígado, corazón) levadura de cerveza, el germen de trigo, la yema de huevo, las ostras y ciertas semillas y frutas secas, casi todas las carnes, como pescado, las aves de corral, verduras y casi todos los cereales.

Es importante vigilar las características de los loquios que presente la paciente pues esto nos puede hablar de infecciones puerperales, que no detectadas a tiempo pueden ser letales para la paciente.

Características de los loquios.

Loquios hemáticos de color rojo brillante los primeros días, del tercer al cuarto día serohemáticos más claros.

Después del 10º día loquios alba , blanco, por la mezcla de leucocitos.

la dieta es de suma importancia para que la paciente se recupere, su organismo sufre un desequilibrio al perder bruscamente peso después del nacimiento del producto, y el incrementar el consumo de hierro y ácido fólico así como proteínas y vitaminas en forma natural ayuda a una pronta recuperación.

La paciente se percibe angustiada, con facies de tristeza, por lo que se propicia ambiente adecuado, para entablar comunicación con la paciente, obteniendo confianza para que se desahogue y elimine un poco de angustia, a través de la plática.

103

En conclusión proporcionar una dieta que sea adecuada desde el punto de vista nutricional y satisfaga los patrones culturales, y hábitos dietéticos del paciente así como sus recursos económicos.

LA COMUNICACIÓN.

El equilibrio psicológico necesita que el individuo tenga un medio adecuado de comunicación, con otros y para su Expresión la comunicación entre los individuos, se lleva a cabo de varias maneras. Los cuidados de enfermería eficaces dependen en gran parte, de las habilidades y los conocimientos para el uso de la comunicación de la enfermera, mientras más confianza y más prestigio inspira una persona, más probable será que los demás acepten su comunicación como válida sin alteraciones.

11.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Paciente femenina consciente con signos vitales dentro de parámetros normales, cursa con su tercer día posquirúrgico, El sangrado transvaginal, e involución uterina normal, diuresis presente, herida quirúrgica sin complicaciones.

El área psicológica se encuentra con facies de angustia, adinámica y deprimida pues se le informó que su bebé murió, refiere pensamiento utópico de la vida y sentimiento de culpa reflejado hacia los médicos , su esposo y ella misma.

OBJETIVO.

Tratar de que supere estado depresivo, y eleve su estado de autoestima. Hablar con su esposo y familiares para que colaboren con la paciente y se logre una pronta recuperación.

Realizar un seguimiento de la paciente una vez que salga de alta del hospital, para valorar resultados de la superación del duelo.

ACCIÓN DE ENFERMERÍA

la paciente cursa por una fuerte depresión clínica, al enterarse de la muerte de su hijo, por lo que se le proporciona apoyo para que salga de esta fase depresiva.

Se habla con el esposo sobre la importancia de el apoyo que debe brindar a su esposa, pues es poca la comunicación, por el horario de su trabajo, y en este momento ella pasa por una depresión posparto, por lo que debe brindarle todo su apoyo. Y se orienta para que busquen apoyo profesional de un Psicólogo, pues es importante que los 2 tengan terapia de apoyo para identificar problemas de alguno de ellos a través de un interrogatorio minucioso, ya que si hay una pobre comunicación entre ellos, se podrán presentar dificultades en su matrimonio.

FUNDAMENTACIÓN.

La reacción de tristeza de los padres ante la muerte de un recién nacido es un fenómeno inevitable que se presenta, ya sea que el niño viva una hora o dos semanas, que pese 500 ó 4,000 g, que haya sido o no placentado, o que la madre hubiese tenido o no contacto físico con su hijo.

La palabra depresión, se emplea para denotar un amplio margen de estado mental. La paciente cursa con depresión clínica, esto es la paciente a sufrido durante más de 2 semanas un grupo de síntomas entre los que figura, desesperación, crisis de llanto, agotamiento estos pacientes suelen no ver término a su mal, ni esperanza ni felicidad para un futuro. En la gran mayoría de los casos la depresión, pospartum no dura mucho más de un par de semanas. En pocas ocasiones (en aproximadamente 10% de las madres primerizas) persiste y da origen a una depresión grave.

Se platicó con el esposo para que realice una visita al Médico 2 ó 3 meses después con la finalidad de verificar que el proceso del duelo va hacia la aceptación.

Se hace hincapié a los dos de que es importante que analicen con introspección sus sentimientos acerca de la vida, la muerte, la religión y los cuidados al niño previo fallecimiento, para que se unan más como pareja y logren una mejor comunicación.

La madre siente desánimo, temores, irracionales, y algunas veces se enciertra violentamente contra los demás, aquí la importancia de ayudarla a mantener una buena salud, y el apoyo de amigos y familiares son vitales. En realidad nunca se logra superar el sentimiento de pérdida. Sin embargo, aunque no se olvide a la persona muerta los pensamientos se vuelven más realistas, se reconoce que la persona era humana y que la vida no depende completamente del ausente. Conforme se acepta la muerte se es capaz de reasumir la vida, y de reanudar las actividades sociales, abandonadas temporalmente. Se trata de que la paciente acepte que aunque amemos a los demás no son de nuestra propiedad, de hecho apenas nos poseemos a nosotros mismos, y necesitamos reaventar constantemente nuestra vida para seguir adelante, y tiene que tratar de no sentir ira contra los médicos que no lograron salvar al ser querido, o hacia ella misma.

Se habla con el esposo para que no deje, que la depresión y el dolor de su esposa la enfermen. Permanezca más tiempo a su lado hasta que desaparezca la depresión de la paciente.

Se platica con la paciente para que acepte la idea de elevar su autoestima orientándola sobre la participación en actividades recreativas y culturales, y dedicarse un poco más de tiempo a ella como persona y trate de buscar la superación personal en otro ámbito.

107

O estar furiosa con dios, o con el recién nacido mismo, por haberla abandonado, esto es un intento normal de darle un significado a algo y que nos parece i n a c e p t a b l e .

El dolor puede causar reacciones físicas, el insomnio y la pérdida de apetito, son muy comunes, durante el período del duelo, también el mostrar propensión a la fatiga la debilidad y las infecciones. También el sistema inmunológico puede verse afectado por la pena u otras formas de estrés algunos estudios, médicos, han demostrado que cuando se pierde a un ser querido existen alteraciones en el ritmo cardíaco.

Es importante quitar de la mente de la paciente ese pensamiento utópico, de la vida, el sentimiento de soledad y abandono, por parte de sus familiares, y fortalecer la idea de que integrarse a su familia, fortaleciendo más esos lazos, las ideas acerca de como pasar el tiempo

	<p>libre varía según las personas para unas sentarse a leer un buen libro, es suficiente, en cambio otros prefieren trabajar, en el jardín, otros bailar toda la noche en una discoteca, de moda, o preparar su mochila, para ascender una montaña, los gustos personales, determinan cual es la actividad más satisfactoria, dicen los investigadores, unas vacaciones sencillas y reparadoras, y no tan costosas, son la mejor manera de recargar baterías físicas y mentales.</p>
--	--

EVALUACIÓN.

La paciente sale deprimida del instituto, pero parece que la familia logró captar lo importante de el apoyo que le debe brindar, y el esposo aceptó, pedir un permiso en su trabajo para apoyar más moralmente a su esposa y tratar de distraerla mientras supera el estado depresivo. Se obtuvo respuesta para que busquen terapia de apoyo con un Psicólogo en forma particular, para superar el duelo.

Considero que no se logró satisfacer la fase depresiva de la paciente porque

no tuvo la oportunidad de ver y tocar a su niño después de muerto ya que se encontraba sedada, y tampoco participó en el funeral, por estar hospitalizada; Y el poder verlo y tocarlo hubiera favorecido a que la fase del duelo evolucionará en forma más satisfactoria .

PLAN.

Posteriormente se intentaron dos visitas domiciliarias, pero no se encontró a la paciente.

Comentarios.

El proceso atención de enfermería es completo, a través de el aprendí cuanta importancia tiene el acercamiento y la comunicación con el paciente, el dialogar con él, con sus familiares, vivir conjuntamente el problema que pasa. Así como el poder fundamentar nuestras acciones a través del método científico y saber la importancia de porqué y para qué lo estamos realizando. Posiblemente por la carga de trabajo que se maneja en las instituciones nos rutinizamos, de tal manera, que el paciente ocupa el lugar de un inmueble, más de la institución que se domina a través de un adjetivo numérico, ejem. PACIENTE DE LA CAMA 24. Y ESTO HACE UN ABISMO DE LA RELACIÓN ENFERMERA PACIENTE. Con el proceso de atención de Enfermería, se conoce al ser humano que solicita, atención, y va en busca de encontrarla en nosotros, se pone en nuestras manos, y a veces se topa con la indiferencia de un caso más o si es peor con el despotismo. Se nos esta olvidando el trato humano y actuamos como robots, automatizados, programados para ganarle al tiempo. En este caso muy particularmente lo que me interesó de la paciente

Fué que no tuvo control prenatal en ninguno de sus embarazos, y esto nos puede hablar de que falta más información y promoción del módulo materno infantil, mi trabajo es proceso atención enfermería, sin embargo quiero denotar que durante las prácticas de la licenciatura en el servicio de ginecología y obstetricia, y hospitalización el H.C.Z.A.L.F. N.2. Realizé 40 historias clínicas, a mujeres embarazadas, de edades entre 20 y 38 años, y 22 no llevaron control prenatal, entre ellas mi paciente, por lo que considero la importancia de darle mayor difusión a este módulo por la gran función que desempeña. Otro dato de importancia es que a la paciente no se le volvió a tomar laboratorio, de control, se indicó transfusión y no fue transfundida, salió con hemoglobina baja, al darla de alta.

Y en el área afectiva, se topo con la frío de una institución, ella pudo ocupar un lugar más, entre la paciente de la cama 24 como tantas otras.

SUGERENCIAS.

Es triste observar, este tipo de situaciones tan cotidianas, pero, creo que si se lograra interesar e involucrar más al personal de

enfermería, sobre la importancia que lleva consigo, todo el proceso de atención de enfermería, y el personal de enfermería presentara más casos clínicos, fomentando esta actividad desde las aulas, para acostumbrarnos a manejar el proceso como una actividad importante como realmente es, se despertaría la inquietud de conocer más profundamente nuestra razón de ser, y estar aquí, además, si recordamos la teoría por sí sola no es válida tiene que ser acompañada de la práctica para tener el valor, es decir si no se practica lo que se sabe, no tiene la suficiente fundamentación

"BIBLIOGRAFÍA."

- 1.- A. FRAILE, OVEJERO. "Atlas del cuerpo humano", Médico, Ediciones JOVER, 1981, pág. 55.
- 2.- ARLAN GALICIA. "Introducción a la técnica de investigación" Edic. TRILLAS, México 1975, pág. 193.
- 3.- ATKINSON, LESLIE D. "Proceso de atención de enfermería", MANUAL MODERNO, México, 1993, pág.137.
- 4.- BENSON RALPHIC. "EMBRIOLOGÍA DEL APARATO UROGENITAL" Edic. el MANUAL MODERNO, México 1989, pag.47-72.
- 5.- BEVERLY WITTEK, DUGLAS. "Tratado de Enfermería práctica." Edic. INTERAMERICANA, 1986, pág.55.
- 6.- BOLELLA, ILUSA J. CLAVEIRO, NÚÑEZ J. "La pelvis femenina" EN : TRATADO DE GINECOLOGÍA, Tomo 1, pág. 393-403.
- 7.- EARL W. STEPHEN. "Ejercicios durante el embarazo" En : ANUARIO MUNDO MÉDICO, México, 1987, pag. 173-180.
- 8.- EDWARD C. HUGHES. "Terminología en obstetricia y ginecología" Edic. SALVAT, 1987, pag.75-119.
- 9.- GOMEZ JARA FRANCISCO. "Teoría y técnica de club comunitaria, Ediciones Nueva Sociología, 1984, pag. 171-183.
- 10.- GUYTON ARTHUR C. DE. "Fisiología humana" Edic. INTERAMERICANA, 1983, pag. 432.
- 11.- GARCÍA MONTROY, LEOPOLDO C. DE, OCAÑA CASTAÑEDA Y CUELLAS GARCÍA ARTERO. "Sistema reproductor" Esc. Nacional de Estudios Superiores, Iteyotla, JUANAL, Pág. 434-487.
- 12.- H. DE TOURIGN, R. HENRIROW. "Ginecología y Obstetricia" 2ª edición, Edic. TRONY, MASSON, 1980, Pág. 424-440.
- 13.- HELEN L. FREDERICKSON, N. D. "Clases en Ginecología y Obstetricia" Edic. MOSBY, 1993, pág.158-1
- 14.- J. J. BLEGER. "Enfermería Materno-Infantil, Edic. INTERAMERICANA 1982, pág. 105-110.

15.- INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. "Lasprendimiento prematura de Placenta
norma inserta."México, 1986, pág. 285-287, 305- 307.

16.- INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. "Historia natural de la
enfermedad ". DOCUMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA. México, 1956,
pág. 45.

17.- J.P. LEMOINE. "Cuaderno de la enfermera"Edu. TODAY MASSON, 1981
Pág. 89-93.

18.- JANET, W. GRIFFITH, CHISTENSEN, PLUSH, MARTINEZ, ANS. "El proceso de atención
enfermería, un enfoque científico." Edu. MANUAL MODERNO, 1983, pag 103.

19.- J. GONZÁLEZ MERLO. "Obstetricia Ediciones Científicas" . Edic. SUR RELIGION,
4ª. Edición, pág.251-261.

20.- MONDRAGÓN HECTOR. "Obstetricia Básica, Ilustrada. Edu. THETAS, 1987
PÁG. 318-331.

21.- MAGHIB N. MOHAMMAD Y SALDANA E. JI DITH. "Administración de
programas de planificación familiar." México. Edit. LIMUSA, 1984, Pag 21- 45.

22.- NÚÑEZ MACIEL, EDUARDO. "Ginecología y Obstetricia." MÉNDEZ EDITORIAL. S. A. DE
C. V. Tercera edición 1983, pág 313-327.

23.-PRITCHARD, JACK. "Gametogénesis y desarrollo del feto." EN : WILLIAMS
OBSTETRICIA, 3ª Edición. Mexico, Edit. Salvat , 1979, pp.75-112.

24.- ROPER N. LOGAN. "Proceso de atención de enfermería modelos de aplicación."
México, INTERAMERICANA, 1986, pág. 77.

25.- SACRISTÁN RUIZ FEDERICO. "Enfermería en la atención Materno Infantil"
Documento interno de trabajo. ENFO / UNAM. Mecanograma , Agosto 1991 pág
1-8.