

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

**PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA  
APLICADO A PACIENTE CON EMBARAZO DE 24  
SEMANAS DE GESTACION Y DESPRENDIMIENTO  
PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA**

Que para obtener el título de

LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

**KARINA GARCIA DIAZ**

Nº de cta:402068325

DIRECTOR ACADEMICO

---

**LIC. FEDERICO SACRISTAN RUIZ**

OCTUBRE DE 2006



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## AGRADECIMIENTOS

Le agradezco a Dios por darme la oportunidad de vivir para realizar mis sueños y metas, agradezco a mis padres y hermano por haberme brindado su apoyo incondicional si no fuera por ellos y no estaría terminando una de las etapas mas importantes de mi vida. Ellos son pieza clave en mi desarrollo como persona.

Gracias por brindarme su amor, no tengo palabras para agradecer todo lo que han hecho por mi.

## INDICE

INTRODUCCION.....	1
OBJETIVOS.....	3
METODOLOGIA.....	4
CAPITULO I	
MARCO TEORICO.....	5
I.1 PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA.....	5
I.2 VIRGINIA HENDERSON.....	24
I.3 ANATOMIA Y FISILOGIA DEL ORGANO AFECTADO.....	27
I.4 DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINCERTA...	29
I.5 CHOQUE HIPOVOLICO EN EL EMBARAZO.....	37
I.6 TABAQUISMO DURANTE EL EMBARZO.....	38
I.7 INTERVENCIONES DE ENFERMERIA A PACIENTE CON DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINCERTA.....	39
CAOITULO II	
APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA.....	41
2.1 VALORACION DE ENFERMERIA.....	43
2.2 DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA.....	46
2.3 PLANEACION.....	47
2.4 EJECUCION Y EVALUACION.....	48
CONCLUSIONES .....	61
SUGERENCIAS .....	62
GLOSARIO .....	63
BIBLIOGRAFIA .....	68

## INTRODUCCIÓN

Cada día es más reconocido que el cuidado de enfermería es un factor clave para la supervivencia del paciente y para los aspectos relacionados con el mantenimiento, rehabilitación y prevención de la salud.

Durante los últimos años, la utilización de diagnósticos de enfermería ha sido motivo de debate, no solo entre las enfermeras, sino también entre el resto de profesionales de la salud para ejercer su profesión venían utilizando diagnósticos; El debate gira alrededor de varios puntos, los mas significativos son: la capacitación de la enfermera para emitir juicios, la legalidad para poder utilizar la organización de la estructura sanitaria que permite ejercer la profesión en base a ellos.

Han pasado varias decenas de años durante los cuales las enfermeras han aplicado teorías de enfermería a la práctica, sintetizando el trabajo y utilizando registros para anotar las actividades de enfermería realizadas y sus resultados con el paciente. Esto ha hecho posible los juicios formulados por las enfermeras para definir los problemas del paciente.

La necesidad de que las enfermeras, identifiquen y formulen diagnósticos no responde sólo a factores profesionales. La clasificación de la demanda y de los problemas de salud desde el punto de vista del usuario, que disfruta mayoritariamente un nivel mas alto de educación sanitaria y de información , el requerimiento de ayuda por su parte para un cuidado completo que le permita mantener o promover su salud; la utilidad de los diagnósticos de enfermería para completar sus actividades a los de otros profesionales; la posibilidad de definir por parte de los gestores la aportación específica de las enfermeras, a la solución de un problema de salud y la legislación que cada vez más protege los intereses de los usuarios.

En el presente trabajo se integra de una recopilación cualitativa con base a los datos recabados: un marco teórico sobre la anatomía de los órganos y sistemas afectados de un paciente con **desprendimiento prematuro de**

**placenta con embarazo de 24 semanas de gestación por clínica** un programa de trabajo y el proceso de atención enfocado a las necesidades alteradas en el paciente.

En forma cualitativa, se realiza una investigación bibliográfica, consultando diversos temas, autores, con respecto a una de las patologías que afectan a la persona, cuyo tema nos muestra puntos importantes sobre el panorama del padecimiento, su tratamiento, medidas preventivas y los cuidados.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Elaborar un proceso de atención de enfermería, aplicando el método científico a la solución de un problema con la finalidad de sustentar el examen profesional para obtener el título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Aplicar el Proceso Atención de Enfermería con base a las 14 necesidades según el método de Virginia Henderson, con el objeto de proporcionar atención individualizada y de calidad.
- Brindar atención de calidad y calidez, durante el tratamiento indicado a través de la comprensión y conocimiento del estado de salud del paciente.

## **METODOLOGIA**

La metodología empleada fue dividir en dos etapas el proceso de trabajo, primero se abarca la revisión bibliográfica de la anatomía y fisiología de los órganos y sistemas afectados y la patología específica.

La segunda etapa y más importante se realiza la valoración de las 14 necesidades del modelo de Virginia Henderson, llevándose a cabo la exploración física por medio de la inspección, auscultación, palpación y percusión con material y equipo del campo de práctica clínica, con auxilio y material del equipo propio, identificando el grado de dependencia de las necesidades básicas donde se estableció el diagnóstico de enfermería, de acuerdo a la prioridad de los problemas de salud, se planearon las intervenciones de enfermería, llevándose a cabo la exploración, se implantan las intervenciones de enfermería apoyándose con la paciente en todas la actividades que contribuyan a mejorar su estado de salud, con el apoyo del personal multidisciplinario de la Institución. Posteriormente se efectuó la evaluación, obteniendo el resultado de los objetivos planeados



## CAPITULO I

### MARCO TEORICO

#### I.I PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura sistemática fundamentada científicamente que de respuestas a las necesidades del paciente, desde el aspecto físico hasta el emocional, individualizando las necesidades de cada paciente, así como de la familia y la comunidad. La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como Proceso Atención de Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.<sup>1</sup>

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

**Valoración:** es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores

**Diagnóstico de Enfermería.** Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.

**Planeación.** Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.

**Ejecución.** Es la realización de los cuidados programados.

**Evaluación.** Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos<sup>2</sup>

#### ETAPA DE VALORACIÓN

---

<sup>1</sup> Dueñas José Raúl <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm> (02/08/2004)

<sup>2</sup> Dueñas José Raúl <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm> (02/08/2004)

Es la primera fase del proceso de enfermería, pudiéndose definir como el procedimiento organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente.<sup>3</sup>

Las enfermeras y enfermeros deben poseer unos requisitos previos para realizar una adecuada valoración del cliente, estos requisitos previos son:

**Las convicciones del profesional:** conforman la actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, siente y cree sobre la enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad. Estas convicciones se consideran constantes durante el proceso de atención.<sup>4</sup>

**Los conocimientos profesionales:** deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad. Los conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.<sup>5</sup>

**Habilidades:** en la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.<sup>6</sup>

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de Enfermería.

La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:

Criterios de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies": sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el

---

<sup>3</sup> Iyer Proceso y diagnosticos de enfermería p\_34

<sup>4</sup> Lefeure Rosalia Aplicación del proceso en enfermería p\_67

<sup>5</sup> Ibidem.; p 67

<sup>6</sup> Ibidem.; p 68

aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.<sup>7</sup>

- Criterios de valoración por "sistemas y aparatos": se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.<sup>8</sup>
- Criterios de valoración por "patrones Funcionales de Salud": la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud.<sup>9</sup>

Esta etapa cuenta con una valoración inicial, donde deberemos de buscar:

- Datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente.
- Factores Contribuyentes en los problemas de salud.

En las valoraciones posteriores, tenemos que tener en cuenta:

- Confirmar los problemas de salud que hemos detectado.
- Análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente.
- Determinación de la continuidad del plan de cuidados establecido.
- Obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente.<sup>10</sup>

---

<sup>7</sup> Iyer Proceso y diagnóstico en enfermería p 36

<sup>8</sup> Ibidem.; p 36

<sup>9</sup> Ibidem.; p 37

<sup>10</sup> Lefeure Rosalia Aplicación de proceso en enfermería p 69

En la recogida de datos necesitamos:

- Conocimientos científicos (anatomía, fisiología, farmacología, etc.)
- Capacidad de la enfermera de tomar decisiones.
- Habilidades técnicas e interprofesionales (relación con otras personas) .
- Convicciones (ideas, creencias, etc...)
- Capacidad creadora.
- Sentido común.
- Disposición.<sup>11</sup>

## LOS TIPOS DE DATOS

**Datos subjetivos:** No se pueden medir y son propios de paciente. Lo que la persona refiere que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (Sentimientos).

**Datos objetivos:** se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).

**Datos históricos:** (antecedentes) Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, c.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (Hospitalizaciones previas).<sup>12</sup>

## METODOS PARA OBTENER DATOS

### A. Entrevista Clínica

Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos. Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal; La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente; El aspecto

---

<sup>11</sup>Ibidem.; p 69

<sup>12</sup>Iyer proceso y diagnostico en enfermería p 38

informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.<sup>13</sup>

La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades, éstas son:

1. Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
2. Facilitar la relación enfermera/paciente.
3. Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas Y en el planteamiento de sus objetivos.
4. Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.<sup>14</sup>

La entrevista consta de tres partes: Iniciación, cuerpo y cierre

**Iniciación:** Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.<sup>15</sup>

**Cuerpo:** La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas. Existen formatos estructurados o semiestructurados para la recogida sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente.<sup>16</sup>

---

<sup>13</sup> Dueñas José Raúl <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm> (02/08/2004)

<sup>14</sup> Iyer Proceso y diagnóstico de enfermería p 40

<sup>15</sup> *Ibidem.*; p 40

<sup>16</sup> Lefeure Rosalia Aplicación de proceso en enfermería 71

**Cierre:** Es la fase final de la entrevista No se deben introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.<sup>17</sup>

## **B) LA OBSERVACIÓN**

En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera-paciente. Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa Y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.<sup>18</sup>

## **C) LA EXPLORACIÓN FÍSICA**

Se enfoca en determinar el grado de respuesta de la persona al proceso de la enfermedad una base a los datos recogidos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones y confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.<sup>19</sup>

**Inspección:** es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).<sup>20</sup>

**Palpación:** Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los

---

<sup>17</sup> Ibidem.; p 71

<sup>18</sup> Dueñas José Raúl <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm> (02/08/2004)

<sup>19</sup> Lefeure Rosalia Aplicación de proceso en enfermería p72

<sup>20</sup> Lefeure Rosalia Aplicación de proceso en enfermería p 73

movimientos corporales Y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración

Percusión: implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire y Timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara. <sup>21</sup>

**Auscultación:** consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y mediante esta herramienta poder determinar características sonoras de pulmón, corazón e intestino básicamente. <sup>22</sup>

## **VALIDACIÓN DE DATOS:**

Significa que la información que se ha reunido es verdadera (basada en hechos). Motivo por el cual debemos asegurarnos de que el paciente quiere indicar lo que de hecho dice. En comunicación existen técnicas de reformulación que nos ayudan a comprender más fielmente los mensajes del paciente, evitando las interpretaciones. <sup>23</sup>

- Datos verdaderos aquellos datos susceptibles de ser evaluados con una escala de medida precisa, peso, talla, etc. <sup>24</sup>
- Datos observados y que no son medibles, en principio, se someten a validación confrontándolos con otros datos o buscando nuevos datos que apoyen o se contrapongan a los primeros. <sup>25</sup>

## **ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS**

---

<sup>21</sup> Ibidem.; p 73

<sup>22</sup> Ibidem.; p 73

<sup>23</sup> Leufere Rosalia Aplicación de proceso en enfermería p 74

<sup>24</sup> Ibidem.; p 74

<sup>25</sup> Ibidem.; p 74

Es el cuarto paso en la recogida de datos, en esta etapa se trata de agrupar la información, de forma tal que nos ayude en la identificación de problemas, el modo más habitual de organizar los datos es por necesidades humanas (Maslow, 1972), o por patrones funcionales (Gordon, 1987), etc. La información ya ha sido recogida y validada, ahora los datos se organizan mediante categorías de información.<sup>26</sup>

## **DOCUMENTACION Y REGISTRO DE LA VALORACIÓN**

Facilita la atención de calidad de los cuidados Permite una evaluación para la gestión de los servicios enfermeros, incluida la gestión de la calidad.

- Prueba de carácter legal.
- Permite la investigación en enfermería.
- Permite la formación pregrado y postgrado.<sup>27</sup>

Para ello establece lineamientos para la correcta anotación de registros en la documentación, por mencionar algunos:

- A) Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales, también hay que anotar (entre comillas), la información subjetiva que aporta el paciente, los familiares y el equipo sanitario.
- B) Las descripciones e interpretaciones de los datos objetivos se deben apoyar en pruebas y observaciones concretas.
- C) Se deben evitar las generalizaciones y los términos vagos como, normal o regular, etc.
- D) Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, forma, tamaño, etc.
- E) La anotación debe ser clara y concisa.

---

<sup>26</sup> Iyer Proceso y diagnostico de enfermería p 45

<sup>27</sup> Ibidem.; p 46



F) Se escribirá de forma legible y con tinta indeleble. Trazar una línea sobre los errores.

G) Las anotaciones serán correctas ortográfica y gramaticalmente. Se usarán solo las abreviaturas de uso común, permitiendo con ello una interpretación veraz y objetiva.

## **FASE DE DIAGNÓSTICO**

Según se utilice el PAE de 4 fases o el de 5 es el paso final del proceso de valoración o la segunda fase. Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.<sup>28</sup>

1.- Identificación de problemas:

Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alterativas como hipótesis

2.- Formulación de problemas. Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes.

### **Tipos de diagnósticos**

**Real:** representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las

---

<sup>28</sup> Iyer Proceso y diagnostico de enfermería p 47

características que lo definen (Gordon 1990). El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico. <sup>29</sup>

**Alto Riesgo:** es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. 1.a descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo" . Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).<sup>30</sup>

**Posible:** son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).<sup>31</sup>

**De bienestar:** juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en i los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud. <sup>32</sup>

Podemos añadir un quinto tipo:

**De síndrome:** comprenden un grupo de Diagnósticos de Enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados<sup>33</sup>

---

<sup>29</sup> Ibidem.; 47

<sup>30</sup> Ibidem.;48

<sup>31</sup> Iyer Proceso y diagnostico de enfermería p 49

<sup>32</sup> Ibidem., 48

<sup>33</sup> Ibidem.,48

## **PLANEACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

Una vez que hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas.<sup>34</sup>

### **DETERMINACIÓN DE PRIORIDADES:**

Se trata de establecer las necesidades que son prioritarias para el paciente. Creemos que es de interés indicar aquí, que bajo una concepción holístico-humanista, la insatisfacción de las necesidades básicas provoca la enfermedad, esta carencia coloca a la persona en un estado de supervivencia, a pesar de ello y en determinadas ocasiones de libre elección, la persona prefiere satisfacer unas necesidades, privándose de otras.<sup>35</sup>

Es obvio añadir que son problemas prioritarios las situaciones de emergencia, como problemas de carácter biofisiológico, con excepción de la urgencia en los procesos de morir. Por lo tanto daremos preferencia a aquellos diagnósticos de enfermería y complicaciones potenciales, referidos a las necesidades que el paciente da prioridad en consentimiento con la enfermera/o.<sup>36</sup>

### **PLANTEAMIENTO DE LOS OBJETIVOS:**

Una vez que hemos priorizado los problemas que vamos a tratar, debemos definir los objetivos que nos proponemos con respecto a cada problema, teniendo presente que los objetivos sirven para:<sup>37</sup>

---

<sup>34</sup> Dueñas José Raúl <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm> (02/08/2004)

<sup>35</sup> Dueñas José Raúl <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm> (02/08/2004)

<sup>36</sup> Lefeure Rosalia Aplicación de proceso en enfermería p 76

<sup>37</sup> Ibidem., p 77

Dirigir los cuidados.

Identificar los resultados esperados.

Medir la eficacia de las actuaciones.

Lo que se pretende con los objetivos de las actuaciones enfermeras es establecer qué se quiere conseguir, cómo, cuándo y cuánto.

Existen dos tipos de objetivos:

- Objetivos de enfermería o criterios de proceso.
- Objetivos del paciente/cliente o criterios de resultado

Normas generales para la descripción de objetivos

- Escribir los objetivos en términos que sean observables y puedan medirse.
- Describir los objetivos en forma de resultados o logros a alcanzar, y no como acciones de enfermería.
- Elaborar objetivos cortos.
- Hacer específicos los objetivos.
- Cada objetivo se deriva de sólo un diagnóstico de enfermería.
- Señalar un tiempo específico para realizar cada objetivo.

**OBJETIVOS DE ENFERMERÍA:**

Estos objetivos dirigen las actuaciones enfermeras hacia tres grandes áreas para ayudar al paciente a:

- A encontrar sus puntos fuertes, esto es, sus recursos de adaptación adecuados para potenciarlos.
- A buscar nuevos sistemas y recursos de adaptación.
- A conocer su estilo de vida y ayudarle a modificarlo, si no fuera competente para el cambio, bien por una disminución de los recursos propios o por una inadecuación de los mismos.

Los objetivos de enfermería deben responder a preguntas sobre: capacidades limitaciones y recursos del individuo que se pueden fomentar, disminuir/aumentar o dirigir.

#### OBJETIVOS DEL CLIENTE / PACIENTE :

Al describir los objetivos debemos entender que estamos prefijando los resultados esperados, esto es, los cambios que se esperan en su situación, después de haber recibido los cuidados de enfermería como tratamiento de los problemas detectados y responsabilidad de la enfermera/o. Los objetivos del cliente se anotan en términos de lo que se espera que haga el cliente, esto es, como conductas esperadas.<sup>38</sup>

#### ACTUACIONES DE ENFERMERÍA

Las actuaciones enfermeras son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaborarán acciones enfocadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema .<sup>39</sup>

Vamos a ver ahora el tipo de actividades de enfermería.

- Dependientes: Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una actuación médica<sup>40</sup>
- Interdependientes: Son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud. Estas actuaciones pueden

---

<sup>38</sup> Lefeure Rosalia Aplicación de proceso en enfermería p 78

<sup>39</sup> Ibidem., p 78

<sup>40</sup> Ibidem.; 79

implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas médicos, etc.<sup>41</sup>

- Independientes: Son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica. Son actividades que no requieren la orden previa de un médico.<sup>42</sup>

Las acciones más habituales de la planificación de los cuidados de enfermería integrales, entorno a los diferentes tipos de diagnóstico enfermero y a los problemas interdependientes son:

El diagnóstico enfermero real:

- Reducir o eliminar factores contribuyentes.
- Promover mayor nivel de bienestar.
- Controlar el estado de salud.

Para el diagnóstico enfermero de alto riesgo

- Reducir o eliminar los factores de riesgo,
- Prevenir que se produzca el problema.
- Controlar el inicio de problemas.

Para el diagnóstico enfermero posible

- Recoger datos adicionales que ayuden a confirmar o excluir un diagnóstico.
- Para el diagnóstico enfermero de bienestar:
- Enseñar conductas que ayuden a conseguir mayor nivel de bienestar.
- Para problemas interdependientes:

---

<sup>41</sup> Ibidem.; 79

<sup>42</sup> Ibidem.; 79

- Controlar los cambios de estado del paciente.
- Manejar los cambios de estado de salud.
- Iniciar las actuaciones prescritas por la enfermera V el médico.

La determinación de las actuaciones de enfermería que son necesarias para resolver o disminuir el problema, requiere de un método. Los pasos a seguir son los que siguen:

- Definir el problema (diagnóstico).
- Identificar las acciones alternativas posibles.
- Seleccionar las alternativas factibles.

## **DOCUMENTACIÓN EN EL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

La última etapa del plan de cuidados es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados y actuaciones de enfermería ello se obtiene mediante una documentación.<sup>43</sup>

El plan de cuidados de enfermería, según Griffith-Kenney y Christensen (1986), "es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello".

Las finalidades de los planes de cuidados están dirigidas a fomentar unos cuidados de calidad, mediante:

- Los cuidados individualizados.
- La continuidad de los cuidados.
- La comunicación.
- La evaluación.

---

<sup>43</sup> Dueñas José Raúl <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm> (02/08/2004)

## PARTES QUE COMPONEN LOS PLANES DE CUIDADOS

Los planes de cuidados deben tener los siguientes registros documentales:

- Diagnósticos de enfermería/problemas interdependientes.
- Objetivos del cliente para el alta a largo plazo (criterios de resultado)
- Ordenes de enfermería (actividades),
- Evaluación (informe de evolución).

### EJECUCIÓN

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras: <sup>44</sup>

Continuar con la recogida y valoración de datos.

- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas
- Dar los informes verbales de enfermería,
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

### EVALUACIÓN:

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios. <sup>45</sup>

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones, Griffith y Christensen (1982).

---

<sup>44</sup> Iyer Proceso y diagnóstico de enfermería p 50

<sup>45</sup> Ibidem.; p 50



El proceso de evaluación consta de dos partes

1. Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
2. Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado), son según Iyer las siguientes áreas: <sup>46</sup>

1. Aspecto general y funcionamiento del cuerpo a toma en cuenta para su valoración:

Observación directa, examen físico.

Examen de la historia clínica

2. Señales y Síntomas específicos

Observación directa

Entrevista con el paciente.

Examen de la historia

3. Conocimientos :

Entrevista con el paciente

Cuestionarios (test)

4. Capacidad psicomotora (habilidades).

Observación directa durante la realización de la actividad

5. Estado emocional:

Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.

---

<sup>46</sup> Dueñas José Raúl <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm> (02/08/2004)

Información dada por el resto del personal

#### 6. Situación espiritual (modelo holístico de la salud)

- Entrevista con el paciente.
- Información dada por el resto del personal.
- Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas estudio, veamos las tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar:
  - El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
  - El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.

El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.<sup>47</sup>

De forma resumida la evaluación se compone de:

- Medir los cambios del paciente/cliente.
- En relación a los objetivos marcados.
- Como resultado de la intervención enfermera
- Con el fin de establecer correcciones.
- La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final.

A la hora de registrar la evaluación se deben evitar los términos ambiguos como igual, poco apetito, etc., es de mayor utilidad indicar lo que dijo, hizo y sintió el paciente. La documentación necesaria se encontrará en la historia clínica.<sup>48</sup>

---

<sup>47</sup> Iyer Proceso y diagnóstico de enfermería p 52

<sup>48</sup> Ibidem.; 52

Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.

## **I.2 VIRGINIA HENDERSON**

Virginia nació en 1897 en Kansas (Missouri). Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería.

Henderson define a la enfermería en términos funcionales como : " La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo , en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud , su recuperación o una muerte tranquila , que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza , la voluntad y el conocimiento necesario . Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible " <sup>49</sup>

### **Los elementos más importantes de su teoría son :**

- La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.
- Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.
- Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados enfermeros", esferas en las que se desarrollan los cuidados.

### **Las necesidades humanas básicas según Henderson , son :**

1. Necesidad de oxigenación.
2. Necesidad de nutrición e hidratación.
3. Necesidad de eliminación.
4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura.
5. Necesidad de descanso y sueño.
6. Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.

---

<sup>49</sup> Dueñas José Raúl <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm> (02/08/2004)

7. Necesidad de termorregulación.
8. Necesidad de higiene y protección de la piel.
9. Necesidad de evitar peligros.
10. Necesidad de comunicarse
11. Necesidad de vivir según sus creencias y valores
12. Necesidad de trabajar y realizarse.
13. Necesidad de jugar /participar en actividades recreativas.
14. Necesidad de aprendizaje.

Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas , la autora identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que comporten todos los seres humanos , que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital , incidiendo en ellas factores físicos , psicológicos o sociales . Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud (dependiente). Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionadas a una falta de conocimientos.<sup>50</sup>

V. Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello.

Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores :

**Permanentes:** edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física.

**Variables:** estados patológicos :

- Falta aguda de oxígeno.
- Conmoción (inclusive el colapso y las hemorragias).
- Estados de inconsciencia (desmayos, coma, delirios).

---

<sup>50</sup> Dueñas José Raúl <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm> (02/08/2004)

- Exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales.
- Estados febriles agudos debidos a toda causa.
- Una lesión local, herida o infección, o bien ambas.
- Una enfermedad transmisible.
- Estado preoperatorio.
- Estado postoperatorio
- Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento.
- Dolores persistentes o que no admitan tratamiento.

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que V. Henderson denomina cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente. Describe la relación enfermera - paciente , destacando tres niveles de intervención como sustituta , como ayuda o como compañera .

Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado , facilitando así la definición del campo de actuación enfermero , y a nivel más práctico , la elaboración de un marco de valoración de enfermería en base a las catorce necesidades humanas básicas .<sup>51</sup>

Definición de Henderson de los 4 conceptos básicos del Metaparadigma de enfermería :

### **Persona :**

Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz , la persona y la familia son vistas como una unidad .

La persona es una unidad corporal/física y mental , que está constituida por componentes biológicos , psicológicos , sociológicos y espirituales .

La mente y el cuerpo son inseparables. El paciente y su familia son considerados como una unidad.

Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia .Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia . Necesita fuerza , deseos , conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana .<sup>52</sup>

### **Entorno :**

Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

---

<sup>51</sup> Dueñas José Raúl <http://www.terra.es/personal/duenas/teorias2.htm> ( 14/09/06 )

<sup>52</sup> Dueñas José Raúl <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm> (02/08/2004)

## **Salud :**

La calidad de la salud, más que la vida en sí misma, es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de Enfermería. Equipara salud con independencia<sup>53</sup>

## **NECESIDADES:**

Es el objeto de los cuidados de enfermería que son integrales (bio-psico-social) y son individualizados.

## **I.3 ANATOMIA Y FISILOGIA DEL ORGANO AFECTADO**

### **EL ÚTERO**

Es un órgano muscular hueco en forma de pera, de pared gruesa, situado entre la base de la vejiga y el recto. Está cubierta en cada lado por dos capas de ligamento ancho, se comunica por arriba con las trompas uterinas y por abajo con la vagina. Está dividido en dos porciones principales, la porción mayor o cuerpo por arriba y el cérvix, más pequeño, por abajo, unidas ambas por una constricción transversa, el istmo. Las trompas uterinas se unen al útero en los ángulos superiores (laterales). La porción redonda que se extiende por arriba del plano se denomina fondo. Esta porción es la región de máxima anchura. La cavidad del cuerpo, vista por el frente o por atrás, es burdamente triangular con la base invertida. La comunicación de la cavidad por abajo con la cavidad del cérvix corresponde en posición al istmo y forma el orificio interno del útero. El cérvix tiene forma parecida a un barril y su extremo inferior se une a la vagina en un ángulo variable de 45 a 90 grados. Se proyecta en el interior de la vagina y está dividida en una porción supravaginal y una parte vaginal por la línea de inserción. En la extremidad de la porción vaginal está la abertura que

---

<sup>53</sup> Dueñas José Raúl <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm> (02/08/2004)

conduce a la vagina, este orificio externo uterino , que es redondo u oval antes del parto, pero adquiere la forma de una hendidura transversa en las mujeres que ya han tenido hijos. Está limitada por los labios anteriores y posteriores.<sup>54</sup>

El tamaño del útero varía, bajo condiciones normales, con la edad y el estado fisiológico. En la mujer adulta que nunca ha tenido descendencia mide aproximadamente 7 a 8 cm de longitud y 4 a 5 cm en su punto más ancho. Su forma y tamaño se modifican sobremanera en función de la etapa gestacional.<sup>55</sup>

La pared del útero es muy gruesa y consta de tres capas:

Serosa: es la cubierta peritoneal, es delgada y esta adherida con firmeza al fondo uterino y a la mayor parte del cuerpo hace más gruesa por detrás y se separa del músculo por el parametrio.

Muscular: conocida también como miometrio se distinguen dos capas principales de la cubierta muscular la externa que es más débil y esta compuesta por fibras longitudinales, y la capa interna más fuerte, cuyas fibras estan entrelazadas y corren en diversas direcciones.

Mucosa: o endometrio el tejido es delgado y friable y contiene muchas glándulas tubulares que se abren en el interior de la cavidad uterina.

La vascularización sanguínea del útero es proporcionada por las arterias uterinas y ovaricas. Como rama terminal de la artería hipogástrica.<sup>56</sup>

## **PLACENTA**

La placenta es un órgano de secreción interna que libera numerosas hormonas y enzima en la circulación materna. Además, sirve como órgano de transporte para todos los nutrimentos fetales y productos de metabolismo , así cómo para intercambio de oxígeno y CO<sub>2</sub>. Aunque su origen es fetal la placenta depende casi por completo de la sangre materna para nutrirse.

Es difícil medir la magnitud de la circulación uteroplacentaria . Se ha llegado al consenso de que el flujo sanguíneo uterino total cerca del término es de 500 a 700 ml/min; sin embargo , no toda esta sangre atraviesa el espacio intervelloso. En genera se supone que cerca del 85% del flujo sanguíneo se dirige hacia los cotiledones, y el resto al miometrio y endometrio.<sup>57</sup>

---

<sup>54</sup> DeCherney Alan 2002 " Diagnostico y tratamiento ginecoobtetricos" 46 p

<sup>55</sup> Ibidem.; p 46

<sup>56</sup> Ibidem.; p 46

<sup>57</sup> DeCherney Alan opcit.; p 177

## **I.4 DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA (DPPNI)**

El desprendimiento prematuro de placenta normoinserta o también conocido como abrupcio placentae un síndrome hemorrágico el cual ocurre como consecuencia del desprendimiento total o parcial de la placenta (DPPNI) que sucede después de las 20 semanas de gestación y antes del periodo de alumbramiento. Da origen a un hematoma retroplacentario que, en función del área de desprendimiento, puede cursar desde una forma asintomática y diagnosticarse tras el alumbramiento, hasta con un cuadro gravísimo con complicaciones maternas importantes (shock hipovolémico, trastornos de la coagulación, etc.)Y un pronóstico materno fetal comprometido.<sup>58</sup>

El DPPNI puede suceder en cualquier momento de la gestación, aunque es más frecuente en la segunda mitad, es raro que tenga lugar en el parto, lo frecuente es que, como consecuencia del DPPNI éste se desencadene.

### **SIGNOS Y SINTOMAS**

#### **Manifestaciones típicas**

- Hemorragia vaginal oscura no coagulada (80%)
- Dolor abdominal o lumbar (50%)
- Hipertonía uterina (17%)
- Contracciones uterinas (17%)
- Dolor a la palpación
- Signos de sufrimiento fetal o muerte fetal
- Signos de hipovolemia superiores a los esperados por la hemorragia exteriorizada.

#### **La gravedad se clasifica por los grados de 0 a 3**

##### **GRADO 0**

Ausencia hemorragia externa o inferior a 250 ml placenta que muestra áreas infartadas inferiores a una sexta parte de la placenta<sup>59</sup>

##### **GRADO 1**

Desprendimiento de menos de la mitad de la placenta 1/6 parte, tiene una incidencia de 48% de la población, perdida hemática total inferior a 500 ml 15% del volumen sanguíneo total, hemorragia vaginal oscura leve a moderada, dolor abdominal impreciso o dolor lumbar, ausencia de dolor a la palpación, ausencia de contracciones uterinas, constantes vitales normales, fibrinógeno normal de 450 mg/dl, patrón de frecuencia cardiaca fetal normal.<sup>60</sup>

---

<sup>58</sup> Simpson J.L. *Obstetricia* p 227

<sup>59</sup> Jean Dickson Elizabeth *Enfermería materno infantil* p 537

<sup>60</sup> *Ibidem.*; p 537



## GRADO 2

Desprendimiento de ½ parte de la placenta, tiene una incidencia de 27% de la población, pérdida hemática total de 1,000 a 1,500 ml, 15 a 30% de volumen sanguíneo total, hemorragia vaginal obscura (ligera a intensa) inicio gradual o brusco de dolor abdominal, dolor a la palpación, aumento del tono uterino, choque leve, presión arterial materna normal, taquicardia materna, presión de pulso débil, taquipnea, fibrinógeno de 150 a 300 mg/dl, la frecuencia cardiaca fetal muestra signos de alarma de posible sufrimiento fetal.<sup>61</sup>

## GRADO 3

Más de ½ parte de la placenta es desprendida, una incidencia de 24% de la población, pérdida hemática total superior a 1,500 ml, más de 30% del volumen sanguíneo total, hemorragia vaginal oscura (moderada a excesiva) generalmente el inicio brusco del dolor uterino se describe como desgarrador, punzante y continuado, el útero está tenso y es muy reactivo a los estímulos, choque de moderado a grave con frecuencia presión arterial disminuida, taquicardia materna importante presión del pulso débil taquipnea importante generalmente aparece una coagulación intravascular diseminada (CID), excepto si se trata de forma inmediata, fibrinógeno menor de 150 mg/dl, la frecuencia cardiaca fetal muestra signos de sufrimiento fetal y puede producirse la muerte fetal.<sup>62</sup>

## FISIOPATOLOGIA

Teóricamente se considera que el Desprendimiento Prematuro de placenta normoincisa (DPPNI) está causado por la degeneración de las arteriolas espirales que nutren la decidua e irrigan la placenta, produciendo las necrosis de la decidua basal. Durante este proceso, se produce la rotura de los vasos sanguíneos y, como consecuencia, una rápida hemorragia debido a que el útero todavía está distendido y no puede contraerse lo suficiente para cerrar los vasos sanguíneos abiertos.<sup>63</sup>

En la zona de la hemorragia se produce el desprendimiento de la placenta. Si el desgarro está en el margen de la placenta o si separa las membranas de la decidua, la hemorragia vaginal es evidente. Por otro lado, la sangre puede ocultarse entre la placenta y la decidua. Si esto sucede, puede producirse la suficiente presión en las membranas fetales para que la sangre pase al saco amniótico o de las fibras miométricas, o que se conoce como útero de Couvelaire esto aumenta el tono y la irritabilidad uterina.<sup>64</sup>

## FACTORES ETIOLÓGICOS

---

<sup>61</sup> Ibidem., 537

<sup>62</sup> Ibidem.; p 537

<sup>63</sup> Hartmon gilbert, "Manual d embarazo y manual de alto riesgo p 426

<sup>64</sup> Ibidem.; p 426

La causa primaria del DPPNI no es bien conocida. Se sugieren diferentes factores etiológicos.

*Patología hipertensiva.* La preeclampsia y la hipertensión arterial crónica con preeclampsia sobreañadida se asocia a una 40 a 60% al DPPNI grave. El endotelio persiste en las arterias espirales y no es sustituido por trofoblasto como ocurre en el embarazo normal para facilitar la dilatación vascular y permitir un flujo sanguíneo adecuado al espacio intervelloso,<sup>65</sup>

*Factores genéticos.* Estudios recientes han demostrado que determinadas alteraciones genéticas se encuentran estrechamente relacionadas con el desprendimiento placentario. Mutaciones del gen de la sintetasa del óxido nítrico endotelial , del gen de la protombina.<sup>66</sup>

*Déficit de folatos.* El aporte insuficiente de folatos se relaciona con un aumento del riesgo de complicaciones obstétricas.<sup>67</sup>

*Tabaco y cocaína.* La acción vasoconstrictora y las lesiones de la pared vascular producidas por la nicotina hacen del tabaco un factor de riesgo, en especial cuando se asocia a cuadros hipertensivos. La cocaína dada su acción vasoactiva, aumenta el riesgo.<sup>68</sup>

*Traumatismos.* El desprendimiento de placenta se asocia en ocasiones a traumatismos de diferente índole. Un traumatismo directo sobre el útero puede originar una hemorragia del lecho placentario y, secundariamente, un hematoma, es común que sea causado por accidentes de tráfico y las agresiones físicas fueron las situaciones más comunes.<sup>69</sup>

*Anomalías de implantación.* Se ha asociado el desprendimiento de placenta con su inserción sobre miomas y tabiques en malformaciones uterinas.

*Rotura de membranas en hidramnios y embarazo múltiple.* La descompresión súbita del útero por una rotura de membranas en situaciones de hiperdistensión por hidramnios o embarazo múltiple puede ir seguida de una retracción miometrial y originar una desprendimiento, asociación que se da en el 5% de los casos.<sup>70</sup>

*Factores iatrogénicos.* Maniobras de versiones externas, con la finalidad de transformar una situación o presentación desfavorable en otra más favorable, pueden ser causa de un desprendimiento. Se han descrito casos como complicación en el transcurso de una amniosentesis o cordocentesis.<sup>71</sup>

---

<sup>65</sup> S. Carrasco *Obstetricia* 573

<sup>66</sup> *Ibidem.*; p 573

<sup>67</sup> *Ibidem.*; p 573

<sup>68</sup> S. Carrasco *Obstetricia* 573

<sup>69</sup> *Ibidem.*; p 573

<sup>70</sup> *Ibidem.*; p 573

<sup>71</sup> *Ibidem.*; 573

*Otros factores etiológicos.* Enfermedades tromboembólicas de repetición asociadas al anticoagulante lúpico y presencia de anticuerpos anticardiolipinas, edad avanzada paridad elevada, retraso en el crecimiento intrauterino y malformaciones fetales son considerados factores etiológicos significativos del desprendimiento de placenta.<sup>72</sup>

## **DATOS DE LABORATORIO**

El grado de anemia tal vez sea menor de lo que la magnitud de la hemorragia pareciera justificar, debido a que durante la pérdida aguda de sangre se retrasan los cambios de la hemoglobina y el hematócrito hasta que ha ocurrido hemodilución secundaria. un frotis de sangre periférica puede mostrar una cuenta plaquetaria reducida la presencia de esquistocitos, que sugiere coagulación intravascular diseminada, y disminución de fibrinógeno con liberación de productos de descomposición de la fibrina. Si no se dispone de determinaciones seriadas de laboratorio de las concentraciones de fibrinógeno, la prueba de la observación de la coagulación es un procedimiento sencillo y de incalculable valor que se puede realizar aun cuando la paciente está en cama. Se obtiene una muestra de sangre venosa cada hora, se coloca en un tubo de ensayo limpio, y se observa la formación y lisis de coágulo. La incapacidad de coagulación entre los 5 a 10 min o la disolución de un coágulo formado cuando se agita suavemente el tubo indica que hay deficiencia de coagulación , la cual casi siempre obedece a la falta de fibrinógeno y plaquetas.<sup>73</sup>

Se debe disponer de estudios más sofisticados a nivel de urgencias en la mayor parte de los hospitales.

Lo siguiente ayudará a determinar el estado de la coagulación.

Tiempo de protombina, tiempo parcial de tromboplastina, cuenta de plaquetas fibrinógeno y productos de degradación de la fibrina.

La ultrasonografía puede ser útil pero no es totalmente confiable, ya que puede no revelar el coágulo retroplacentario en la mayor parte de los casos.

## **COMPLICACIONES**

### **CHOQUE**

El choque (shock) es el resultado del intento del organismo de proteger los órganos vitales, especialmente el cerebro y el corazón, en la reducción del volumen sanguíneo circulante. Cuando disminuye la sangre del sistema vascular, disminuye el retorno venoso y , como consecuencia se reduce el gasto cardíaco.<sup>74</sup>

---

<sup>72</sup> Ibidem.; 573

<sup>73</sup> DeCherney Alan opcit .; 401

<sup>74</sup> S. Carrasco Opcit.;"574 p

Entonces se activan los mecanismos fisiológicos de compensación. La disminución en la presión arterial produce reflejos simpáticos potencialmente que estimulan la vasoconstricción de las arteriolas y las vénulas de los riñones, el hígado, los pulmones, el tracto gastrointestinal, los músculos, la piel y el útero, redistribuyendo la sangre al corazón y al cerebro desde estas zonas.<sup>75</sup>

La frecuencia cardíaca y respiratoria aumentan en un intento compensatorio, suministrando un mayor volumen de sangre oxigenada a los órganos vitales. También se activa otro mecanismo compensatorio más lento que estimula la absorción superficial irregular, piel fría y húmeda, palidez, síncope y sensación de sed. Si la hemorragia continúa, los mecanismos compensatorios no pueden mantener las necesidades tisulares y se produce un deterioro de la función cardíaca, la pérdida del tono vasomotor y la liberación de toxinas por el tejido isquémico, y le sigue la muerte celular.<sup>76</sup>

Debido al aumento fisiológico de volumen sanguíneo durante el embarazo, los signos típicos de choque no siempre están presentes hasta que se afecta la circulación fetal. Durante el embarazo, los signos de choque generalmente no aparecen hasta después de que se pierde del 25 al 30% del volumen sanguíneo materno. La desviación de sangre fuera de la placenta ocurra antes de que se pierda del 25 al 30%.<sup>77</sup>

## **COAGULACION INTRAVASCULAR DISEMINADA**

La coagulación intravascular diseminada aparece del 10 al 20 % de los casos. Este defecto de la coagulación se produce debido a que los fragmentos de tejido placentario (tromboplastina) pasan a la circulación sistémica. Estas sustancias activan la coagulación intravascular generalizada y en poco tiempo se agotan los factores de coagulación. Por tanto, el recuento de plaquetas generalmente disminuye, al igual que el fibrinógeno y aumentan los productos de degradación de la fibrina

## **NECROSIS CORTICAL Y TUBULAR RENAL**

Debe considerarse esta necrosis si persiste oliguria después de que se ha establecido un volumen sanguíneo apropiado. Debe intentarse mejorar, y fomentar la diuresis aumentando el volumen de líquidos (con vigilancia). Si persiste oliguria o anuria, es probable la presencia de necrosis renal, debe vigilarse la ingestión y excreción de líquidos. La alteración continua de la función renal puede requerir diálisis peritoneal o hemodiálisis.<sup>78</sup>

## **APOPLEJIA UTERINA**

La infiltración sanguínea extensa del miometrio puede originar pérdidas de la contractilidad miometrial. Si no se controla la hemorragia del lecho placentario,

---

<sup>75</sup> Alfaro Rodríguez Hector, Complicaciones medicas en el embarazo p 324

<sup>76</sup> Ibidem.; 324

<sup>77</sup> Alfaro Hector, Complicaciones medicas en el embarazo p 325

<sup>78</sup> DeCherney Alan opcit.; 403

puede ser necesaria la histerectomía, si la procreación futura es una consideración importante, debe hacerse ligadura bilateral de las ramas ascendentes de las arterias uterinas antes de recurrir a la histerectomía, pues de esta modo no sólo se reducirá la circulación sanguínea sino que la isquemia relativa producida ocasionará la contracción satisfactoria del útero lesionado. Después de ligar las arterias uterinas o hipogástricas, la circulación colateral debe ser adecuada para preservar la función uterina, incluso en embarazos ulteriores.<sup>79</sup>

## **NECROSIS HIPOFISIARIA**

Por semejantes mecanismos de isquemia, puede tener lugar una necrosis de lóbulo anterior de la hipófisis.

Suele manifestarse clínicamente en el puerperio por agalactia y, posteriormente, por un déficit gonadal importante pero poco frecuente.<sup>80</sup>

## **TRATAMIENTO**

### **Medidas generales urgentes**

- Control de constantes vitales ( T/A, pulso, etc.) para valorar pérdidas hemáticas. Normalmente estas pérdidas hemáticas se infravaloran. Hay que tener en cuenta que, cuando se ha producido la muerte fetal por un hematoma retroplacentario, la pérdida sanguínea es por lo menos de 2,500 ml y precisan transfusión urgente aunque el estado de la paciente sea estable hemodinámicamente.
  - Canalizar vías periféricas
- Pruebas de laboratorio para valorar pérdidas hemáticas teniendo en cuenta que los valores de hematocrito y hemoglobina pueden ser normales, aunque la
- pérdida sea importante debido a la intensa vasoconstricción reactiva que se produce en estas pacientes
  - Pruebas cruzadas
  - Canalización de una vía central si la paciente no está hemodinámicamente estable valorando los riesgos de su colocación si existe coagulopatía
  - Sondaje vesical intentando mantener una diuresis de 30 ml/h o más con cristaloides y coloides hasta disponer de hemoderivados para asegurar que se está manteniendo el volumen intravascular y evitar la necrosis tubular aguda o una necrosis cortical bilateral, que son las principales causas de muerte en las pacientes con DPPNI.
  - Administrar concentrados de hematíes para mantener el hematocrito de transporte de oxígeno suficiente
  - Monitorizar los parámetros de la coagulación y, si existe sangrado, administrar plasma fresco, fibrinógeno, crioprecipitados o plaquetas según resultados. Tener en cuenta que muchos de estos hemoderivados necesitan 60 minutos para prepararlos antes de poder ser utilizados

---

<sup>79</sup> Ibidem.; p 403

<sup>80</sup> S. Carrasco opcit., p 575

- Cuando se realizan transfusiones masivas, éstas por la hemodilución producen una coagulopatía , por lo que se recomienda administrar una unidad de plasma fresco por cada cuatro unidades de concentrado de hematíes.<sup>81</sup>

## CONDUCTA OBSTETRICA

La conducta será en relación al estado fetal y materno. En caso de muerte fetal, el desprendimiento es superior al 50% y la posibilidad de trastornos de la coagulación es de uno de cada tres casos.

### *Con feto vivo*

Cuando la hemorragia es escasa, no hay clínica de dolor, ausencia de irritabilidad uterina y de signos de riesgo de pérdida del bienestar fetal con feto inmaduro, la conducta debe ser expectante, con vigilancia del estado materno fetal, así como inducción de la madurez pulmonar con corticoides. Si el tiempo de gestación es de 34 semanas o más o hay un empeoramiento clínico, debe terminarse la gestación. la vía de parto puede ser la vaginal, si no hay contraindicación para ello y se dan las condiciones que permitan prever una evolución del parto en un tiempo no superior a cinco-seis horas.<sup>82</sup>

Es aconsejable la rotura de la bolsa amniótica con objeto de disminuir la presión intraamniótica y el paso de tromboplastina a la circulación. No hay evidencia que la amniotomía logre esos objetivos.

La estimulación del útero con oxitocina a dosis adecuadas no está contraindicada

Si el estado del feto y la madre permanecen estables, es posible el parto vaginal

En las formas clínicas grado 2 y 3 con feto vivo, está indicado terminar la gestación mediante cesárea urgente. El área de desprendimiento de la placenta es extensa, el riesgo de hipovolemia, coagulación intravascular diseminada e hipoxia fetal es alto.

Antes de realizar la cesárea se considerará el estado de la coagulación y se tomarán medidas preventivas, dado el riesgo de hemorragia como resultado de la intervención.

### *Con feto muerto*

En pacientes con feto muerto se debe intentar el parto por vía vaginal. Cuando se da esta situación , el área de desprendimiento placentario suele ser superior al 50% y el riesgo de CID alto, la circunstancia puede empeorar como resultado

---

<sup>81</sup> S. Carrasco Opcit.; p 577

<sup>82</sup> S. Carrasco Opcit.; p 577

directo de la práctica de una cesárea dada la mayor área de superficie sangrante<sup>83</sup>

Producido el desprendimiento, el parto se desencadena generalmente. Al tono uterino, que puede ser de 25 a 50 mmHg se superponen contracciones uterinas rítmicas que aparecen registradas como pequeñas ondas en el tococardiograma

No existe un límite de tiempo previo para el parto vaginal. Si es condición imprescindible una buena reposición de la volemía y una óptima perfusión y oxigenación de los tejidos durante todo el trabajo de parto<sup>84</sup>

En nuestro medio, con útero hipertónico se termina la gestación mediante cesárea, con la finalidad de evacuar lo antes posible el útero y disminuir las complicaciones dado el alto riesgo de que aparezca un CID. Con útero no hipertónico se intenta parto por vía vaginal.<sup>85</sup>

## **I.5 CHOQUE HIPOVOLEMICO EN EL EMBARAZO**

La hemorragia obstétrica masiva que conduce al estado de choque hipovolémico sigue siendo una causa de elevada morbimortalidad materno-fetal e involucra al equipo quirúrgico en conjunto, ya que este evento se puede presentar tanto en salas de parto como en el quirófano.<sup>86</sup>

La mujer embarazada experimenta una variedad de cambios fisiológicos en el aparato cardiovascular, lo que incluye incremento de volumen sanguíneo, la frecuencia cardiaca, el volumen latido y el gasto cardiaco; así como disminución de

las resistencias vascular sistémica y pulmonares. Estos cambios tienen como finalidad asegurar un adecuado suministro de oxígeno hístico y nutrientes para la gran demanda metabólica que exige el producto de la concepción, si bien en el caso de pérdida hemática importante, estas variantes anatomofisiológicas también defienden al organismo materno de los efectos deletéreos del estado de choque.<sup>87</sup>

## **FISIOPATOLOGIA**

Durante el estado de choque, la hipotensión arterial produce hipoperfusión hística que modifica la función metabólica a nivel celular, con la consiguiente disfunción orgánica que se manifiesta como oliguria, anuria, además de polipnea como un mecanismo compensador de la acidosis metabólica. Los síntomas neurológicos que se presentan varían desde agitación psicomotriz hasta estupor y coma. En la embarazada, la disminución de flujo

---

<sup>83</sup> Ibidem., p 577

<sup>84</sup> Ibidem.; p 577

<sup>85</sup> S. Carrasco OpCit.; p 577

<sup>86</sup> Alfaro Hector Complicaciones medicas en el embarazo p 324

<sup>87</sup> Ibidem.; p 324

uteroplacentario produce hipoxia y acidosis en el producto, que se traduce en sufrimiento fetal agudo.<sup>88</sup>

Cuando el gasto cardiaco cae de manera súbita se activan mecanismos compensadores que son medidos por los baroreceptores aórticos, carotídeos y auriculares, con lo que se liberan catecolaminas y hormonas de la corteza suprarrenal. La hipoperfusión renal se acompaña de un incremento en la producción de renina por el aparato yuxtaglomerular, con la consiguiente producción de angiotensina 2, que es potente vasoconstrictor. La angiotensina a su vez activa la producción de aldosterona por la corteza suprarrenal, estimulando así la reabsorción de agua y sodio por el túbulo renal. Existe también liberación de hormona antidiurética por la neurohipófisis, lo que contribuye a restablecer el volumen intravascular. Esta respuesta neurohumoral al estado de choque se caracteriza por una intensa vasoconstricción arteriolar que favorece una redistribución del gasto cardiaco hacia el encéfalo, corazón y pulmones, al tiempo que sacrifica a otros órganos, como la piel, intestino y riñón; sin embargo, en la embarazada afecta aún más el flujo uteroplacentario.<sup>89</sup>

### **CUADRO CLINICO**

En toda paciente en estado de choque es obligatorio explorar estado de conciencia; tensión arterial sistémica, coloración de tegumentos; temperatura humedad y turgencia cutánea; estado de hidratación de mucosas; llenado capilar; coloración de lechos ungulares; amplitud, ritmo, y frecuencia del pulso; presencia de ingurgitación o colapso de yugulares; tipo de ventilación y diuresis horaria; así como la presencia de sufrimiento fetal agudo. En general la amplitud del pulso se encuentra disminuida y la frecuencia aumentada de manera que es posible detectar el pulso radial cuando la presión arterial sistólica es de 80 mmHg o mayor, la femoral de 70 y la carotídea de 60.<sup>90</sup>

Las alteraciones que se presentan obedecen al déficit de volumen circulante y a la capacidad operativa de los mecanismos neurohumorales contrarreguladores ya mencionados. Esto se resume de la siguiente manera: tensión arterial media y gasto cardiaco bajos, resistencia vascular sistémica y pulmonar elevadas, taquicardia y extracción hística de oxígeno aumentadas lo que se refleja en una diferencia arteriovenosa de oxígeno amplia y una saturación de hemoglobina en sangre mezclada venosa baja.<sup>91</sup>

## **I.6 TABAQUISMO DURANTE EL EMBARAZO**

Esta se asocia a fetos pequeños para la edad gestacional, a partos prematuros y recién nacidos de bajo peso, a desprendimiento de placenta y abortos espontáneos. Los índices de mortalidad perinatal y neonatal son más altos cuando las embarazadas fuman. Aunque la industria del tabaco sigue negando

---

<sup>88</sup> Ibidem.; 324

<sup>89</sup> Alfaro Hector Opcit.; p 325

<sup>90</sup> Ibidem.; p 326

<sup>91</sup> Ibidem.; p 326



cualquier conexión entre el tabaquismo pasivo y las amenazas para la salud del no fumador, se aconseja a las embarazadas que busquen ambientes sin humo.<sup>92</sup>

El tabaco supone un riesgo para el feto por dos mecanismos; interfiere con el consumo nutritivo materno adecuado y la nicotina provoca vasoconstricción. Esta vasoconstricción disminuye el aporte de oxígeno a la placenta y por ende al feto. La nicotina disminuye además los valores de vitamina C y altera el metabolismo del calcio.<sup>93</sup>

Se insiste en que la mujer elimine o disminuya su consumo de tabaco durante el embarazo. Se puede remitir a la familia que se espera un hijo a los recursos adecuados para dejar de fumar. Los parches de nicotina no suelen recomendarse durante el embarazo.

## **I.7 INTERVENCIONES DE ENFERMERIA A PACIENTES CON DESPREMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA**

### **CUIDADOS INMEDIATOS**

#### **Administre oxígeno según prescripción**

Se inicia con el aseguramiento de la vía respiratoria y se comprueba que existe una ventilación adecuada con la administración de 8 a 10 L/min oxígeno según indicación, ya sea por puntas nasales, máscara reservorio o intubación endotraqueal. Conservar la vía aérea permeables facilita el intercambio gaseoso

#### **Permanezca con la paciente en todo momento para brindar apoyo**

Esto ayuda a reforzar la capacidad de la paciente para hacer frente al dolor y refuerza su sensación de control.

#### **Mantenga el reposo en cama en una posición cómoda**

Los cambios posturales son necesarios para aumentar el aporte sanguíneo a los tejidos lesionados, para prevenir complicaciones de la disminución de la movilidad. Puesto que el hecho de cambiar de posición puede aumentar temporalmente el dolor puede que la enfermera tenga que reiterar al paciente, la necesidad de no omitir esta importante medida,

#### **Palpe el fondo uterino para detectar las contracciones uterinas y su relajación**

Con la finalidad de medir la presencia de actividad uterina, intensidad ritmo, tono,

#### **Instruya a la paciente para que comunique cualquier aumento súbito de dolor**

El dolor está presente en el 65% de los desprendimientos prematuros de placenta. Suele ser de aparición brusca y evolución variable, es un dolor lancinante abdominal. Se puede irradiar a zona dorso-lumbar dependiendo de la localización de la placenta.

#### **Prepare un parto inmediato y reanimación neonatal**

Si el tiempo de gestación es de 34 semanas o más o hay un empeoramiento clínico, la vía de parto puede ser la vaginal, si no hay contraindicaciones para

---

<sup>92</sup> Didona N.A., enfermería materno infantil, p 121

<sup>93</sup> Ibidem.; p 122

ello, lo más probable es que el producto requiera de reanimación motivo por el cual hay que estar preparados con los elementos necesarios

**Solicite tipificación y pruebas cruzadas de 2-4 unidades de concentrado de hematíes si lo ordena el medico**

Con la finalidad de utilizar los paquetes globulares en caso de presentar choque hipovolemico y mantener el hematocrito en 30% con lo que Garantizamos una capacidad de transporte oxigeno suficiente.

**Ayude en la amniotomía si es realizada por el médico**

Es aconsejable la rotura de la bolsa amniótica con objeto de disminuir la presión intramniotica y el paso de tromboplastina a la circulación.

**Motorice al feto valorando frecuencia cardiaca fetal cada 5-15 minutos**

Las pacientes que presentan complicaciones obstétricas se debe vigilar la frecuencia cardiaca fetal cada 5 minutos con la finalidad de tener un registro y poder percatarnos del estado del producto, si se presentan bariaciones de la frecuencia nos puede estar indicando sufrimiento fetal.

**Administre tranfucuínes o expansores de volumen de plasma según prescripción**

Los volúmenes se mantienen de varias formas una de ellas es la administracion de concentrados de hematíes para aumentar el transporte de oxígeno o la administración de plasma pues contiene factores de la coagulación y albúmina.

## **CUIDADOS DE ESTABILIZACION**

**Pese las compresas y la ropa de cama para estimar las pérdidas sanguíneas según prescripción**

**Alivie en lo posible la ansiedad**

La ansiedad es la sensación vaga de incomodidad cuyo origen con frecuencia es inespecifico y puede alterar el estado del paciente, si la controlamos el paicente podrá cooperar de mejor manera en su atención.

**Explique todas las acciones llevadas a cabo**

Con la finalidad de calmar la ansiedad y que la paciente comprenda su padecimiento de esta manera logramos sus cooperación.

**Refuerce la explicación de los sanitarios de atención primaria de la cesárea, si es necesario**

Está indicada la operación cesárea cuando se espera que ele trabajo de parto sea prolongado más de (6 horas), cuando la hemorragia no cede y cuando hay sufrimiento fetal.

## **CAPITULO II**

### **APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA**

#### **PRESENTACION DEL CASO**

Se trata de paciente femenino de 19 años de edad, vive en unión libre, es originaria del Edo. de México en el cual radica actualmente, cuenta con escolaridad de nivel medio superior terminado, dedicada al hogar, profesa religión católica, su familiar responsable es Andres Felipe Padilla (pareja) .

#### **ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES**

Padre vivo de 39 años de edad aparentemente sano, madre viva de 39 años de edad aparentemente sana, tiene tres hermanos aparentemente sanos, abuelos maternos aparentemente sanos, abuelo paterno diabético hace 3 años con tratamiento, abuela materna aparentemente sana resto es interrogado y negado.

#### **ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS**

Habita en casa propia construcción de material perdurable cuenta con los servicios intra y extra domiciliarios; cuenta con una baño, cocina, tres cuartos, vive en hacinamiento con 11 personas, convive con un perro, en cuanto hábitos higiénicos refiere baño diario al igual que cambio de ropa, cepillado de dientes una vez al día, hábitos alimenticios, tres comidas al día, a la semana consume los siguientes alimentos carnes rojas una vez por semana, pescado y pollo una vez por semana, fruta 4 veces la semana, vegetales y legumbres dos veces a la semana lácteos dos veces a la semana , huevo diario, toma un litro de agua al día, alimentacion regularen calidad y cantidad.

#### **ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS**

Cuenta con esquema de vacunación completo, niega enfermedades propias de la infancia (sarampión, varicela, rubéola, etc.) niega cirugías, fracturas, transfusiones sanguínea, alérgicos comenta haber padecido anemia hace dos años la cual fue remitida, niega alcoholismo, pero refiere ser fumadora hace 4 años con un consumo de 5 cigarrillos al día, niega haber padecido cualquier otra enfermedad antes del embarazo, resto interrogado y negado.

#### **ANTECEDENTES GINECOBSTETRICOS**

Menarca a los 13 años, telarca 14 años, pubarca 14 años, ritmo menstrual de 30 x 4 eumenorreica, Inicio de Vida Sexual 17 años, una pareja sexual, Método de planificación familiar preservativo, Gesta 1, Para 0, Cesarea 0, Abortos 0, Fecha de ultima menstruación, desconoce, se cree que es un embarazo de 24 Semanas de gestación x clínica, detección de cáncer cervicouterino Y detección de cáncer de mama no realizados, sin control prenatal

## **PADECIMIENTO ACTUAL**

Refiere inicio de padecimiento en la mañana a las 08:30 con presencia de dolor en hipogastrio y sangrado tranvaginal escaso motivo por el cual decide acudir a esta unidad para su valoración, a las 08:45 aumenta el dolor en hipogastrio el cual se irradia a zona lumbar y el sangrado transvaginal se torna abundante e inicia actividad uterina irregular al momento de su ingreso al servicio de unidad tocoquirurgica (UTQ) para su atención.

## **SIGNOS VITALES**

**T/A** 90/50                      **FC** 110Lx'                      **FR** 27 x'                      **Tem** 36 C                      **FCF**  
95LX'

## **EXPLORACION FISICA**

Conciente presenta agitación psicomotriz, edad aparente a la cronológica, constitución robusta, palidez de tegumentos ++, deshidratada, diaforética, cráneo normocefalo sin presencia de endostosis ni exostosis, cabello abundante con buena implantación, oído externo, medio e interno sin malformaciones aparentes y ausencia de secreciones ajenas al oído, pupilas normo rreflexicas, narinas permeables, presenta taquipnea, campos pulmonares sin estertores ni sibilancias, cavidad oral deshidratada, cuello cilíndrico, sin presencia de masas palpables, traquea central, realiza de manera aceptable movimientos de flexión y extensión, extremidades superiores integras, tórax normolineo, mamas simétricas sin presencia de secreción láctea, presenta taquicardia, abdomen aumentado a expensas de útero ocupado por producto unico vivo cefalico longitudinal dorso a la derecha, fondo uterino de 23 cm frecuencia cardiaca fetal 95 latidos por minuto, refiere hipomotilidad fetal actividad uterina irregular, presenta dolor punzante en hipogastrio, irritabilidad abdominal a la palpación, dolor en zona lumbar, genitales acorde a edad y sexo al TV paredes vaginales elásticas cervix posterior, reblandecido, 2 cm dilatación, membranas amnióticas integras, presencia de sangrado tranvaginal abundante, extremidades inferiores integras.

## **2.I VALORACION DE ENFERMERIA**

VALORACIÓN POR NECESIDADES ADOPTANDO EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON CON LAS 14 NECESIDADES BASICAS DE TODO SER HUMANO.

### **1. NECESIDAD DE OXIGENACION**

Presenta dificultad respiratoria son los siguientes signos basales FR 27x´  
FC 110 Lx´ llenado capilar alargado

Hb 8 gm/dl

Hto 31%

Plaquetas 130 000

### **2. NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACIÓN**

hábitos alimenticios, tres comidas al día, a la semana consume los siguientes alimentos carnes rojas1/7, pescado y pollo1/7, fruta4/7, vegetales y legumbres 2/7,lácteos2/7, huevo 7/7, toma un litro de agua al día,

Presenta mucosas deshidratadas

### **3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN**

peristalsis presente, hábitos intestinales normales, oliguria.

### **4. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN**

Presenta temperatura dentro de parámetros normales

**Tem** 36 C

### **5. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA**

Al ingresar a esta unidad se mantiene con sujeción gentil de extremidades debido a presentar agitación psicomotriz , lo cual le dificulta mantener buena postura

### **6. NECESIDAD DE DESCANSO SUEÑO**

La paciente refiere haber dormido sin problema, el padecimiento inicia por la mañana, posteriormente acude a esta unidad donde pasa a quirófano a la brevedad.

#### **7. NECESIDAD DE USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.**

En sus actividades normales, ropa de acuerdo a su edad y condición , actualmente se encuentra con bata hospitalaria.

#### **8. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL**

Refiere baño y cambio de ropa diario, lavado de dientes 1 vez al día, conoce y practica lo importante del aseo de manos antes de comer, después de ir al baño . No despiden olores desagradables, sin presencia de halitosis, higiene y características normales de las uñas, sin micosis.

La piel se encuentra con palidez (++), diaforética a causa del choque hipovolémico

#### **9. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.**

Niega alergias.

Vive con su familia los cuales conocen las medidas de prevención de accidentes en el hogar,

Actualmente se encuentra en cama hospitalaria con barandales en lo alto, para evitar caídas

#### **10. NECESIDAD DE COMUNICARSE**

Su estado civil es soltera, vive en union libre con su pareja, su rol dentro de la estructura familiar es atender las necesidades de higiene de la casa, pues su pareja es el sostén económico de la casa, Su habla es incomprensible, con quejidos, a causa del dolor.

#### **11. NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN CREENCIAS Y VALORES.**

Pertenecen a la religión católica, su principal valor es el amor.

## **12.NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE.**

Ella refiere estar satisfecha con el rol que desempeña en casa, pues fue un acuerdo común con su pareja, no desea continuar estudiando.

## **13.NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.**

La forma en que ella se divierte es ver la TV canales culturales, no le interesa realizar actividades recreativas.

## **14.NECESIDAD DE APRENDER**

Ella desea saber sobre su patología , y refiere no tener interés por otra información en especial.

## **CONCLUSIONES**

La definición de Virginia Henderson indica que la enfermería es quien brinda la asistencia personal al paciente con la finalidad de evolucionar hasta la independencia del paciente, enfermería pone todo su esfuerzo por comprender al individuo cuando pierde la fuerza, voluntad y conocimiento.

Al aplicar este proceso de manera práctica se comprende la problemática de una paciente con desprendimiento prematuro de placenta, se analizan los cambios que va presentando dando solución a la problemática presentada

El presente trabajo señala la relación bibliográfica enfocada a la investigación para apoyar la práctica laboral y así confirmar la experiencia en la habilidad, destreza y técnicas que se realizan diariamente. Para ello se requiere impulsar el pensamiento reflexivo ordenado y analítico que otorgan las mejores condiciones de actuar en la solución de problemas, partiendo de los principios básicos y fundamentales del que permita conocer al individuo, familia y comunidad.

Podemos concluir que el proce de atención de enfermería en un procedimiento ordenado el cual da un herramienta a la enfermería para mejorar los cuidados que se brindan a un paciente sea cual sea la patología a tratar, para poder encaminar al paciente a su plena integración reincorporándolo a las actividades que solía realizar.



## SUGERENCIAS

La sugerencia sería que se fomente la realización del PAE pues la mayoría de la enfermeras del campo laboral no ponen en práctica dicha herramienta para el cuidado integral de los pacientes siendo que el proceso es una de las mejores herramientas de trabajo para brindar cuidados de manera individualizada y con mejor calidad al paciente.

Otra de las sugerencias es que se fomente más la práctica como enfermeras obstetras, pues en la mayoría de las instituciones no se permite realizar las labores como tal, siempre se realizan las acciones de enfermería pero se limitan las de enfermera obstetra, teniendo en cuenta que durante la carrera se nos enseña a manejar pacientes con problemas obstétricos ¿por qué se limitan nuestras funciones? Si se nos enseña a atender partos y dar control prenatal inclusive tenemos los conocimientos para atender a pacientes con problemas obstétricos como amenazas de parto prematuro preeclampsia, etc... me pregunto nuevamente ¿por qué solo en un par de instituciones se permite laborar como enfermeras obstetras?. Esto no quiere decir que nos creamos médicos por que no lo somos pero la especialidad está ahí y de qué sirve si estos conocimientos solo se quedan guardados en nuestra mente, o ¿con qué objetivo se crean las Enfermeras Obstetras?. Creo que hace falta la difusión a las personas e instituciones de salud sobre el conocimiento y funciones realizadas por las enfermeras egresadas de la ENEO.

## BIBLIOGRAFIA

Alfaro Rodriguez Hector, Complicaciones medicas en el embarazo , Ed. Mac Graw Hill, 2da edicion, México, 2005, 600p.

Anne Perry Enfermería clínica técnicas y procedimientos, Ed. Harcourt, México, 1999, 670p.

Benson / Bernol Manual de obstetricia y ginecología Ed. Mac Graw Hill, 9na edición, Madrid España, 1999, 800p.

DeCherney Alan Diagnostico y tratamiento ginecoobtetricos, Ed. manual Moderno, 8ª edición, España, 2002 , 7020 p.

Didona N.A, Enfermería materno infantil, Ed. Interamericana, México, 2000 800p.

Hartmon gilbert, Manual d embarazo y manual de alto riesgo, Ed. Mosvi, 3ra edición, Sevier España, 2003, 960p.

Jean Dickson Elizabeth, Enfermería materno infantil Ed . Harcourt Brace, 3ra edición, Madrid España, 1999, 600p.

Martin Tucker Susana Normas de cuidados del paciente, Ed. Harcourt Brac, 6ta edición, Madrid España, 2000, 2839p.

M. Hollowan Nancy plande cuidados de enfermería medicoquirurgica, Ed. Doyma, México, 200,1 500p.

Neeson Jean Consultor de enfermería obstetrica Ed.Centrom, España, 1998, 600 p.

Simpson J.L. Obstetricia Ed. Marban, 3ra edición, España, 2000, 960p.

## **PAGINAS ELECTRONICAS**

Dueñas José Raúl <http://www.terra.es/personal/duenas/teorias2.htm> (14/09/06)

Dueñas José Raúl <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm> (02/08/2004)