



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



***PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICADO A UNA  
MUJER CON EMBARAZO MOLAR DE 12 SEMANAS DE  
GESTACIÓN EN EL HOSPITAL GENERAL “DR. JOSÉ G PARRES”  
DE CUERNAVACA MORELOS  
CON BASE EN EL MODELO DE VIRGINA HENDERNSON***

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA:**

**MA TERESA DE JESÚS GARATE GONZÁLEZ**

**No de cuenta 40411704-1**

**DIRECTORA DEL TRABAJO:  
MARGARITA GONZÁLEZ VÁZQUEZ**



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.

## **DEDICATORIA**

A Dios por permitirme concluir la licenciatura y cuidar a mis hijas.

A mis hijas por su amor y Paciencia.

A mi esposo por su apoyo incondicional.

A mis padres por haberme dado la vida.

A mi asesora por su atención y dedicación muchas gracias.

<b>INDICE</b>	<b>Págs.</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	5
<b>2. JUSTIFICACIÓN</b>	7
<b>3. OBJETIVOS</b>	9
<b>4. METODOLOGÍA</b>	10
<b>5. MARCO TEÓRICO</b>	11
5.1. Antecedentes históricos de enfermería.	
5.2. Definición del Proceso de Enfermería y sus etapas.	15
5.2.1 Valoración.	
5.2.2 Diagnósticos.	
5.2.3 Planificación.	
5.2.4 Ejecución.	
5.2.5 Evaluación.	
5.3. Modelo de virginia Henderson.	19
5.3.1 Principales conceptos, definiciones y postulados.	19
5.3.2. Elementos del paradigma de virginia Henderson.	20
5.3.3. Meta paradigma.	21
➤ Persona.	
➤ Salud.	
➤ Entorno.	
➤ Enfermería.	

<b>6. DESARROLLO DE LAS ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA</b>	<b>23</b>
6.1 Presentación del caso.	24
6.2. Valoración de las 14 necesidades.	26
6.3 Plan de cuidados	39
6.4. Ejecución	52
6.5 Plan de alta	53
➤ Dieta	
➤ Medicamentos	
➤ Medidas específicas	
➤ Signos y síntomas de alarma	
<b>7. CONCLUSIONES</b>	<b>55</b>
<b>8. SUGERENCIAS</b>	<b>56</b>
<b>9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>57</b>
<b>10. ANEXOS</b>	<b>58</b>
Anexo 1. Instrumento metodológico.	59
Anexo 2. Generalidades del Embarazo molar.	67
Anexo 3. Legrado por aspiración.	76
Anexo 4. Técnica de AMEU.	78
Anexo 5. Educación a la mujer.	79
Anexo 6. Modificaciones fisiológicas durante el embarazo.	80
Anexo 7. Gonadotropina	87

## 1. INTRODUCCIÓN

La enfermería en la actualidad ocupa un lugar privilegiado dentro del campo de la salud ya que su labor no comprende solamente la atención del individuo enfermo, si no también se orienta de manera prioritaria al individuo sano. Esta atención incluye diversas labores entre las que destacan aquellas encaminadas a la detección de problemas potenciales de salud, de tal modo que se contribuyan líneas de intervención oportuna que intenten corregir las alteraciones antes de que tengan secuelas o pongan en peligro la vida del paciente; el desempeño de enfermería abarca todos los niveles de la salud sin importar genero, edad, sexo o práctica religiosa.

Por tal motivo para brindar una atención integral capaz de ayudar a la persona a mejorar su estilo de vida, la enfermería actual se basa en el “Proceso Enfermero” el cual es un método científico que se utiliza para identificar problemas o alteraciones, a través del cual la enfermera se interesa por el cuidado de la persona y constituir así una estructura para que pueda cubrir las necesidades individuales del paciente, familia y comunidad, tomando en cuenta que el Proceso de Enfermería debe realizarse desde una perspectiva holística, valorando todas las necesidades del individuo y su entorno, sus necesidades fisiológicas, psicológicas, socioculturales y espirituales.

Este proceso se desarrolla para satisfacer las necesidades básicas de una persona adulta que cursa un embarazo molar de 12 semanas de gestación y esta basado en el modelo de Virginia Henderson la cual conceptualiza a la persona como un ser humano único y complejo que para mantener su salud debe satisfacer 14 necesidades básicas, con el fin de adquirir su independencia y superar las causas que impiden satisfacer las mismas por falta de fuerza, voluntad o conocimiento.

En la metodología se describe la forma de cómo se llevó a cabo la elaboración de este trabajo.

Dentro del marco teórico se describe la evolución que ha sufrido la enfermería, así como su conceptualización, se define el proceso atención de enfermería describiendo cada una de las etapas que lo integran, exponiendo el modelo de atención de Virginia Henderson, las 14 necesidades básicas y los conceptos del meta paradigma de enfermería según Virginia Henderson.

En la aplicación del “Proceso Atención de Enfermería” se presenta la ficha de identificación, presentación del caso.

La primera etapa es la valoración de las necesidades básicas, donde se establecen los diagnósticos de enfermería con base en las etiquetas de la N.A.N.D.A

En la segunda etapa de este proceso se desarrolla la planeación de las acciones e intervenciones, evolución y ejecución.

Por último se describen las conclusiones y sugerencias, haciendo mención de los objetivos alcanzados y resultados obtenidos en la realización de este proceso así mismo la experiencia obtenida en la realización del mismo.

En la bibliografía se menciona la literatura consultada en la realización de este trabajo.

En los anexos se incluyen el instrumento de valoración de las 14 necesidades básicas en base al modelo de Virginia Henderson y descripción del embarazo molar.

## **2.-JUSTIFICACIÓN**

La aplicación del Proceso Enfermero, determina las acciones planeadas de enfermería, donde el objetivo principal es el de lograr un cuidado organizado e integral, donde las necesidades humanas son las que evalúen el cuidado y determinen acciones ordenadas que permitan con ello la amplia acción e intervención para el logro de los objetivos.

Este método de resolución de problemas permite actuar de forma racional y oportuna ante posibles complicaciones que pudieran presentarse durante el embarazo molar; del mismo modo se determina la intervención de enfermería.

Cuando la enfermera entra por primera vez en contacto con una persona, debe conocer sus condiciones y características fisiopatológicas que permitan valorar y evaluar el cuidado planificado y bien programado centrado en el cuidado que permita dar solución a problemas en base a las necesidades humanas, tomando en cuenta el trabajo interdisciplinar y de equipo, identificando acciones independientes e interdependientes encaminados a lograr el beneficio del usuario.

En épocas anteriores la atención de enfermería se realizaba en forma empírica y dependía completamente del médico, estando más enfocadas hacia las enfermedades específicas que a las necesidades humanas, con frecuencia se realizaban cuidados independientes del médico guiados por la intuición y no por un método científico; a través del tiempo la enfermera con base a los cambios y avances científicos tecnológicos ha ampliado sus funciones interdependientes, centrados en las necesidades del usuario como un ser holístico.



Nuestra misión como enfermeras ha aumentado en importancia, responsabilidad y necesidad de tener los conocimientos para la atención individualizada.

Al utilizar el proceso atención enfermero estaremos dando a la persona servicios de calidad, un método que nos permita aplicar los conocimientos con un fundamento de resolución científica enfocado a los problemas en todas las áreas de enfermería.

Finalmente el presente "Proceso de Enfermería" se eligió como opción de titulación, mismo que servirá como herramienta para sustentar el examen frente al jurado.

### **3.- OBJETIVOS**

#### **OBJETIVO GENERAL:**

- Aplicar los conocimientos teórico-prácticos adquiridos en la formación académica, aplicando el “Proceso Atención de Enfermería” a una paciente con embarazo molar de 12 semanas de gestación.

#### **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- Realizar la valoración
- Determinar diagnósticos de enfermería.
- Establecer planes para resolver las necesidades identificadas.
- Ejecutar y evaluar el plan de cuidados.
- Documentar la experiencia para retomarla como instrumento y requisito para presentar el examen profesional y así obtener el título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia.

#### **4. METODOLOGÍA**

Inicialmente surgió la necesidad de realizar una revisión bibliográfica del modelo teórico de Virginia Henderson, "Proceso de Enfermería" y así mismo desarrollar un marco teórico debidamente fundamentado.

Posteriormente se realizó la elección de la persona con la cual se realizará el proceso, aplicando la primera etapa del proceso que es la valoración en la cual se valorarán las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson a través de entrevista directa con la persona en el hospital, utilizando un instrumento para la recolección de datos en el formato de valoración de necesidades de acuerdo a Virginia Henderson.

Con base en los datos obtenidos se realizaron los diagnósticos de enfermería, como recurso se utiliza la bibliografía de North American Nursing diagnosis Association (NANDA) así mismo se desarrollará la tercera etapa del proceso, llevando a cabo la planeación de las acciones de enfermería en base a la identificación de las necesidades prioritarias de la persona, elaborando objetivos a seguir, posteriormente se llevó a cabo la ejecución de las acciones planeadas, mismas que se describirán en un apartado; evaluando los resultados obtenidos durante el desarrollo de cada etapa y observando los resultados y beneficios para la persona.

Finalmente se transcribe la información obtenida durante un mes.

## 5. MARCO TEÓRICO

### 5.1. Antecedentes Históricos de la enfermería:

La historia de la enfermería se basa en dos aspectos fundamentales: La mujer y el cuidado. El género femenino está ampliamente ligado a la enfermería, ya que hasta hace algunos años, la enfermería era considerada una disciplina exclusiva de la mujer.

El cuidado, es quien marca la diferencia entre la enfermería y el resto de las disciplinas encaminadas a cuidar la salud del individuo. El inicio del cuidado se pierde en el tiempo, en la memoria y en la propia existencia del hombre.

Para profundizar un poco en la historia de la enfermería, retomaremos las etapas que nos comparte (Carolina García Caro), ella resume a la enfermería y al cuidado en cuatro etapas. <sup>1</sup>

- Etapa Doméstica.
- Etapa Vocacional.
- Etapa Técnica.
- Etapa Profesional.

#### Etapa Doméstica:

Se denomina así, porque la mujer en cada hogar era la encargada del cuidado y la crianza. Los cuidados estaban encaminados al mantenimiento de la vida a través de la alimentación, el vestido y las costumbres de la época; que hacen la vida más agradable.

---

<sup>1</sup>Kozier, "Fundamentos de Enfermería: Conceptos, Proceso y Práctica" 5ª Ed. McGraw-Hill-Interamericana

### Etapa Vocacional:

El calificativo vocacional, se asocia con el nacimiento del cristianismo. La enfermedad era considerada como una gracia del Dios Todo poderoso. Aquel que sufre, es un escogido por Dios; el sufrimiento se veía como una oportunidad de purificación interior.

La importancia de las personas dedicadas al cuidado, era su actitud de obediencia, abnegación y sumisión, realizaban su labor para glorificar a Dios; y mantenerse dentro de las normas y enseñanzas de la iglesia.

Durante esta etapa, la mujer era considerada como “consagrada”; los conocimientos requeridos por las enfermeras eran nulos y los procedimientos muy simples.

### Etapa Técnica:

La salud es entendida como una lucha contra la enfermedad. La clase médica se centraba en buscar las causas de las enfermedades y su tratamiento. La complejidad tecnológica, hizo necesaria la aparición de un personal que asumiera algunas tareas que hasta entonces eran realizadas por los médicos, tales como: Medición de signos vitales, administración de medicamentos, curaciones entre otras. Esta etapa se inicio a mediados del siglo XIX.

Estas tres etapas, son conocidas por su largo periodo de transición; como la etapa oscura de la enfermería.

### Etapa Profesional:

El inicio de la profesionalización de la enfermería, se atribuye a “Florence Nightingale”, sus esfuerzos lograron rescatarla de los siglos de ignorancia y superstición. Ella define a la enfermería como la actuación sobre el entorno del paciente; para ayudarlo a su recuperación. Fue considerada como la primera teórica de la enfermería y quien elevó la enfermería al estatus de profesión.

Introdujo como elemento de los cuidados, aspectos conocidos actualmente como psicosociales.<sup>2</sup>

Florence Nightingale, fundó la primera escuela formal de enfermería en 1840, en la que se cursaban tres años de formación, su modelo es utilizado en muchas instituciones hasta nuestros días.

Durante esta etapa, la salud es entendida como un proceso integral, y no como un estado. Las enfermeras, comienzan a preguntarse sobre su razón de ser, y tratan de desprenderse de su dependencia histórica de otras disciplinas.<sup>3</sup>

### Enfoque Científico de la enfermería:

Es en el siglo XX cuando la enfermería comienza a utilizar el método científico y a fundamentar sus cuidados sustituyendo lo empírico; y así logra ser incluida como escuela dentro de las universidades.

Posteriormente, aunado a la modernización, surgen las primeras especialidades de enfermería: (enfermería partera hacia 1920). En 1940, aparecen las especialidades en administración, docencia y salud pública; años más tarde se anexan las especialidades de médico-quirúrgica, pediatría y cuidados intensivos.

En 1960 se establecen los centros de investigación para la enfermería, logrando implantar a la enfermería como una profesión combinada del cuidado y el enfoque holístico.

La enfermería comienza a ser reconocida como ciencia legítima a partir de la década de los 70s en que se integra la investigación de enfermería en los programas colegiados de formación, (Martha E. Rogers).<sup>4</sup>

Hoy en día la enfermería sigue avanzando y lucha día con día por consolidar su autonomía profesional, se ha visto resultados al verse elevada al nivel de

---

<sup>2</sup> Kozier, "Fundamentos de Enfermería: Conceptos, Proceso y Práctica" 5ª Ed. McGraw-Hill-Interamericana

<sup>3</sup> Ibidem: 5-8.

<sup>4</sup> Ibidem: 5-8.

licenciatura; han surgido las maestrías y doctorados para enfermeras, el número de investigadores en enfermería va en aumento, y en el ejercicio profesional la enfermería ha alcanzado niveles de gerencia o dirección. No obstante, el gremio de enfermería tiene un gran compromiso para trabajar en equipo y mantener a la vanguardia a esta noble disciplina.

### Definición de la enfermería.

A lo largo de la historia de la enfermería, las grandes teóricas y líderes de la misma, han aportado varias definiciones de la enfermería. Ya que este trabajo se basa en el modelo de Virginia Henderson, tomaremos la definición formulada por ella en 1966, y que describe a la profesión de enfermería como:

El arte y la ciencia de ayudar a la persona sana o enferma, a realizar actividades que contribuyan a su salud, recuperación, o una muerte tranquila; y que pueda efectuar sin ayuda si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios.

Además hacerlo de manera que se le ayude a recuperar su independencia con la mayor rapidez posible”.

La enfermería se considera una ciencia en su fase inicial de desarrollo, por tener elementos integrantes de una actividad investigadora como son: conocimientos propios, empleo del método científico para el desempeño del ejercicio profesional; y conformación de un lenguaje especializado como elemento organizador de los conocimientos.

Así mismo es considerada como un arte, por ser una profesión que requiere de múltiples y variadas habilidades para adaptarse a las necesidades de las personas en los diversos contextos de la práctica profesional; lo que la hace ser creativa e innovadora; teniendo como esencia el cuidado, y como razón de ser la persona a quien se brinda la atención. <sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Rodríguez.Sanchez Bertha Alicia “**Proceso Enfermero:**” Segunda edición. p 19-20

## **5.2. Definición del Proceso de Enfermería y sus etapas**

El Proceso Atención de Enfermería: “Es un método sistemático de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos de forma eficiente”.<sup>6</sup>

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería. Este compuesto por cinco pasos: Valoración; Diagnóstico de Enfermería, Planeación, Ejecución y Evaluación.

### **5.2.1 Valoración:**

Es la primera fase del Proceso Enfermero, que se define como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud de la persona, familia o comunidad; a través de diversas fuentes: Éstas incluyen a la persona como fuente primaria, al expediente, a la familia o a cualquier otra persona que tenga contacto con el mismo. Las fuentes secundarias pueden ser literatura profesional o textos de referencia.

La valoración como proceso continuo, proporciona información valiosa sobre la persona, permitiéndonos emitir juicios sobre el estado de salud a partir de la identificación de necesidades y problemas, reales y de riesgo; y de los recursos y capacidades existentes para conservar y recuperar la salud.

Los pasos de la etapa de valoración son tres.

1. Recolección de la información.
2. Validación de la información.
3. Registro de la información.

### **5.2.2 Diagnóstico de Enfermería:**

Es la segunda fase del “Proceso Enfermero”, que inicia al concluir la valoración y que constituye una función compleja, al requerir de diversos procesos mentales para establecer un juicio clínico sobre la respuesta de la persona, familia o comunidad; así como de sus recursos y capacidades existentes.

---

<sup>6</sup> Rosalinda Alfaro. “**Aplicación del Proceso de Enfermería. Guía Práctica**”. 4ª Edición. Springer 1999



Los pasos de la etapa de Diagnóstico son cuatro:

1. Razonamiento diagnóstico.
2. Formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.
3. Validación.
4. Registro de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.

Un Diagnóstico Enfermero: Es un juicio clínico sobre la respuesta humana de una persona, familia o comunidad a procesos vitales y a problemas de salud reales o de riesgo, en donde la enfermera es responsable de su predicción, prevención y tratamiento de forma independiente. Un diagnóstico enfermero puede ser: real, de riesgo o de potencial de salud.

Un Problema Interdependiente: Es un juicio clínico sobre la respuesta fisiopatología del organismo a problemas de salud reales o de riesgo en donde la enfermera es responsable de su predicción, prevención y tratamiento en colaboración con el equipo sanitario. Un problema interdependiente puede ser: real y de riesgo.

### **5.2.3 Planeación:**

Es la tercera etapa del "Proceso Enfermero", que inicia después de haber formulado los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, consiste en diseñar estrategias y elaborar un plan de cuidados de enfermería; que conduzcan a la persona a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.

El plan de cuidados puede ser: individualizado, estandarizado, estandarizado con modificaciones o bien computarizado.

Los pasos de la etapa de planeación son cuatro:

1. Determinar prioridades (jerarquizar).
2. Establecer objetivos.
3. Determinar acciones de enfermería.
4. Documentar el plan de cuidados (fundamentar).<sup>7</sup>

#### **5.2.4 Ejecución:**

Es la cuarta etapa del Proceso Enfermero, que comienza una vez que se ha elaborado el plan de cuidados. Esta enfocada a realizar las intervenciones de enfermería, que ayuden a la persona a conseguir los objetivos deseados.

Los pasos de la etapa de ejecución son tres:

1. Preparación.
2. Intervención.
3. Documentación (registro).

#### **5.2.5 Evaluación:**

Es la última etapa del Proceso Enfermero, se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud de la persona y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona; comparándolo con uno o varios criterios: Entre ellos la eficacia y la efectividad.

La evaluación nos permite determinar el logro de los objetivos, identificar las variables que afectan, decidir si hay que mantener el plan de cuidados, modificarlo o darlo por finalizado. Por consiguiente es necesaria la valoración de la persona, familia o comunidad para confrontar su estado de salud actual con el anterior; y corroborar la consecución de objetivos.

---

<sup>7</sup> *Ibidem*: 7.

Los pasos de la etapa de evaluación son dos:

1. Recolección de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
2. Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución de la persona hacia los objetivos establecidos.

La evaluación debe ser continua y llevada a cabo en todas las etapas del Proceso Enfermero, para así poder detectar la evolución de la persona, familia o comunidad; y realizar ajustes o modificaciones para que la atención resulte más efectiva.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> *Ibidem*: 8-10.

### **5.3. MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.**

Virginia Henderson nació en Kansas City en 1897. Su interés por la enfermería, se desarrolló durante la primera guerra mundial. Se graduó como enfermera en 1921. Gran escritora que, con sus obras; ha enriquecido al gremio de enfermería a nivel mundial. Autora del Modelo/Teoría Deductiva.

Los profesionales de la enfermería en la actualidad, utilizan cada vez más, su modelo conceptual basado en las 14 necesidades básicas, como marco de referencia en el desarrollo del Proceso Atención de Enfermería.<sup>9</sup>

#### **5.3.1 Principales Conceptos, Definiciones y Postulados.**

- Función de la enfermera: Ayudar al individuo sano o enfermo, a las actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila; que el realizaría si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios.<sup>10</sup>
- Equipara la salud con la independencia.
- Considera la salud en función de la capacidad de la persona para realizar sin ayuda los 14 componentes de la asistencia de enfermería.
- La calidad de la salud más que la vida misma, es la reserva de energía mental y física que permite a la persona trabajar de forma más efectiva y alcanzar su mayor nivel potencial de satisfacción en la vida.
- El paciente y la familia son la unidad.
- Todo ser humano tiende hacia la independencia y la desea.
- La persona forma un todo, que se caracteriza por sus necesidades fundamentales.
- Cuando una necesidad permanece insatisfecha, la persona no esta “completa”, “entera”, “independiente”.

---

<sup>9</sup> Fernández Ferrin. Carmen. “**El Proceso de Atención de Enfermería**” Primera Edición. Masson – Salvat. México 1993.

<sup>10</sup> Schumacher – Marriner. *Teoría del Proceso de Enfermería*: 4

### **5.3.2 ELEMENTOS DEL PARADIGMA DE VIRGINIA HERNDERSON**

Al elaborar su modelo conceptual, Virginia Henderson define 14 necesidades fundamentales; que son las siguientes:

1. Necesidad de oxigenación.
2. Necesidad de nutrición de 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.
7. Necesidad de termorregulación.
8. Necesidad de higiene y protección de la piel.
9. Necesidad de evitar los 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.

Para mantener un equilibrio entre las necesidades humanas y las dimensiones holística: (biológica, psicológica, sociológica, cultural y espiritual), la persona debe alcanzar un nivel mínimo de satisfacción de sus necesidades. Para valorar este alcance, el modelo maneja los términos de: Independencia y Dependencia.

INDEPENDENCIA: Alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades, por medio de acciones apropiadas que el individuo realiza por si mismo, sin la ayuda de otra persona.

DEPENDENCIA: Incapacidad del individuo para adoptar comportamientos o de realizar por si mismo, sin ayuda de otros, acciones que le permiten alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades.<sup>11</sup>

### **5.3.3 Metaparadigma.**

De acuerdo con Virginia Henderson el Metaparadigma de Enfermería esta formado por cuatro conceptos básicos que se describen a continuación:

PERSONA: Ser humano único y complejo, con componentes biológicos, psicológicos, socio-culturales y espirituales; y que tiene 14 necesidades básicas que debe satisfacer para mantener su integridad (física y psicológica), y promover su desarrollo y crecimiento.<sup>12</sup>

SALUD: Virginia Henderson, desde una filosofía humanista; considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos tanto reales como potenciales. En este sentido buscan y tratan de lograr la *independencia* y por lo tanto, la satisfacción de las necesidades de forma continuada, con el fin de mantener en estado óptimo la propia salud (concepto que la autora equipara con la satisfacción por uno mismo(a), en base a sus propias capacidades, de las 14 necesidades básicas). Cuando esto no es posible aparece una dependencia que se debe según Henderson a tres causas y que identifica como: falta de fuerza, falta de conocimiento o falta de voluntad.

---

<sup>11</sup> Op. Cit: *Aplicación del Proceso Enfermero* 8-10.

<sup>12</sup> Op. Cit: *El Proceso de Atención de Enfermería*: 8-10

ENFERMERÍA: rol profesional cuidados de salud básicos de enfermería en relación con el equipo de salud. Los cuidados básicos son conceptualizados como acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función. Propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificado en la persona.

Henderson analiza también la contribución de las enfermeras en el trabajo con el equipo multidisciplinar, considerando que colabora con los demás miembros del equipo de salud en la planificación y ejecución de un programa global, ya sea para el mejoramiento de la salud, el restablecimiento del paciente o para evitarle los sufrimientos a la hora de la muerte.

ENTORNO: Formado por factores ambientales y factores socioculturales, los cuales son de gran importancia durante la valoración de las 14 necesidades básicas de la persona ya que el entorno es determinante para su satisfacción ya sea en forma independiente o dependiente.<sup>13</sup>

La meta del modelo propuesto por Virginia Henderson: Busca la atención única de enfermería que ayude a la persona a lograr su independencia para lograr la satisfacción de las 14 necesidades básicas y los componentes bio-psico-sociales, culturales y espirituales (dimensiones holísticas), brindando cuidados personalizados que solo ella puede otorgar.

---

<sup>13</sup> Ibidem: 12

## 6. DESARROLLO DE LAS ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

### FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

Fecha. 16 de abril 2008

Nombre: Mari gm. Edad: 19 años Peso: 78 Kg. Talla: 1,62 mts.

Fecha de Nacimiento 1989 Sexo: Mujer Ocupación: hogar

Escolaridad primaria Terminada Fecha de Admisión: 16/04/08 Hora: 11:00hrs.

Domicilio: Flores Magon Morelos.

Institución Hospital Gral. "JOSE G PARRES" Servicio: toco cirugía Cama: 6

Fiabilidad: (1-4) 3 Miembro de la Familia o persona significativa:

Esposo

Diagnóstico de Ingreso: embarazo molar de 12 semanas de gestación diagnostico de egreso post legrado intrauterino.



## 6.1 PRESENTACIÓN DEL CASO

La Sra. María de 19 años de edad originaria de tres maría ingresa por la sala de modulo Mater.

Refiere presentar sangrado trans vaginal y dolor abdominal, vomitó nauseas, mareó y debilidad frecuentemente.

Presenta un ultrasonido de 12 semanas de gestación en el cual le diagnostican un embarazo molar.

Se le toman signos vitales presión arterial 100/70 pulso 84 respiración 20x Temp. 36 ° la cual valora el gineobstetra y decide ingresarla a la unidad de toco cirugía con dx de embarazo molar, se instala en la sala de labor, se canaliza con solución Hartman; se prepara para realizarle su legrado, en primer lugar se le explica el procedimiento quirúrgico que se le va a realizar en ese momento, se le coloca capelina, vendajes, sondeo vesical ; se pasa a la sala de quirófano se coloca en posición ginecológica se realiza asepsia y antisepsia de la región; se vigilan los signos vitales constantemente; al terminar el procedimiento quirúrgico se traslada a la sala de recuperación bajo efectos de la anestesia, se le instala oxígeno, se continua la vigilancia estrecha de signos vitales T/A 90/70 Temp.35c resp 20x p 78x. Y sangrado transvaginal.

De ésta manera se cubren sus necesidades, de **oxigenación, eliminación, hidratación, descanso y prevención de riesgos** ya que era totalmente dependiente debido a la falta de fuerza, se encontraba bajo efectos de la anestesia , situación por la cual el resto de las necesidades no eran valorables, en ese momento.

La persona permaneció 6 horas en la sala y su recuperación fue favorable gracias a la participación de la paciente, a su egreso se elaboró un plan de alta en donde se informó a la paciente de los cuidados que debe seguir, la ministración de medicamentos, y seguimiento con el ginecoobstetra.

## **ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS**

Paciente femenina de 19 años de edad, con 12 semanas de gestación por fecha de última menstruación; inicio la menstruación a los 12 años su primera relación sexual fue a los 16 años, es su primer embarazo la cual refiere que la fecha de la última menstruación fue el 10 de febrero y le dura tres días cada 28 días no tiene procedimientos quirúrgicos con anterioridad.

## **RESUMEN**

A manera de resumen al realizar la valoración de necesidades se encuentran con dependencia ocho de ellas; se construyen diagnósticos de enfermería y se llevó a cabo una planeación de intervenciones independientes, interdependientes y multidisciplinarias; haciendo énfasis en el logro de su independencia, favoreciendo su aprendizaje, disminuyendo el dolor y la ansiedad.

## **6.2 VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES HUMANAS**

Se realiza al llegar a la sala

## 1. OXIGENACIÓN:

### Datos Subjetivos:

Disnea debido a: No. Tos productiva/seca: No. Dolor asociado con la respiración: No Fumador: Si. Desde cuando fuma/cuantos cigarros al día: 2 al día Fuma desde los 16 años en forma ocasional. Varía la cantidad según su estado emocional: si.

### Datos Objetivos:

Registro de Signos Vitales: Temperatura: 36. Pulso: 84 x ´ Respiración: 20 x Presión Arterial: 100/70 MG.

Tos productiva/seca: no Estado de conciencia: consciente y bien orientada en tiempo y espacio. Coloración de la piel ligeramente pálida lechos ungueales/peri bucal: integras , Circulación del retorno venoso: adecuado.

Otros: Manifiesta padecer cuadros de infecciones respiratorias (faringoamigdalitis) de repetición de 2 a 3 veces en el año, sangrado transvaginal abundante color rojo brillante.

## 2. NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN:

### Datos Subjetivos:

Dieta Habitual: Su alimentación es regular en cantidad y calidad, ingiere pocas frutas, y dieta pobre en fibra, la ingesta de líquidos es deficiente (3 vasos al día), acepta la dieta prescrita y refiere tener sed. Número de comidas diarias: 3 al día. Trastornos digestivos: Ocasionalmente refiere náuseas, vomito agruras y acidez cuando ingiere alimentos grasosos o muy condimentados. Intolerancia alimenticia/alergias: No se sabe alérgica a ningún alimento. Problemas de la masticación y deglución: Refiere que tiene la mala costumbre de comer muy rápido. Necesidad de ejercicio: Camina 30 minutos 3 veces por semana. Peso 78kg mide 1.62 cm.

### Datos Objetivos:

Turgencia de la Piel: Adecuada. Membranas y mucosas: Con hidratación regular. Características de uñas y cabello: Normales. Funcionamiento neuromuscular y esquelético: Adecuado. Aspecto de dientes y encías: Dientes completos, molares con caries resueltas con amalgamas, encías con ligera inflamación.

#### 1. ELIMINACIÓN:

##### **Datos Subjetivos:**

Hábitos intestinales: Evacua 1 vez al día, en ocasiones c/ 3er. Día. Características de las evacuaciones, orina y menstruación: Evacuaciones duras y formadas, café oscuro, no ha evacuado, orina ligeramente concentrada, sangrado transvaginal abundante, refiere menstruación en cantidad normal con duración de 3 días.

Historia de hemorragias/enfermedades renales u otras: Niega padecerlas.

Uso de laxantes: Si los usa ocasionalmente. Hemorroides: No se observan, niegas padecerlas.

Dolor al defecar, menstruar u orinar: Ocasionalmente presenta molestias al defecar cuando sufre de estreñimiento, en este momento no hay molestias

¿Como influyen las emociones en sus necesidades de eliminación?: Refiere que cuando esta nerviosa, es cuando sufre de estreñimientos en este momento esta muy nerviosa lo refiere verbalmente

##### **Datos Objetivos:**

Abdomen/características: Se aprecia abdomen. Ruidos intestinales: Presentes pero se aprecian disminuidos. Palpación de la vejiga urinaria: se palpa globo vesical.

Otros: La paciente no ha evacuado

#### 4. TERMORREGULACIÓN:

**Datos Subjetivos:**

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: Refiere problemas para conciliar el sueño cuando hace mucho calor y dice que se irrita con facilidad en tiempo de calor. Ejercicio y frecuencia: Realiza caminata 3 veces por semana por 30 minutos. Temperatura ambiental que le es agradable: Clima fresco.

**Datos objetivos:**

Características de la piel: Se aprecia piel ligeramente seca y pegajoso  
Transpiración: Normal, la paciente refiere sudoración excesiva por el dolor en la cavidad uterina. Condiciones del entorno físico: La habitación mantiene una temperatura agradable, no se advierten corrientes de aire, cuenta con ventilación adecuada. Otros: Sin datos de importancia.

**5. MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA:****Datos Subjetivos:**

Capacidad Física cotidiana: Considera que es adecuada. Actividades en el tiempo libre: Le gusta arreglar plantas y hacer manualidades, Hábitos de descanso: Duerme de 6 a 7 horas durante la noche, Hábitos de Trabajo: todo el día en su hogar

**Datos Objetivos:**

Estado del sistema músculo-esquelético/fuerza: En este momento se siente débil por el sangrado capacidad muscular tono/resistencia/flexibilidad: Se aprecia que la condición física de la paciente es adecuada, tiene flexibilidad en músculos. Posturas: Se observa incomoda. Dolor con el movimiento: en la cavidad uterina. Presencia de temblores: Negativo. Estado de conciencia: Consiente, orientada, cansada. Estado emocional: En este momento se encuentra sensible por la experiencia del embarazo molar, pero manifiesta temor de no poder tener otro hijo. Otros: Sin datos de importancia.

## 6. DESCANSO Y SUEÑO:

### **Datos Subjetivos:**

Horario de descanso: Se acuesta a las 22:00 hrs. Horario de Sueño: En los últimos meses conciliar el sueño hasta las 23:00 hrs. o más tarde, refiere que las 2 últimas noches casi no ha dormido

### **Datos Objetivos:**

Estado mental: ansiedad/estrés/lenguaje: Se observa inquieta. Ojeras: Si se observan. Atención: Si pone atención. Bostezos: Si bosteza con frecuencia. Concentración: Si se concentra en lo que realiza o habla. Apatía: No se observa apática. Cefaleas: No refiere. Respuesta a estímulos: Es adecuada. Otros: La paciente necesita recuperar las horas de sueño perdido.

## 7. VESTIRSE ADECUADAMENTE:

### **Datos Subjetivos:**

¿Influye su estado de ánimo para la selección de prendas de vestir?: No, acostumbra utilizar la ropa que le agrada, que se sienta cómoda y que le permita moverse libremente. ¿Su autoestima es determinante en su modo de vestir? No lo considera así. ¿Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría?: No. ¿Necesita ayuda para la selección del vestuario? No.

### **Datos Objetivos:**

Viste de acuerdo a su edad: Si. Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: Es adecuada. Vestido incompleto: Bata de hospital. Sucio: No. Inadecuado: No. Otros: Ninguno de importancia.

## 8. HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL:

### **Datos Subjetivos:**

Fuentes de Aseo: En su hogar cuenta con baño completo y lo necesario para asearse, la habitación del hospital cuenta con baño para tres pacientes, el día de hoy la paciente ya se baño. Momento preferido del baño: Por la mañana. Cuantas veces se lava los dietes al día: 3 veces. Aseo de manos antes y después de comer: Si. Después de eliminar: Si. ¿Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos? Ninguna.

### **Datos Objetivos**

Aspecto general: Se observa recién bañada y limpia. Olor corporal: Limpio, solo en área genital se percibe olor a sangre. Halitosis: Se percibe ligera. Estado del cuero cabelludo: Sano y limpio. Lesiones dérmicas ningunas Otros: Sin datos de importancia.

## 9. EVITAR LOS PELIGROS:

### **Datos Subjetivos:**

¿Qué miembros componen su familia de pertenencia? Su esposo, sus padres y hermanos. ¿Cómo reacciona ante una situación de urgencia? Llama a su esposo o pide ayuda a algún vecino ¿Conoce las medidas de prevención de accidentes? Algunas. En el hogar si ¿Realiza controles periódicos de Salud recomendados? Si. ¿Cómo canaliza las situaciones de tensión en su vida? Acostumbra externarlas con su familia o personas de confianza.

### **Datos Objetivos:**

Deformidades congénitas: Ninguna. Condiciones del ambiente en su hogar: dice que son seguras ya que no se puede valorar porque la entrevista es en el hospital Trabajo: al igual no se pueden valorar Otros: Ninguno

## 10. COMUNICACIÓN:

### **Datos subjetivos:**

Estado Civil: Casada. Años de relación: 1/ 6 meses. Vive con: Su esposo en un departamento rentado. Preocupaciones/estrés: Actualmente le preocupa seguir con un tratamiento para volver a embarazarse. Familiares: Otras personas que pueden ayudar: Menciona que su mamá vive muy cerca y que le ofrece su apoyo, también su suegra y su esposo le dicen que le ayudaran seguir con su tratamiento. Rol en la estructura familiar: Su rol es de esposa que trabaja de ama de casa, y. Relaciona sus problemas con su estado actual: Si. ¿Cuánto tiempo pasa sola? De 2 a 3 horas entre semana y los sábados toda la mañana ya que su esposo trabaja el sábado. Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo. Se encuentra sola.

**Datos Objetivos:**

Habla claro: Sí. Confusa: No. Dificultad de la visión: Ninguna. Audición: Normal. Comunicación verbal/no verbal con la familia/con otras personas significativas: Se aprecia un buen ambiente familiar, hay comunicación entre todos.

11. CREENCIAS Y VALORES:

**Datos Subjetivos:**

Creencia Religiosa: Católica. ¿Su creencia religiosa le genera conflictos personales?: Ninguno. Principales valores en su familia: La unidad, el respeto, la confianza, la fidelidad, la responsabilidad ayudarse unos a otros. ¿Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir?: Considera que sí.

**Datos Objetivos:**

Hábitos específicos de vestir de acuerdo a su grupo religioso: Ninguno en particular, solo vestir en forma decente. ¿Permite el contacto físico?: Sí. ¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores y creencias? No ninguna

12. TRABAJO Y REALIZACIÓN:



**Datos Subjetivos:**

¿Trabaja actualmente? si Tipo de trabajo: Trabaja en una casa y como ama de casa Riesgos: Considera que no es riesgoso su trabajo. ¿Cuánto tiempo le dedica al trabajo? 8 horas diarias, 5 días a la semana. ¿Esta satisfecha con su trabajo? Si. ¿Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia? Considera que es una gran ayuda para apoyar la economía familiar. ¿Esta satisfecha con el rol familiar que juega? Como ama de casa, se siente segura.

**Datos Objetivos:**

Estado emocional: Calmada, temerosa, La paciente se observa cansada, pero tranquila

**13. RECREACIÓN Y DIVERSIÓN:****Datos Subjetivos:**

Actividades creativas que realiza en su tiempo libre: Manualidades, jardinería, salir de paseo con su familia. ¿Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad? No lo percibe así. ¿Existen en su comunidad recursos para la recreación? Si, hay un parque cercano y en la ayudantía dan cursos de varias actividades interesantes y divertidas como cocina y decoración. ¿Ha participado en alguna actividad recreativa? Si ha asistido a cursos de decoración y de manualidades.

**Datos Objetivos:**

Integridad del sistema neuromuscular. Es integro y adecuado para su edad. ¿Rechaza las actividades recreativas? No. ¿Su estado de ánimo es apático, aburrido o participativo? Es participativa

**14. APRENDIZAJE:****Datos Subjetivos:**

Nivel de educación primaria terminada. Problemas de aprendizaje: Ninguno. Limitaciones cognitivas: Ninguna. Preferencias: orientación sobre cuando puede y debe reiniciar su vida sexual, pues lo desconoce. ¿Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad? Si, hay centros de salud. ¿Sabe como utilizar estas fuentes de apoyo? Si, acudiendo al centro de salud a recibir orientación o solicitar folletos. ¿Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud? Si se muestra participativa y pregunta bastante.

Otros: Sin datos de importancia.

### **Datos Objetivos:**

Estado del sistema nervioso: Aparentemente normal. Órganos de los sentidos: Funcionando normalmente. Estado emocional ansiedad o dolor: Se percibe inquieta y temerosa Memoria: Normal.

Otras manifestaciones: Ninguna.

## **VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES HUMANAS**

### **Después del legrado**

#### **1. OXIGENACIÓN:**

#### **Datos Subjetivos:**

Disnea debido a: no Tos productiva/seca: No. Dolor asociado con la respiración: No Fumador: Si. Desde cuando fuma/cuantos cigarros al día: 2 al día Fuma desde los 16 años en forma ocasional. Varía la cantidad según su estado emocional: si.

#### **Datos Objetivos:**

Registro de Signos Vitales: Temperatura: 35. °c Pulso: 78 x ´ Respiración: 20 x ´ Presión Arterial: 90/70 Mg.

Tos productiva/seca: no Estado de conciencia: somnolienta ya que acaba de salir del procedimiento quirúrgico. Coloración de la piel ligeramente pálida lechos ungueales/peri bucal: integras , Circulación del retorno venoso: adecuado.

Otra palidez de tegumentos

### 1. NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN:

#### **Datos Subjetivos:**

Dieta Habitual: x Número de comidas diarias: x Trastornos digestivos x  
Intolerancia alimenticia/alergias: x Problemas de la masticación y degluciones  
Necesidad de ejercicio x.

#### **Datos Objetivos:**

Turgencia de la Piel: inadecuada Membranas y mucosas: deshidratada.  
Características de uñas y cabello: llenado capilar lento Funcionamiento  
neuromuscular y esquelético: inadecuado Aspecto de dientes y encías: x.

### 3. ELIMINACIÓN:

#### **Datos Subjetivos:**

Hábitos intestinales: x Características de las evacuaciones, orina y menstruación:  
no ha evacuado después del legrado, orina ligeramente concentrada, sangrado  
transvaginal ligero Historia de hemorragias/enfermedades renales u otras: x  
Uso de laxantes: x Hemorroides: x.  
Dolor al defecar, menstruar u orinar: x  
¿Como influyen las emociones en sus necesidades de eliminación?: x

#### **Datos Objetivos:**

Abdomen/características: se palpa contraído Ruidos intestinales: Presentes  
Palpación de la vejiga se palpa globo vesical.  
Otros: La paciente no ha evacuado después del legrado

### 4 TERMORREGULACIÓN:

#### **Datos Subjetivos:**

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: Refiere escalofríos ese momento.  
Ejercicio y frecuencia: temperatura ambiental que le es agradable: x

**Datos objetivos:**

Características de la piel: Se aprecia piel ligeramente seca y pegajoso  
Transpiración: sudoración fría Condiciones del entorno físico: La habitación mantiene una temperatura agradable, no se advierten corrientes de aire, cuenta con ventilación adecuada. Otros: Sin datos de importancia.

## 1. MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA:

**Datos Subjetivos:**

Capacidad Física x. Actividades en el tiempo libre: x Hábitos de descansos x  
Hábitos de Trabajo: x

**Datos Objetivos:**

Estado del sistema músculo-esquelético/fuerza: En este momento se siente débil y cansada por legrado capacidad muscular tono/resistencia/flexibilidad: Se aprecia que la condición física de la paciente es adecuada, tiene flexibilidad en músculos.  
Posturas: Se observa incomoda. Dolor con el movimiento: en la cavidad uterina.  
Presencia de temblores: positivo. Estado de conciencia: Consiente, orientada, cansada. Estado emocional: En este momento se encuentra sensible por la experiencia del legrado esta pero manifiesta temor de no poder tener otro hijo.  
Otros: Sin datos de importancia.

## 6. DESCANSO Y SUEÑO:

**Datos Subjetivos:**

Horario de descanso: x Horario de Sueño: x

**Datos Objetivos:**

Estado mental: ansiedad/estrés/lenguaje: Se observa inquieta. Ojeras: Si se observan. Atención: Si pone atención. Bostezos: Si bosteza con frecuencia.

Concentración: Si se concentra en lo que realiza o habla. Apatía: No se observa apática. Cefaleas: No refiere. Respuesta a estímulos: Es adecuada. Otros: La paciente necesita recuperar las horas de sueño perdido.

## 7. VESTIRSE ADECUADAMENTE:

### Datos Subjetivos:

¿Influye su estado de ánimo para la selección de prendas de vestir?: x ¿Su autoestima es determinante en su modo de vestir? x ¿Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría?: x ¿Necesita ayuda para la selección del vestuario? x.

### Datos Objetivos:

Viste de acuerdo a su edad: x Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse : x Vestido incompleto: Bata de hospital. Sucio: No. Inadecuado: No. Otros: Ninguno de importancia.

## 8. HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL:

### Datos Subjetivos:

Fuentes de Aseo: x Momento preferido del baño: x Cuantas veces se lava los dientes al día x Aseo de manos antes y después de comer: x Después de eliminar: Si. ¿Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos? x

### Datos Objetivos

Aspecto general: limpia. Olor corporal: Limpio, solo en área genital se percibe olor a sangre. Halitosis: Se percibe ligera. Estado del cuero cabelludo: Sano y limpio. Lesiones dérmicas ningunas Otros: Sin datos de importancia.

## 9. EVITAR LOS PELIGROS:

**Datos Subjetivos:**

¿Qué miembros componen su familia de pertenencia? X ¿Cómo reacciona ante una situación de urgencia? X ¿Conoce las medidas de prevención de accidentes? X. En el hogar X ¿Realiza controles periódicos de Salud recomendados? X ¿Cómo canaliza las situaciones de tensión en su vida? X

**Datos Objetivos:**

Deformidades congénitas: X Condiciones del ambiente en su hogar: X Trabajo: X Otros: Ninguno de importancia.

## 10. COMUNICACIÓN

**Datos subjetivos:**

Estado Civil: X Años de relación X Vive con: X Preocupaciones/estrés: X. Familiares: Otras personas que pueden ayudar: X Rol en la estructura familiar: X. Relaciona sus problemas con su estado actual: X ¿Cuánto tiempo pasa sola? X. Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo. X

**Datos Objetivos:**

Habla claro: X. Confusa: X Dificultad de la visión: X Audición: X Comunicación verbal/no verbal con la familia/con otras personas significativas: X

## 11. CREENCIAS Y VALORES:

**Datos Subjetivos:**

Creencia Religiosa: X ¿Su creencia religiosa le genera conflictos personales?: X Principales valores en su familia: X. ¿Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir?: X

**Datos Objetivos:**

Hábitos específicos de vestir de acuerdo a su grupo religioso: X ¿Permite el contacto físico?: X ¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores y creencias? X

## 12. TRABAJO Y REALIZACIÓN:

### **Datos Subjetivos:**

¿Trabaja actualmente? X Tipo de trabajo: X Riesgos: Considera X ¿Cuánto tiempo le dedica al trabajo? X ¿Esta satisfecha con su trabajo? X ¿Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia? X ¿Esta satisfecha con el rol familiar que juega?

### **Datos Objetivos:**

Estado emocional: Calmada, ansiosa, enfadada, retraída, temerosa, irritable, inquieta, eufórica: sensible y temerosa

## 13. RECREACIÓN Y DIVERSIÓN:

### **Datos Subjetivos:**

Actividades creativas que realiza en su tiempo libre: X ¿Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad? X ¿Existen en su comunidad recursos para la recreación? X ¿Ha participado en alguna actividad recreativa? X

### **Datos Objetivos:**

Integridad del sistema neuromuscular. X ¿Rechaza las actividades recreativas? X ¿Su estado de ánimo es apático, aburrido o participativo? X

## 14. APRENDIZAJE:

### **Datos Subjetivos:**

Nivel de educación primaria   X   Problemas de aprendizaje:   X   Limitaciones cognitivas:   X   Preferencias:   X   ¿Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad?   X   ¿Sabe como utilizar estas fuentes de apoyo?   X   Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud?   X  

Otros: X.

**Datos Objetivos:**

Estado del sistema nervioso:   X   Órganos de los sentidos:   X   Estado emocional ansiedad o dolor:   Se percibe inquieta y temerosa   Memoria:   X  

Otras manifestaciones:   X



## 6.3 PLAN DE CUIDADOS

**Necesidad.** Oxigenación

**Diagnostico de de enfermería.**

**DEFINICION** Expansión de del volumen de líquidos intravascular en un paciente con volumen reducido.

**DX** riesgo de choque hipovolemico relacionado con sangrado transvaginal abundante.

**DX** complicaciones respiratorias relacionadas con los efectos de la anestesia general manifestada por disnea hipotensión

### RESULTADOS ESPERADOS.

Evitar perdidas de la sangre<sup>1</sup>

Facilidad respiratoria, permeabilidad de las vía aérea

### INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

- Administrar oxígeno (por razón necesaria)
- Canalizar vena permeable
- Valorar y registrar signos vitales (profundidad, amplitud y frecuencia <sup>2</sup>
- Se prepara física y psicológicamente para el procedimiento
- Análisis de laboratorio a pie de cama (Adm. productos, sanguíneos )
- Colocar en posición trendelemburg
- Vigilar sangrado transvaginal (hemorragia y dolores)
- Infórmale sobre el procedimiento (raspado de succión, dilatación y raspado y evacuación uterina)
- Administración de oxitócicos (si están indicados)

---

<sup>1</sup> Sue morread, et.al."CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)",Tercera edición del año 2005 pp458,584

<sup>2</sup> Joanne mcCLOSKEY DOCHTERMAN, et.al CLASIFICACIONE DE INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC) cuarta edición 2005 pp. 860

- Colocar calor por medio de cobertores

**EVALUACIÓN.** : Se logra estabilizar los signos vitales de la paciente en los primeros 5 minutos

**EVALUACION** la paciente presento una capacidad ventilatoria óptima frecuencias respiratorias dentro de los límites normales, y estabilidad hemodinámica

### **FUNDAMENTACION DE LAS INTERVENCIONES**

Reponer el número de glóbulos rojos principalmente va a permitir una mejor oxigenación parcial de las funciones normales del organismo

### **FUNDAMENTACION DEL DIAGNOSTICO**

Los anestésicos deprimen el centro respiratorio del cerebro el cual debe evitar los impulsos nerviosos motores necesarios para causar la contracción toraxica de la respiración

La falta de oxígeno produce aprehensión y ansiedades la paciente (sensación de muerte)

Los anestésicos deprimen el centro respiratorio y estimulan respuestas simpáticas y vágales

**Necesidad:** Eliminación

**DX. Déficit de volumen de líquidos relacionado con abundante sangrado transvaginal manifestado hipotensión, hemoglobina menor de 11 MG de palidez de tegumentos, mareo diaforesis. Debilidad muscular y mareo**

### **RESULTALDO ESPERADO**

Equilibrio hídrico.<sup>3</sup>

### **INTERVENCIONES**

- Manejo de líquidos.
- monitorizar y registrar signos vitales.
- Cuantificar ingresos y egresos de líquidos.
- Ministración de soluciones parenterales (suero, plasma)
- Enseñar a la paciente a observar y notificar lo siguiente cambios en el flujo anormal de sangre ( color, olor, cantidad)
- Controlar la ingesta de líquidos sea de al menos 2000ml/día.
- Vigilar el estado de hidratación (mucosas húmedas pulso a adecuado y presión arterial en parámetros normal
- Vigilar de laboratorios hematocrito hemoglobina , osmolaridad de la orina

**EVALUACIÓN** La persona se encuentra mas hidratada, sus signos vitales se encuentran estables, se mantiene en equilibrio hídrico.

**FUNDAMENTACION DEL DIAGNOSTICO** La disminución en la cantidad de eritrocitos secundario al sangrado causa de una baja en los niveles de hemoglobina los cuales son responsables de la coloración de los tegumentos

**FUNDAMENTACION DE LAS INTERVENCIONES** La introducción de líquidos a través de la vena al torrente sanguíneo ayuda a hidratar a la paciente y a reponer el plasma sanguíneo

**DEFINICION.** Aumento del riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos.

---

<sup>3</sup>Sue morread,et.al."CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)", Tercera edición del año 2005 pp. 569

**DX** infección relacionado con la introducción de un catéter urinario manifestado por dolor ardor durante la recuperación del procedimiento quirúrgico.

### **RESULTADO ESPERADO**

Conocimiento .control de la infección.<sup>4</sup>

Conocimiento de procedimiento terapéutico.

### **INTERVENCIONES**

- Eliminar la orina residual o contribuyendo a la salida de orina.
- Informarle al paciente de que comunique cualquier malestar vesical o incapacidad para orinar.
- Protección contra las infecciones.
- Vigilancia.
- Cuidado de drenaje.
- Cuidados de catéter urinario.
- Cuidados de pos luí.
- Enseñanza del proceso de la enfermedad.
- Monitorización de los signos vitales.

**EVALUACIÓN** La persona presenta micciones abundantes sin dolor ni ardor y su globo vesical se encuentra vacío.

### **FUNDAMENTACION DE LAS INTERVENCIONES**

El malestar vesical y la incapacidad para orinar pueden ser signos de iniciales de retención urinaria

**DEFINICIÓN** .prevención y alivio del estreñimiento.

**DX** estreñimiento secundario a los malos hábitos de alimentación aporte insuficiente de líquidos y fibra manifestados por dolor durante la defecación y eliminación de heces duras, secas y formadas

---

<sup>4</sup> Sue morread,et.al."CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)", Tercera edición del año 2005 pp. 569

## RESULTADOS ESPERADOS

Control de síntomas<sup>5</sup>

Hidratación

## INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

- Vigilar los signos y síntomas de estreñimiento.<sup>6</sup>
- Comprobar movimientos intestinales.
- Vigilar la existencia de peristaltismo.
- Brindarle confianza y seguridad.
- Poner en práctica medidas para promover una alimentación equilibrada y regularidad en la evacuación.
- Aumentar en la ingestas de alimentos ricos en fibra, tales como:
  - Frutas del tiempo con piel salvados.
  - Frutos secos semillas y pan cereales integrales y vegetales.

**EVALUACIÓN** Se logra que la persona este mas tranquila y refiere sentirse en confianza con el personal de salud, la persona refiere no haber evacuado ya que su alimentación no es regular (ayuno y posteriormente dieta blanda).y queda pendiente la evacuación

## FUNDAMENTACION DE LAS INTERVENCIONES

Una alimentación equilibrada rica en fibra fomenta la actividad peristáltica y eliminación intestinal saluda El vaciamiento intestinal a cierta hora favorece los buenos hábitos intestinales

**Necesidad** .nutrición ingestión.

---

<sup>5</sup> Sue morread, et.al."CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)", Tercera edición del año 2005 pp. 559

<sup>6</sup> Joanne mcCLOSKEY DOCHTERMAN, et.al CLASIFICACIONE DE INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC) cuarta edición 2005 pp. 588

Dx. Nauseas relacionada con el embarazo manifestado por aumento de la salivación, sabor agrio en la boca, aversión a los alimentos, irritación gástrica, entre otros.

## **RESULTADO ESPERADO**

Mejorará su digestión gástrica, por medio de hábitos dietéticos.

## **INTERVENCIONES DE ENFERMERIA**

- Beber agua (fría) <sup>7</sup>
- Explicar la necesidad de la ingestión diaria de una dieta óptima constituida por los siguientes componentes.
  - Aumento del contenido de proteínas e hidratos de carbono.
  - Aumento de la ingestión de vitaminas.
  - Una dieta equilibrada.
- Orientar a la paciente sobre la toma correcta de medicamentos (antiácidos) prescritos por el médico.
- Sugerir a la paciente que consuma alimentos con pocas grasas, sin irritantes ni condimentos y de fácil digestión.
- Dieta seca repartida en quintos

**EVALUACION:** se logra que la paciente mejore su digestión gástrica.

**FUNDAMENTACION** la administración de líquidos vía oral fríos ayudan a reponer los líquidos perdidos y disminuir las molestias gástricas

**Necesidad** seguridad /protección termorregulación.

**Definición:** temperatura corporal por debajo de 36 °c.

---

<sup>7</sup> Carpeñito – Moyet. **Planes de Cuidados y Documentación Clínica de Enfermería**. Cuarta Edición. Mc.Graw-Hill – Interamericana. Madrid 2005 (Unidad I, Pág. 1, Pág. 5-6, Pág. 2, Pág. 9,11 y 15, Unidad II,

Dx. Termo regulación inefectiva de hipotermia relacionado con exposición a entorno frío (procedimiento quirúrgico y analgesia) manifestada por temperatura corporal (35°C.) palidez de tegumentos

## **RESULTADO ESPERADO**

Termregularizacio. <sup>8</sup>

## **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA**

- Retirar al paciente del frío y colocar en un ambiente cálido. <sup>9</sup>
- Quitar la ropa fría y mojada, cambiar por otra calida y seca.
- Monitorizar la temperatura del paciente con un termómetro de registro bajo si fuera necesario.
- Observar si se produce desequilibrio electrolítico.
- Medios físicos para proporcionar calor.
- Brindarle calor con colchón térmico y cobertores.

**EVALUACIÓN** .se logra que la persona recupere una temperatura corporal de 36.5 ° y no presenta complicaciones en la recuperación.

## **FUNDAMENTACION DEL DIAGNOSTICO**

La temperatura corporal presenta el equilibrio entre el calor producido y el calor perdido por el organismo las modificaciones externas de la temperatura ambiental pueden afectar los sistemas reguladores de la temperatura corporal así como la disminución del volumen torrente sanguíneo provocando hipertermia en la paciente

## **FUNDAMENTACION DE LAS INTERVENCIONES**

---

<sup>8</sup>Sue morread, et.al."CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)", Tercera edición del año 2005 pp597

<sup>9</sup> Joanne mcCLOSKEY DOCHTERMAN, et.al CLASIFICACIONE DE INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC) cuarta edición 2005 pp. 775

El calor produce vaso dilatación aumentando la circulación sanguínea periférica  
La valoración constante de la temperatura nos permite identificar en que momento la paciente recupera los parámetros normales

**Necesidad** .movimiento y postura.

### **Deterioro de la movilidad física**

**DEFINICION:** limitación del movimiento independiente para cambiar de posición en la cama.

### **Diagnostico de enfermería**

**DX. Deterioro de la movilidad física relacionada con debilidad muscular manifestada por movimientos involuntarios debido a efectos de anestésicos.**

### **RESULTADOS ESPERADOS**

Movimientos coordinados independientes. <sup>10</sup>

### **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA**

- Cuidados del paciente encamados. <sup>11</sup>
- colocar a la paciente en semifowler
- Barandales, dejarlos arriba.
- Identificar a la persona de alto riesgo de lesión.
- Orientar a la paciente que no debe pararse rápidamente.
- Platicar con la paciente que debe deambular lentamente.
- Demostrar las medidas de posición y postura.
- Vigilancia estrecha.

**EVALUACIÓN** .la paciente se recupera, se logra deambular favorablemente recuperando su fuerza muscular al término de 8 hrs.

---

<sup>10</sup> Sue morread, et.al."CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)", Tercera edición del año 2005 pp578

<sup>11</sup> Joanne mcCLOSKEY DOCHTERMAN, et.al CLASIFICACIONE DE INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC) cuarta edición 2005 pp. 830



**FUNDAMENTACION DEL DIAGNOSTICO.** La anestesia general actúa a nivel del S.N.C lo cual inhibe la movilidad física en forma transitoria

### **FUNDAMENTACION DE LAS INTERVENCIONES**

La posición favorece la ventilación y así como la prevención de caídas

El contacto frecuente del cuidador con la paciente indica aceptación y puede facilitar la confianza La actividad física especialmente la ambulación rápida y frecuente puede ayudar a evitar o minimizar los cólicos.

**Necesidad.** Actividad /reposo.

**Deprivacion del sueño.**

**DEFINICIÓN:** prolongados periodos de tiempo sin sueño (suspensión periódica, naturalmente sostenida de relativa inconsciencia).

## **Diagnósticos de enfermería**

**DX. Deprivación del sueño relacionado con malestar físico manifestado por ansiedad, dolor e irritabilidad.**

## **RESULTADOS ESPERADOS**

Equilibrio emocional. <sup>12</sup>

## **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA**

- Administración de analgésicos.
- Apoyo emocional. <sup>13</sup>
- Manejo ambiental confort.
- Mejorar el sueño.

## **EVALUACIÓN.**

La persona logra conciliar el sueño y no despierta frecuentemente ya que se encuentra más tranquila cabe mencionar que el dolor ha desaparecido.

**FUNDAMENTACION** Esta práctica favorece la existencia de un buen estado de salud general

El sueño permite al cuerpo un tiempo de recuperación

**Necesidad** .evitar peligros / seguridad

**DEFINICION.** Aumento del riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos.

**DX. Riesgo de infección relacionado con tejido retenido y el procedimiento quirúrgico (LUI)**

---

<sup>12</sup> Sue morread, et.al."CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)", Tercera edición del año 2005 pp570

<sup>13</sup> Joanne mcCLOSKEY DOCHTERMAN, et.al CLASIFICACIONE DE INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC) cuarta edición 2005 pp. 834

DX dolor relacionado con proceso patológico manifestado por informe verbal del dolor

DX duelo relacionado con la anticipación de la pérdida de una persona significativa manifestado por culpa y búsqueda de significado de la pérdida

## **RESULTADOS ESPERADOS**

Detección de riesgos. <sup>14</sup>

Control del dolor

## **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA**

- Control de infecciones. <sup>15</sup>
- Control de infecciones intrahospitalarias.
- Manejo de líquidos y electrolitos.
- Prescribir medicación.
- Protección contra infecciones.
- Vigilar y registrar signos de infección.
- Valorar loquios (cantidad, olor).
- Control de temperatura por medios físicos.
- Ministración de antibiótico y analgésico
- Medir la gravedad del dolor 0 al 10
- Se le ayudo a identificar áreas de esperanza
- Se le informo que la situación actual constituye un estadio temporal.

**EVALUACIÓN.** No se presento ningún signo y síntoma de infección y la recuperación de la paciente es favorable.

**FUNDAMENTACION** los agentes patógenos circulantes desencadenan los mecanismos de defensa corporal

---

<sup>14</sup> Sue morread, et.al."CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)", Tercera edición del año 2005 pp629

<sup>15</sup> Joanne mcCLOSKEY DOCHTERMAN, et.al CLASIFICACIONE DE INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC) cuarta edición 2005 pp. 885

Sensaciones de falta de control sobre su dolor contribuyendo al humor depresivo o inhibiendo la recuperación psicológica.

**FUNDAMENTACION** los pacientes manifiestan y expresan el dolor de diferente manera algunos se quejan oralmente de dolor o pedir analgésicos los signos objetivos pueden alertar al enfermero del dolor del paciente.

**Necesidad.** Sexualidad

**Patrón sexual inefectivo**

**DEFINICION:** expresiones de preocupación respecto a la propia sexualidad.

**Diagnósticos de enfermería**

**Dx.** Patrón sexual inefectivo relacionado con miedo al embarazo manifestado por expresión verbal de antecedente de embarazo molar.

**RESULTADOS ESPERADOS**

Lograr una sexualidad satisfactoria que le permita bienestar personal.

**INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA**

- Analizar los temores que la persona pueda expresar y las preocupaciones que puedan limitar su participación en la relación.
- Tranquilizar a la persona de que el temor a un nuevo embarazo molar es normal.
- Orientar sobre el momento ideal (cuarentena) en que se pueda reanudar la actividad sexual.
- Se orienta a la persona para que elija un método anticonceptivo para el intervalo inter genésico que le permita su recuperación física.
- Informales sobre los medicamentos y seguimiento que debe seguir.<sup>16</sup>

## **EVALUACIÓN**

Se logra que la persona esté preparada para cuando tenga que reanudar su actividad sexual y sobre el seguimiento que debe llevar su tratamiento.

**FUNDAMENTACION** muchas pacientes se resisten a hablar de su sexualidad o un acercamiento adecuado con su pareja por lo que se debe de orientar y aconsejar a la paciente para que tenga una mejor comunicación con su pareja.

## **6.4 Ejecución**

Ingresa a la unidad de toco cirugía paciente de 19 años de edad, la cual presenta sangrado transvaginal abundante, se ubica en la sala de labor, se canaliza con solución hartman; se prepara para realizarle su legrado, en primer lugar se le explica el procedimiento quirúrgico que se le va a realizar en ese momento, se le coloca capelina, vendajes, sondeo vesical y tricotomía; se pasa a la sala de quirófano se coloca en posición ginecológica se realiza asepsia y antisepsia de la región; se vigilan los signos vitales constantemente; al terminar el procedimiento quirúrgico se traslada a la sala de recuperación bajo efectos de la anestesia, se le instala oxígeno, se continua la vigilancia estrecha de signos vitales y sangrado transvaginal.

---

<sup>16</sup> Joanne mcCLOSKEY DOCHTERMAN, et.al **CLASIFICACIONE DE INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC) cuarta edición 2005 pp. 885**

De ésta manera se cubren sus necesidades, de oxigenación eliminación, hidratación, descanso y prevención de riesgos ya que era totalmente dependiente debido a la falta de fuerza, se encontraba bajo efectos de la anestesia , situación por la cual el resto de las necesidades no eran valorables, en ese momento.

La persona permaneció 6 horas en la sala y su recuperación fue favorable gracias a la participación de la paciente, a su egreso se elaboró un plan de alta en donde se informó a la paciente de los cuidados que debe seguir, la ministración de medicamentos, y seguimiento con el ginecoobstetra.

## 6.5 Plan de alta.

**OBJETIVO:** Promover el autocuidado de la paciente así como el manejo de su duelo y seguimiento por personal profesional en el área.

Nombre: Mari GM. Edad: 19 años Peso: 78 Kg. Talla: 1,62 mts.

Fecha de Nacimiento 1989 Sexo: Mujer Ocupación: hogar

Escolaridad primaria Terminada Fecha de Admisión: 16/04/08 Hora: 11:00hrs.AM

Domicilio: Flores Magon Morelos.

Institución Hospital Gral. "JOSE G PARRES" Servicio: toco cirugía Cama: 6

Fiabilidad: (1-4) 3 Miembro de la Familia o persona significativa:

Esposo

Diagnóstico de Ingreso: embarazo molar de 12 semanas de gestación

Diagnostico de egreso post legrado intrauterino.

## **Dieta**

- Beber de dos a tres litros de agua (fría)
- Explicar la necesidad de la ingestión diaria de una dieta óptima constituida por los siguientes componentes.
  - Aumento de la ingestión de vitaminas
  - Una dieta equilibrada
- Sugerir a la paciente que consuma alimentos con pocas grasas, sin irritantes ni condimentos y de fácil digestión

## **Medicamentos**

- Antibióticos
- Analgésicos
- Orientar a la paciente sobre la toma correcta de medicamentos (antiácidos) preescritos por el medico

## **Medidas generales**

- Baño diario
- Debe seguir tratamiento y seguimiento.
- Orientarla cuando debe reanudar las relaciones sexuales
- Orientarla para que se lleve un seguimiento sobre su TX y control de las gonadotropinas

## **Signos y síntomas de alarma**

- Vigilar sangrado transvaginal (olor, color).
- Vigilar dolor abdominal.
- Si presenta fiebre acudir inmediatamente al hospital

1. termorregulación	Se mantiene la temperatura corporal adecuada
2. Eliminación	Iniciar medidas que le ayudaran a evitar el estreñimiento

3. Moverse y mantenerse en buena postura	Sin alteraciones
4. Nutrición e ingestión	No presenta ningún problema
5. Descanso y sueño	Desapareció el dolor y puede conciliar el sueño
6. Comunicación	Recibió apoyo de su pareja
7. Seguridad	Mejoro su autoestima disminución de la aprehensión y tristeza
8. Aprendizaje	Obtuvo mayor información en cuanto a su padecimiento

## 7. CONCLUSIONES.

El arte del cuidado de Enfermería ha evolucionado de tal manera que las enfermeras hemos ido asumiendo funciones comprometidas con la responsabilidad de ofrecer atención con calidad al individuo y a la comunidad.

La reciente profesionalización en los servicios de Enfermería, nos marcan cambios y obligan a la enfermera, a una formación continua y responsable, para mantener al día sus conocimientos y ser capaces de adaptarse a la vida moderna logrando así el reconocimiento como profesionales de la salud.

El desarrollo de este trabajo, me ha permitido valorar la importancia de incluir en la práctica profesional de enfermería, el "Proceso Enfermero", ya que es una herramienta elemental para mejorar la calidad de atención y brindar cuidados planificados y razonados con base en las necesidades de cada individuo y en forma integral.

Así mismo el aplicarlo a una persona que cursa con embarazo molar me ha dado la oportunidad de valorar la importancia de esta etapa fisiológica y de cómo el Licenciado en Enfermería y Obstetricia debe planear y personalizar sus cuidados



en cada trimestre del embarazo, de tal forma que se garantice el máximo bienestar al binomio madre-hijo y a la familia en esta nueva fase de la vida que experimentan.

El cuidado de enfermería siempre debe cuidar la privacidad e individualidad de cada paciente, su atención debe estar basada en el respeto, el trato humano, cuidado profesional y de calidad; buscando siempre satisfacer las necesidades de quien es su razón de ser.....***la persona.***

## **8 SUGERENCIAS.**

Sugiero que en el curso de la licenciatura se incluya un taller de proceso enfermero, porque en lo personal no medio tiempo de comprender y analizar el proceso y ahora que tuve la oportunidad de realizar este proceso me dí cuenta de lo importante que era saber detectar las necesidades de cada persona y que de esa manera puedo aplicar el proceso de enfermería

Cabe mencionar que para la elaboración de este proceso se me hizo un poco difícil debido a la falta de habilidad y experiencia para documentarlo; así mismo propongo darlo a conocerlo en la unidad laboral ya que si se pudiera aplicar en cada persona que ingresa al hospital se detectarían las necesidades primordiales de la persona y de esa manera se brindarían las intervenciones de enfermería individualizadas y con un enfoque específico como lo es el modelo de Virginia Henderson.

Finalmente sugiero que toda enfermera que se encuentre motivada en realizar un trabajo como éste, debe iniciar un curso de computación y de ortografía ya que es una herramienta muy útil para la redacción del trabajo.

## 9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 📖 Alfaro L. Rosalinda. Aplicación del Proceso Enfermero. Quinta Edición. Masson. España 2003. (Cáp. 1 Pág. 4 – 10).
- 📖 Brunner y Suddarth. Enfermería Medicoquirúrgica. Cuarta Edición. Interamericana. México 1987. Vol. I (Cáp. 1, Pág. 166) Vol. II (Cáp. 53, Pág. 1652 – 1657).
- 📖 Carpenito – Moyet. Planes de Cuidados y Documentación Clínica de Enfermería. Cuarta Edición. Mc.Graw-Hill – Interamericana. Madrid 2005 (Unidad I, Cáp. 1, Pág. 5-6, Cáp. 2, Pág. 9,11 y 15, Unidad II, Pág. 423 – 430).
- 📖 Fernández F. Carmen. El Proceso de Atención de Enfermería. Primera Edición. Masson – Salvat. México 1993. (Cáp. 1, Pág. 3-10, Cáp. 2, Pág. 13-15).
- 📖 Kozier, Erb, Berman, Snyder. Fundamentos de Enfermería. Séptima Edición. Mc.Graw-Hill – Interamericana. Madrid 2005. Vol. I (Cáp. 1, Pág. 4 – 8).
- 📖 NANDA. Diagnósticos Enfermeros, Definiciones y Clasificación. Harcourt – Elsevier. España. 2005 – 2006. (Pág. 22, 30, 42, 87, 93, 145, 157, 165, 167, 173, 196, 226),
- 📖 Rodríguez S. Bertha. Proceso Enfermero. Segunda Edición. Cuellar. México 200. (Cáp. I. Pág. 19-20, Cáp. II. Pág. 29-32, Cáp. III. Pág. 35, 40, Cáp. IV. Pág. 55, 57-58, Cáp. V. 73-75, Cáp. VI. Pág. 89, Cáp. VII. Pág. 93).
- 📖 Schumacher y Marriner. Teoría del Proceso de Enfermería. Tercera Edición. Mosby Doyma Barcelona 1998. (Pág. 34).
- 📖 Tucker, Canobbio, Paquette, Wells. Normas y Cuidados del Paciente. Sexta Edición. Harcourt – Océano. Madrid 2004. Vol. 1 (Cáp. 2. Pág. 63-64), Vol. 3 (Cáp. 13. Pág. 900-903).

**ANEXOS**

## Anexo 1

Instrumento Metodológico

### VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES HUMANAS

Se realiza al llegar a la sala

#### 1 OXIGENACIÓN:

Datos Subjetivos:

Disnea debido a: No. Tos productiva/seca: No. Dolor asociado con la respiración: No Fumador: Si. Desde cuando fuma/cuantos cigarros al día: 2 al día Fuma desde los 16 años en forma ocasional. Varía la cantidad según su estado emocional: si.

Datos Objetivos:

Registro de Signos Vitales: Temperatura: 36. Pulso: 84 x ´ Respiración: 20 x ´  
Presión Arterial: 100/70 Mg.

Tos productiva/seca: no Estado de conciencia: consciente y bien orientada en tiempo y espacio. Coloración de la piel ligeramente pálida lechos ungueales/peribucal: integras , Circulación del retorno venoso: adecuado.  
Otros: Manifiesta padecer cuadros de infecciones respiratorias (faringoamigdalitis) de repetición de 2 a 3 veces en el año, sangrado transvaginal abundante color rojo brillante

#### 2. NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN:

Datos Subjetivos:

Dieta Habitual: Su alimentación es regular en cantidad y calidad, ingiere pocas frutas, y dieta pobre en fibra, la ingesta de líquidos es deficiente (4vasos al día), acepta la dieta prescrita y refiere tener sed. Número de comidas diarias: 3 al día.  
Trastornos digestivos: Ocasionalmente refiere nauseas, vomito agruras y acidez cuando ingiere alimentos grasos o muy condimentados. Intolerancia alimenticia/alergias: No se sabe alérgica a ningún alimento. Problemas de la

masticación y deglución: Refiere que tiene la mala costumbre de comer muy rápido. Necesidad de ejercicio: Camina 30 minutos 3 veces por semana. Peso 78kg mide 1.62 cm.

Datos Objetivos:

Turgencia de la Piel: Adecuada. Membranas y mucosas: Con hidratación regular. Características de uñas y cabello: Normales. Funcionamiento neuromuscular y esquelético: Adecuado. Aspecto de dientes y encías: Dientes completos, molares con caries resueltas con amalgamas, encías con ligera inflamación.

-

### 3. ELIMINACIÓN:

Datos Subjetivos:

Hábitos intestinales: Evacua 1 vez al día, en ocasiones c/ 3er. Día. Características de las evacuaciones, orina y menstruación: Evacuaciones duras y formadas, café oscuro, no ha evacuado, orina ligeramente concentrada, sangrado transvaginal abundante, refiere menstruación en cantidad normal con duración de 3 días.

Historia de hemorragias/enfermedades renales u otras: Niega padecerlas.

Uso de laxantes: Si los usa ocasionalmente. Hemorroides: No se observan, niega padecerlas.

Dolor al defecar, menstruar u orinar: Ocasionalmente presenta molestias al defecar cuando sufre de estreñimiento, en este momento no hay molestias

¿Como influyen las emociones en sus necesidades de eliminación?: Refiere que cuando esta nerviosa, es cuando sufre de estreñimientos en este momento esta muy nerviosa lo refiere verbalmente

Datos Objetivos:

Abdomen/características: Se aprecia abdomen. Ruidos intestinales: Presentes pero se aprecian disminuidos. Palpación de la vejiga urinaria: se palpa globo vesical.

Otros: La paciente no ha evacuado

#### 4. TERMORREGULACIÓN:

Datos Subjetivos:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: Refiere problemas para conciliar el sueño cuando hace mucho calor y dice que se irrita con facilidad en tiempo de calor. Ejercicio y frecuencia: Realiza caminata 3 veces por semana por 30 minutos. Temperatura ambiental que le es agradable: Clima fresco.

Datos objetivos:

Características de la piel: Se aprecia piel ligeramente seca y pegajoso  
Transpiración: Normal, la paciente refiere sudoración excesiva por el dolor en la cavidad uterina. Condiciones del entorno físico: La habitación mantiene una temperatura agradable, no se advierten corrientes de aire, cuenta con ventilación adecuada. Otros: Sin datos de importancia.

#### 5. MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA:

Datos Subjetivos:

Capacidad Física cotidiana: Considera que es adecuada. Actividades en el tiempo libre: Le gusta arreglar plantas y hacer manualidades. Hábitos de descanso: Duerme de 6 a 7 horas durante la noche, Hábitos de Trabajo: todo el día en su hogar

Datos Objetivos:

Estado del sistema músculo-esquelético/fuerza: En este momento se siente débil por el sangrado capacidad muscular tono/resistencia/flexibilidad: Se aprecia que la condición física de la paciente es adecuada, tiene flexibilidad en músculos.  
Posturas: Se observa incomoda. Dolor con el movimiento: en la cavidad uterina.  
Presencia de temblores: Negativo. Estado de conciencia: Consiente, orientada, cansada. Estado emocional: En este momento se encuentra sensible por la

experiencia del embarazo molar, pero manifiesta temor de no poder tener otro hijo.

Otros: Sin datos de importancia.

## 6. DESCANSO Y SUEÑO:

Datos Subjetivos:

Horario de descanso: Se acuesta a las 22:00 hrs. Horario de Sueño: En los últimos meses conciliar el sueño hasta las 23:00 hrs. o más tarde, refiere que las 2 últimas noches casi no ha dormido

Datos Objetivos:

Estado mental: ansiedad/estrés/lenguaje: Se observa inquieta. Ojeras: Si se observan. Atención: Si pone atención. Bostezos: Si bosteza con frecuencia. Concentración: Si se concentra en lo que realiza o habla. Apatía: No se observa apática. Cefaleas: No refiere. Respuesta a estímulos: Es adecuada. Otros: La paciente necesita recuperar las horas de sueño perdido.

## 7. VESTIRSE ADECUADAMENTE:

Datos Subjetivos:

¿Influye su estado de ánimo para la selección de prendas de vestir?: No, acostumbra utilizar la ropa que le agrada, que se sienta cómoda y que le permita moverse libremente. ¿Su autoestima es determinante en su modo de vestir? No lo considera así. ¿Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría?: No. ¿Necesita ayuda para la selección del vestuario? No.

Datos Objetivos:

Viste de acuerdo a su edad: Si. Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: Es adecuada. Vestido incompleto: Bata de hospital. Sucio: No. Inadecuado: No. Otros: Ninguno de importancia.

## 8. HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL:

Datos Subjetivos:

Fuentes de Aseo: En su hogar cuenta con baño completo y lo necesario para asearse, la habitación del hospital cuenta con baño para tres pacientes, el día de hoy la paciente ya se baño. Momento preferido del baño: Por la mañana. Cuantas veces se lava los dietes al día: 3 veces. Aseo de manos antes y después de comer: Si. Después de eliminar: Si. ¿Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos? Ninguna.

#### Datos Objetivos

Aspecto general: Se observa recién bañada y limpia. Olor corporal: Limpio, solo en área genital se percibe olor a sangre. Halitosis: Se percibe ligera. Estado del cuero cabelludo: Sano y limpio. Lesiones dérmicas ningunas Otros: Sin datos de importancia.

#### 9. EVITAR LOS PELIGROS:

##### Datos Subjetivos:

¿Qué miembros componen su familia de pertenencia? Su esposo, sus padres y hermanos. ¿Cómo reacciona ante una situación de urgencia? Llama a su esposo o pide ayuda a algún vecino ¿Conoce las medidas de prevención de accidentes? Algunas. En el hogar si ¿Realiza controles periódicos de Salud recomendados? Si. ¿Cómo canaliza las situaciones de tensión en su vida? Acostumbra externarlas con su familia o personas de confianza.

##### Datos Objetivos:

Deformidades congénitas: Ninguna. Condiciones del ambiente en su hogar: dice que son seguras ya que no se puede valorar porque la entrevista es en el hospital Trabajo: al igual no se pueden valorar Otros: Ninguno

#### 10. COMUNICACIÓN:

##### Datos subjetivos:

Estado Civil: Casada. Años de relación: 1/ 6 meses. Vive con: Su esposo en un departamento rentado. Preocupaciones/estrés: Actualmente le preocupa seguir con un tratamiento para volver a embarazarse. Familiares: Otras personas que



pueden ayudar: Menciona que su mamá vive muy cerca y que le ofrece su apoyo, también su suegra y su esposo le dicen que le ayudaran seguir con su tratamiento.  
Rol en la estructura familiar: Su rol es de esposa que trabaja de ama de casa, y.  
Relaciona sus problemas con su estado actual: Si. ¿Cuánto tiempo pasa sola? De 2 a 3 horas entre semana y los sábados toda la mañana ya que su esposo trabaja el sábado. Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo. Se encuentra sola.

Datos Objetivos:

Habla claro: Sí. Confusa: No. Dificultad de la visión: Ninguna. Audición: Normal.  
Comunicación verbal/no verbal con la familia/con otras personas significativas: Se aprecia un buen ambiente familiar, hay comunicación entre todos,

## 11. CREENCIAS Y VALORES:

Datos Subjetivos:

Creencia Religiosa: Católica. ¿Su creencia religiosa le genera conflictos personales?: Ninguno. Principales valores en su familia: La unidad, el respeto, la confianza, la fidelidad, la responsabilidad ayudarse unos a otros. ¿Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir?: Considera que si.

Datos Objetivos:

Hábitos específicos de vestir de acuerdo a su grupo religioso: Ninguno en particular, solo vestir en forma decente. ¿Permite el contacto físico?: Sí. ¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores y creencias? No ninguna

## 12. TRABAJO Y REALIZACIÓN:

Datos Subjetivos:

¿Trabaja actualmente? si Tipo de trabajo: Trabaja en una casa y como ama de casa Riesgos: Considera que no es riesgoso su trabajo. ¿Cuánto tiempo le dedica al trabajo? 8 horas diarias, 5 días a la semana. ¿Esta satisfecha con su trabajo? Si. ¿Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia? Considera que es una gran ayuda para apoyar la economía familiar. ¿Esta satisfecha con el rol familiar que juega? Como ama de casa, se siente segura.

Datos Objetivos:

Estado emocional: Calmada, temerosa, La paciente se observa cansada, pero tranquila

### 13. RECREACIÓN Y DIVERSIÓN:

Datos Subjetivos:

Actividades creativas que realiza en su tiempo libre: Manualidades, jardinería, salir de paseo con su familia. ¿Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad? No lo percibe así. ¿Existen en su comunidad recursos para la recreación? Si, hay un parque cercano y en la ayudantía dan cursos de varias actividades interesantes y divertidas como cocina y decoración. ¿Ha participado en alguna actividad recreativa? Si ha asistido a cursos de decoración y de manualidades.

Datos Objetivos:

Integridad del sistema neuromuscular. Es integro y adecuado para su edad. ¿Rechaza las actividades recreativas? No. ¿Su estado de ánimo es apático, aburrido o participativo? Es participativa

### 14. APRENDIZAJE:

Datos Subjetivos:

Nivel de educación primaria terminada. Problemas de aprendizaje: Ninguno. Limitaciones cognitivas: Ninguna. Preferencias: orientación sobre cuando puede y debe reiniciar su vida sexual, pues lo desconoce. ¿Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad? Si, hay centros de salud. ¿Sabe como utilizar estas fuentes de apoyo? Si, acudiendo al centro de salud a recibir orientación o solicitar folletos. ¿Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud? Si se muestra participativa y pregunta bastante.

Otros: Sin datos de importancia.

Datos Objetivos:

Estado del sistema nervioso: Aparentemente normal. Órganos de los sentidos: Funcionando normalmente. Estado emocional ansiedad o dolor: Se percibe inquieta y temerosa Memoria: Normal.  
Otras manifestaciones: Ninguna.

## **Anexo 2.**

### **CONCEPTO**

#### **DEFINICIÓN DE EMBARAZO MOLAR**

Es una masa o tumor poco común que se forma en el interior del útero al comienzo del embarazo.

Una mola hidatiforme resulta de la sobreproducción de tejido que se supone forma la placenta, la cual normalmente le brinda alimento al feto durante el embarazo. En esta afección, los tejidos se desarrollan formando un tumor anormal, llamado masa, y con frecuencia no existe un feto en absoluto.

#### **ETIOLOGÍA**

La causa de este trastorno no se ha comprendido completamente, pero existen algunas causas potenciales como anomalías en el óvulo, problemas dentro del útero o deficiencias nutricionales. Las mujeres menores de 20 años y mayores de 40 años tienen un riesgo mayor. Entre otros factores de riesgo se pueden mencionar las dietas bajas en proteína, ácido fólico y caroteno.

## ETIOPATOGENIA

Hay diversas teorías que intentan explicar el origen de la enfermedad trofoblástica. Una de ellas asegura que habría una malformación congénita de la placenta por un fallo en la angiogénesis fetal, por lo que el líquido se acumula en la placenta al no poder pasar al embrión por ausencia de vasos; la otra teoría dice que habría una hiperplasia del trofoblasto con edema secundario que presionaría y atrofiaría los vasos vellositarios.<sup>1</sup>

## TIPOS

La **mola hidatídica** es una degeneración hidrópica de las vellosidades, que esta limitada a la cavidad uterina, conservando la estructura de la vellosidad. Hay una degeneración de la placenta con edema y quistificación de las vellosidades, formando hidátides, por lo que toma la apariencia de un gran racimo de uvas. Según Hertig es el producto anormal de una gestación caracterizada por tumefacción y degeneración hidrópica de las vellosidades coriales inmaduras, con ausencia de vascularización y tendencia proliferativa del epitelio de revestimiento. Es una enfermedad localizada benigna, no invasiva ni neoplásica, pero que en ocasiones puede producir una degeneración maligna. La mola completa o total es más frecuente y toda la placenta degenera a tejido molar, es anembrionada con material genético paterno solamente. El cariotipo en más del 90% es 46XX y raramente será XY, tiene una mayor capacidad de malignización; en cambio, en la

---

<sup>1</sup> "[http://es.wikipedia.org/wiki/Enfermedad\\_trofobl%C3%A1stica\\_gestacional](http://es.wikipedia.org/wiki/Enfermedad_trofobl%C3%A1stica_gestacional)

incompleta o parcial sólo degenera una parte de la placenta, con vellosidades normales y anómalas, puede ser embrionada y en ella existe material genético paterno y materno, casi siempre triploide, 69XXY. Tiene menores tasas de B-HCG y de malignización. La mola invasiva invade la cavidad uterina y/o estructuras vecinas pero continúa conservando la estructura de la vellosidad. Ya en el coriocarcinoma hay un crecimiento invasivo en el que no se reconoce la estructura vellositaria. En el 50% de los casos en los que aparece un coriocarcinoma, la mujer había sufrido una mola.

El tumor trofoblástico del lecho placentario es una forma poco común (1%) que puede ocupar endometrio y miometrio. Aparece en el lugar donde estuvo inserto el lecho placentario. Da metástasis tardía y tiene mayor resistencia al tratamiento quimioterápico. La enfermedad trofoblástica maligna puede aparecer tras una mola, un aborto o un embarazo a término y raramente es primario. Puede ser no metastásica o metastásica, y a veces la primera manifestación es una lesión metastásica en vagina o pulmón (sería ya una enfermedad trofoblástica maligna metastásica), también en pelvis, riñón, intestino, cerebro e hígado que es de mal pronóstico. Las metástasis pueden ser de alto (cerebrales) o de bajo riesgo.<sup>2</sup>

## CLASIFICACIÓN

- **Completo:** no hay embrión ni tejido placentario normal. Además, todos los cromosomas del óvulo fertilizado provienen del padre, cuando lo normal es que la mitad de los cromosomas provengan del padre y la otra mitad de la madre. Poco tiempo después de la fertilización, los cromosomas del óvulo de la madre se pierden o desactivan y los del padre se duplican.

-**Parcial:** puede haber una placenta normal y el embrión, que es deforme, se desarrolla aunque de manera anormal. A diferencia del embarazo molar completo, los 23 cromosomas de la madre están presentes, pero existen dos grupos de

---

<sup>2</sup> [http://es.wikipedia.org/wiki/Enfermedad\\_trofobl%C3%A1stica\\_gestacional](http://es.wikipedia.org/wiki/Enfermedad_trofobl%C3%A1stica_gestacional)

cromosomas del padre (por lo que el embrión tiene 69 cromosomas en lugar de los 46 normales). Esto puede suceder si el óvulo es fecundado por dos espermatozoides.

## CLÍNICA

Tras un periodo de amenorrea, y a partir del segundo mes, hay un aumento de los síntomas subjetivos del embarazo, sobre todo náuseas y vómitos o hiperémesis en un 30%. Hay metrorragias irregulares en el 96% de los casos, en principio de escasa cantidad, pero que se va incrementando. Dicha hemorragia no es continua sino que se repite cada dos o tres días, de color roja o negruzca, que se produce por la ruptura de vasos maternos al separarse las vesículas de la decidua. Ocasionalmente, hay expulsión de restos molares, que lo refiere la paciente como expulsión de vesículas en el 11 % de los casos y que es patognomónico pero aparece tardíamente. También puede presentar mal estado general, dolor difuso en hipogastrio y anemia. Esta última en relación con las metrorragias. Puede haber hipertiroidismo con los signos de ello, como taquicardia, sudoración, y temblores, en el 7%, y es debido a que la fracción B-HCG es similar a la TSH. Existen signos de preeclampsia o hipertensión gestacional del primer trimestre hasta en el 50% de los casos, y signos de insuficiencia respiratoria aguda en el 2% por embolismo pulmonar de las células trofoblásticas, o por la asociación entre hipertiroidismo e HTA. Como complicaciones pueden aparecer coagulopatías y metástasis. A la exploración el útero está aumentado de tamaño, en el 50% de los casos, por encima de lo que correspondería al tiempo de amenorrea, de consistencia blanda, sin signos de actividad fetal a partir de la semana 12 y siempre que se trate de una mola total. El cuello está cerrado, con metrorragia en cantidad variable, y raramente se observa la expulsión de vesículas. Pueden haber quistes teca-luteínicos en ovario (40%) bilaterales, debido al estímulo de la B-HCG. La enfermedad trofoblástica maligna va a cursar con metrorragias por lo

general intensas, hay una elevación de la B-HCG y en la ecografía se objetiva la cavidad uterina con signos de ocupación atípica.

## **DIAGNÓSTICO**

Por la clínica, y pruebas complementarias como la determinación de la B-HCG y la ecografía. La determinación de la B-HCG se basa en que el trofoblasto produce la hormona gonadotropina coriónica, presentando cifras elevadas, y su cuantificación va a servir para diagnóstico, valorar el pronóstico, y el seguimiento postratamiento. La ecografía revela un útero aumentado de tamaño que no corresponde con la amenorrea, con ecos en su interior, puntiformes que corresponderían a las vesículas y que asemejan copos de nieve o panal de abeja. No se aprecia saco gestacional ni estructuras fetales y, en ambos ovarios se aprecian quistes teca-luteínicos como formaciones ováricas redondas, eonegativas, con múltiples tabiques en su interior.

## **TRATAMIENTO**

Hay que tratar las complicaciones como anemia, hipertensión, y alteraciones electrolíticas, coagulopatías, alteraciones cardio-respiratorias y preeclampsia, procediendo a evacuar la mola lo antes posible, con lo que se producirán menos malignizaciones. Esta evacuación se realiza mediante dilatación, y legrado por aspiración. Además se pauta profilaxis antibiótica y oxitócica. La histerectomía, con la mola en su interior, esta indicada en pacientes de edad superior a 40 años o en mujeres con más de tres hijos, ya que en ambos grupos se ha demostrado una mayor incidencia de malignización.

## CONTROL POSTEVACUACIÓN

- Tras la evacuación de la mola es preciso realizar controles de B-HCG semanal hasta su negativización, durante tres semanas, y tras esto una vez al mes, los primeros seis meses, y luego cada 2 meses, hasta completar el año.
- Exploración ginecológica y ecográfica a las 2 semanas tras evacuación y luego cada 3 meses. Durante este periodo será preciso prescribir anticoncepción a la paciente.
- Radiografía de tórax, a las 2 semanas tras evacuación, a los 6 meses y al año.
- Si los controles de B-HCG no se negativizan en 6 semanas o vuelven a ascender estaremos ante una enfermedad trofoblástica persistente o una enfermedad trofoblástica maligna. En ambos casos (enfermedad trofoblástica persistente o una enfermedad trofoblástica maligna) se suele tratar con quimioterapia a base de protocolos que incluyan el Metotrexate y la actinomicina D, alternos. Los resultados de este tratamiento son muy buenos, con una supervivencia del 80% en metástasis de alto riesgo y del 100% en las de bajo riesgo.

## COMPLICACIONES

Se pueden presentar problemas pulmonares después de una dilatación y legrado si el útero de la mujer es mayor al tamaño de 16 semanas de gestación.



## SÍNTOMAS

- Sangrado vaginal durante el embarazo en el primer trimestre de color marrón.
- Náuseas y vómitos que pueden ser tan intensos que requieren hospitalización.
- Crecimiento anormal en el tamaño del útero para la etapa del embarazo.
- Crecimiento excesivo en aproximadamente el 50% de los casos
- Crecimiento inferior a lo esperado en aproximadamente el 33% de los casos.
- Síntomas similares a los de la preclampsia que ocurren en el primer trimestre o a comienzos del segundo (esto casi siempre es indicio de mola hidatiforme, ya que la preclampsia es extremadamente rara tan temprano en los embarazos normales)
- Un examen pélvico puede mostrar signos similares a los del embarazo normal, pero el tamaño del útero puede ser anormal y no haber signos de sonidos cardíacos fetales. Además, puede haber algún sangrado vaginal.

## Los exámenes pueden abarcar:

- Gonadotropina coriónica humana en suero (cuantitativa)
- Ecografía de la pelvis.
- Radiografía de tórax.
- TC o IRM abdominal.
- Ecografía transvaginal.

## **NIVELES DE GONODOTROPINA**

### **Mujeres no gestantes y hombres: menos de 5 mIU**

- \*1a 2 semanas de embarazo: 5 a 25
- \*3a 4 semanas de embarazo: 9 a 130
- \*4a 5 semanas de embarazo: 75 a 2000
- \*5a 6 semanas de embarazo: 850 a 20800
- \*6a 7 semanas de embarazo: 4000 a 100200
- \*7a 12 semanas de embarazo: 11500 a 289000
- \*12<sup>a</sup> 16 semanas de embarazo: 18300 a 137000
- \*16a 29 semanas de embarazo: 1400 a 53000
- \*29 a 41 semanas de embarazo: 940 a 60000<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> . Asch RH, Fernández EO, Pauerstein CJ. Inmunodetection of a human chorionic gonadotropin-like substance in human. Fértil Steril 1978.

Historia Obstétrica

ETG

Concepción

Gestación

Resultado

ectópico

aborto

parto

No molar

MOLA HIDATIFORME

No molar

Destino del trofoblasto veloso (o del lecho placentario)

Resolución

PERSISTENCIA

Resolución

Tumor trofoblástico gestacional

MOLA INVASIVA

CORIOCARCINOMA

METÁSTASIS

TUMOR D EL LECHO PLACENTARIO

Evolución de los productos de la concepción <sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Abarca L, Madueño FJ, Alonso S et al. Tumor trofoblástico de asiento placentario. Descripción de 2 casos. Prog Obst Gin 1995; 28: 344-7.

### ANEXO 3 TECNICA DE LEGRADO POR ASPIRACIÓN

Método	Instrumentos y Medicación	Requerimientos físicos
Aspiración al vacío	-Instrumentos y suministros médicos y ginecológicos básicos (por ejemplo espéculos, pinzas de aro, solución antiséptica, gasas o hisopos, guantes, tenáculo).	- Instrumentos y medicación
		- Área privada para orientación
		- Área de tratamiento limpia que ofrezca privacidad
	- Dilatadores mecánicos, o misoprostol para dilatación cervical	- Mesa de examen con soporte para las piernas o estribos
		- Cama
	- Agujas y anestesia local para bloqueo paracervical	-Agua limpia.
		-Luz potente
	-Analgésicos	- Suministros para la limpieza y descontaminación y desinfección de los instrumentos de alto nivel
- Succión: aspiración al vacío manual o eléctrica.		
- Cánulas: flexibles o rígidas, anguladas o rectas de diferentes tamaños.	- Recipiente para material descartable incluido guardián.	
	- Recipiente para materiales cortopunzantes (guardián)	
- Coladera y recipiente de vidrio para la inspección del tejido	- Baños adecuados	
Métodos médicos de IVE	- Instrumentos y suministros médicos y ginecológicos básicos	- Área privada para orientación
	-Dependiendo del protocolo utilizado:	- Cuando está indicada la observación, Área privada con sillas para esperar la expulsión que esté separada de aquella donde las mujeres están dando a luz.
	-Mifepristone o misoprostol o gemeprost	- Baños adecuados
	-Analgésicos	- Capacidad de realizar aspiración al vacío o referir
	- Recipiente de vidrio para la inspección del tejido en caso de <sup>5</sup> que la mujer decida permanecer en la clínica	
D & E	-Todos los puntos enumerados	-Todos los puntos enumerados

<sup>5</sup> Salud .gov.mx/.unidades/dgces/perd/2dia –panel2-rubenramirez.pss

	para la aspiración al vacío y:	para la aspiración al vacío y:
	-Dilatadores y cánulas más grandes	
	-Pinzas especiales (por ejemplo, Sopher o Bierer) para procedimientos tardíos	
	- Oxitocina	

## ANEXO 4

### DEFINICION DE AMEU

1. **ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA (AMEU)** Definición: Método por el cual el contenido uterino es evacuado a través de una cánula
2. **AMEU** es uno de los procedimientos médicos más seguros y eficaces.v tasas de complicaciones extremadamente bajas.v índices de eficacia de

98%, con costo bajos y además, la AMEU puede ofrecer mayor seguridad que el LIU.

3. **INDICACIONES DE AMEU** Tratamiento del aborto incompleto con altura uterina a 12 cm y dilatación cervical menor o igual a 2 cm. En caso de mola hidatiforme y Aborto es uno de los tratamientos más seguros
4. **CONTRAINDICACIONES** Falta de destreza para el manejo del procedimiento tamaño uterino mayor de 12 cm. o dilatación y aborto incompleto o diferido con antibiótico previo y cervical mayor a 2 cm. Aborto séptico sin tratamiento o en caso de mola hidatiforme

#### **CARACTERISTICAS DEL AMEU**

- Jeringa de 60ml portátiles facilitan la atención en primer nivel.
- Aro de seguridad.
- Embolo con asa y un anillo- 0.
- Válvula con par de botones que controlan el flujo (24-26).

#### **REUTILIZABLE**

- Soluciones químicas.
- Esterilización en autoclave.
- Fácil mantenimiento en consultorio y hospitales.

#### **TAMAÑO DE LAS CANULAS**

- Las cánulas vienen en tamaño de 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 y 12mm.
- Las de 4 y 8 tienen dos aberturas en lado opuesto.
- Las más grandes de 9, 10 y 12mm tienen una sola abertura de mayor tamaño para permitir la extracción de tejido de mayor grosor.

### **ANEXO 5 EDUCACIÓN DE LA MUJER**

**Manejando la pérdida** Para muchas mujeres, la curación emocional requiere de mucho más tiempo que para la curación física. Los sentimientos de pérdida

pueden ser intensos. Aún cuando el embarazo acabó muy temprano, el sentido de unión entre una mujer y su feto puede ser fuerte.<sup>6</sup>

El pesar puede involucrar una gama amplia de sentimientos. Usted puede intentar buscar la causa de por que su embarazo terminó. Puede culparse. Puede tener dolores de cabeza, perdida de apetito, sentirse cansada o problemas para concentrarse o dormir. Sus sentimientos de pesar pueden diferir de los de su compañero. Usted es la que ha sentido los cambios físicos del embarazo. Su compañero también se puede afligir, pero él no puede expresar sus sentimientos de la misma manera que usted lo hace. Él puede sentir que él tiene que ser fuerte para los dos y no puede compartir su dolor y desilusión con usted. Esto puede crear tensiones entre los dos, cuando usted necesita más de él. Si están teniendo problemas con esta pérdida, hable con su doctor. Usted también puede encontrar ayuda hablar con un consejero. Finalmente... No se culpe de la pérdida del embarazo. En la mayoría de los casos probablemente no se puede prevenir. Perder un embarazo no significa que una mujer no puede tener más niños o que hay algo malo con su salud. La mayoría de las mujeres que abortan puede tener un embarazo saludable después. La curación emocional es tan vital como la curación física. Afligirse le permite aceptar esta pérdida dolorosa y seguir con su vida. Un psicólogo puede ayudarlos a usted y a su compañero si no puede tratarse de estos sentimientos solos. Usted debe permitir tiempo para la Curación física y emocional antes de intentar embarazarse de nuevo su doctor puede darle orientación.

## **ANEXO 6**

### **MODIFICACIONES FISIOLÓGICAS DURANTE EL EMBARAZO**

El embarazo es un proceso fisiológico en el cual se ponen en marcha unas modificaciones que son necesarias.

---

<sup>6</sup> Salud .gob.mx/.unidades/dgces/perd/2dia –panel2-rubenramirez.pss

- Para que se pueda desarrollar el feto.
- Son necesarias para que se pueda producir el parto.
- Para que se pueda llevar a cabo la lactancia.

## **EN EL APARATO REPRODUCTOR**

### OVARIOS

- Se produce una anovulación.
- Se para el crecimiento folicular.
- El cuerpo lúteo gravídico continúa funcionando durante 2-3 meses y esto es importante ya que así el cuerpo gravídico produce un aumento de progesterona (básica para el desarrollo de la gestación) y estrógenos.

Es importante que el cuerpo luteo continúe funcionando hasta que la placenta llega a su estado de maduración.

Entonces tiene una producción hormonal normal por lo tanto el cuerpo luteo va dejando de funcionar, recibe el nombre de cuerpo albican y queda una cicatriz en el ovario.

### UTERO

Es un órgano importante porque contiene todo el producto de concepción: Feto, placenta, membrana, cordón y líquido amniótico.<sup>7</sup>

Otra función que tiene es que es el responsable de las contracciones para impulsar el feto al exterior.

---

<sup>7</sup> [http://es.wikipedia.org/wiki/Enfermedad\\_trofobl%C3%A1stica\\_gestacional](http://es.wikipedia.org/wiki/Enfermedad_trofobl%C3%A1stica_gestacional)



Se va modificando durante el embarazo, lo principal es que aumenta de tamaño gracias a una hipertrofia celular.

Mujer no embarazada su tamaño es de 10ml (mandarina).

Mujer embarazada su tamaño es de 5000ml (manzana).

Esto es debido a mecanismos hormonales (sobre todo estrógenos) también debido a que la placenta y el feto se desarrollan.

A partir de las 24 semanas las mujeres pueden sentir contracciones de BRAXTONHICKS, se contrae la parte muscular del útero, son indoloras, transitorias y son rítmicas (caprichosas). Se producen porque el útero frente al agrandamiento del feto reacciona con contracciones. Gracias a las hormonas no son fuertes como para expulsar al feto.

Mas adelante, hacia el final del embarazo las contracciones se vuelven mas regulares mas intensas, disminuye el espacio entre ellas.

## **AYUDA A CAMBIAR LA SITUACIÓN PARA EL PARTO, MODERAR LAS CONDICIONES:**

- Cuello uterino.
- Hay un poco de dilatación.
- Feto va hacia abajo.

Y así la mujer en el parto ya tiene trabajo hecho, ejercicio físico, trabajo de noche puede aumentar las contracciones, aumento del tamaño de útero por aumento del flujo sanguíneo.

### CUELLO UTERINO

Desde las primeras semanas de gestación:

- Aumenta la coloración (violáceo).
- Es mas blando.
- Hay hipertrofia a nivel del cuello.
- Se forma el tapón mucosa, que es mas espeso para proporcionar una protección al útero frente a gérmenes patógenos tanto en la mujer como en el feto.

Debido a la influencia de hormonas las células la cerviz o cuello uterino se hipertrofian y también se acumula tejido conjuntivo de manera que este cuello se vuelve mas elástico, y esto durante el parto hará que el cuello se vaya abriendo y dilatando

### VAGINA

Las primeras semanas de gestación se observa una coloración (violácea, roja intensa) debido al aumento de irrigación.

- Aumenta su acidez con lo cual disminuye su PH, con lo cual protege de gérmenes.

## MAMAS

Durante el embarazo, se van preparando para la lactancia.

Aumenta la coloración del pezón este se vuelve marrón porque se aumenta su pigmentación, también se vuelven más sensibles.

A partir de las 10 semanas puede aparecer calostro (primera leche materna) de características: Cremosa, amarillenta, puede variar, o aparece como no aparece.

### **En la piel:**

Aumenta la coloración.

Cloasma gravídico o alas de mariposa: Características de la embarazada debido al aumento de estrógenos, se distribuye en frente, pómulos y barbilla, también aparece en mujeres que toman anticonceptivos orales por las hormonas.

Aumento de la pigmentación en la zona de la línea alba (va desde el ombligo al pubis), vulva, perineo, pezón.

También puede aparecer eritema palmar, se caracteriza porque toda la palma se vuelve roja.

También aparecen atelangiectasias (arañas vasculares), estrías sobre todo en el abdomen, muslos etc. estas pueden ser:

- Profundas: Son debidas a una mala calidad de la piel o debidas a que la piel tiene poco colágeno.

- Superficiales son debidas a una mala hidratación de la piel.

Pueden aparecer en el ultimo mes de gestación, durante el embarazo tienen un color rosado, después del parto son más blancas.

### **Sistema músculo esquelético**

El embarazo es un proceso, en el cual el desarrollo del feto se hace en poco tiempo, lo cual complica que la mujer cambie su eje de gravedad con lo cual ocasiona lordosis a nivel de las lumbares, con molestias importantes en la espalda, se les recomienda no llevar zapato alto, fajas maternas que aguanten el peso de la barriga, aumentar la movilidad de las articulaciones, concretamente de la sacro-iliaca, sacro-coxigeo y de la sinfisis púbica (todas tienen que ver con la mecánica del parto).

Se produce una diatosis abdominal (se separan los músculos abdominales por ello no es recomendable hacer ejercicios abdominales).

### **Sistema cardiovascular**

Se ha de tener en cuenta:

- Aumento del volumen sanguíneo.

- Se produce un aumento del volumen corporal debido al desarrollo del feto, esto ocasiona un mayor trabajo cardiaco y esta situación en una mujer sana no pasa nada, pero en una mujer cardiópata puede ocasionarle problemas.

## **Modificaciones hematológicas**

Cabe destacar que el volumen sanguíneo está aumentado de 700-1000ml desde el inicio del embarazo siendo mayor en el segundo mes de gestación, es debido a la influencia hormonal y retención de líquidos.

Hay que tener en cuenta:

- Que este aumento de nivel se produce a nivel del plasma.
- Los hts. Están aumentados de tamaño, pero en número son menos, esto hace que el recuento de la fórmula en el hto está bajo, lo que se llama anemia fisiológica del embarazo, aunque actualmente no se considera anemia fisiológica sino hemodilución.

La hemoglobina 11gr/dl.

Hto. 34 o superior.

A todas las mujeres embarazadas se les da sistemáticamente hierro, ya que con la dieta no se cubren las necesidades de hierro.

## **Modificaciones aparato respiratorio**

Se produce una hiperventilación que es fisiológica, y lo frecuente es tener disnea sobre todo al final del embarazo, ya que se oprime el diafragma y este a los pulmones.

## **Modificaciones aparato digestivo**

Se produce una sialorrea (aumento de saliva) esta se vuelve más ácida por lo cual es importante que se lave la boca después de cada comida.

Pueden aparecer gingivitis, que sangran y se le recomienda tomar Vit C.

Hay alteraciones en la apetencia de un determinado alimento.

Durante el embarazo debido a una influencia hormonal hay una relajación del cardias lo que puede ocasionar reflujos de las secreciones del estómago, y que produzcan pirosis, cuya solución es hacer una dieta blanda.

Hay una disminución del peristaltismo, con lo cual aparece estreñimiento.

### **Modificaciones aparato urinario**

Hay aumento de la diuresis.

Discreta glucosuria fisiológica.

Discreta proteinuria fisiológica.

Los tejidos del aparato urinario se distienden y se vuelven más atónicos, lo que ocasiona infecciones altas y bajas por retención urinaria.

### **Modificaciones metabólicas**

El embarazo es una situación diabetógena (aumentan las glicemias) ya que la hormona lactogena placentario aumenta (HPL) disminuye la sensibilidad de la insulina con lo cual hay hiperglicemia.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> [http://es.wikipedia.org/wiki/Enfermedad\\_trofobl%C3%A1stica\\_gestacional](http://es.wikipedia.org/wiki/Enfermedad_trofobl%C3%A1stica_gestacional)

## Gonadotropina

La **gonadotropina** o **gonadotrofina** es una hormona secretada por la glándula pituitaria. En la mujer, estimula el crecimiento del folículo ovárico que contiene el óvulo. La concentración de la hormona estimulante del folículo (HFE o FSH) es máxima en la primera parte del ciclo, durante las primeras etapas de desarrollo del folículo. En el varón, la FSH es esencial para la espermatogénesis (formación de espermatozoides).

Una de las funciones principales de la gonadotropina coriónica humana (GCH o HCG) (químicamente una glicoproteína) es administrar los factores nutricionales y estimular cantidades necesarias de otras hormonas. Es una hormona que se sintetiza en el cerebro, manifestando diferentes funciones en la mujer y en el hombre. Es producida por células trofoblásticas (del sinciciotrofoblasto) de la placenta de la mujer durante el embarazo; aumenta su concentración en la sangre y en la orina de la mujer poco tiempo después de la implantación, y su presencia sirve para realizar pruebas de diagnóstico de embarazo. También utilizan para mencionarla las siglas HCG (derivadas de su nombre en inglés: Human Chorionic Gonadotropin).

La HCG es la base histórica y actual del diagnóstico de embarazos, su diferenciación de los falsos embarazos que pueden constituirse en tumores, así como del diagnóstico del cáncer de próstata.

La HCG estimula la maduración del óvulo y en los varones la producción de testosterona dentro de los testículos. Una de las funciones más importantes es la de prevenir la involución normal del cuerpo lúteo al final del ciclo sexual femenino. El cuerpo lúteo, además de secretar esta hormona, secreta progesterona y estrógenos. Todos los tratamientos con GCH en hombres y en mujeres deben ser supervisados por el médico especialista,

para evitar posibles interacciones. Existen dos formas de valorar la presencia de GCH en el laboratorio: en sangre y en orina.

-Los años de función reproductiva de la mujer se caracterizan por cambios rítmicos en las tasas de secreción de las hormonas femeninas y por cambios correspondientes en los órganos sexuales. Las funciones sexuales y reproductivas en la mujer pueden dividirse en dos fases principales: la primera es la preparación del cuerpo para la concepción, la segunda es el periodo de gestación o embarazo.

Durante el periodo de gestación en la mujer se producen grandes cantidades de estas hormonas: gonadotropina coriónica humana, estrógenos, progesterona y somatomotropina coriónica, ya que sus niveles son esenciales para la supervisión del embarazo.

Una función principal de la gonadotropina coriónica humana (GCH) consiste en administrar los factores nutricionales y estimular cantidades necesarias de otras hormonas para mantener en óptimas condiciones el endometrio y la cavidad uterina, lo que, en caso de no haber concepción o cantidad insuficiente de esta hormona, se perdería en forma de líquido menstrual.

La HCG tiene otras aplicaciones diagnósticas, aparte del monitoreo del periodo de gestación y sus consecuencias después de éste. También se utiliza como un marcador tumoral en diferentes padecimientos neoplásicos en la mujer y en el hombre.

Existen diferentes métodos cuantitativos de laboratorio para determinar la presencia y niveles de ésta hormona, ya que con los años se han actualizado y purificado para el estudio, valoración y diferenciación de diversos diagnósticos.



Definitivamente el patrón de estudio de esta hormona es de gran importancia, ya que nos proporciona aspectos clínicos importantes durante las diferentes etapas de la naturaleza del hombre y de la mujer.

La **gonadotropina coriónica humana (GCH- $\beta$ )** es una hormona sintetizada en el *cerebro* y en la placenta en las mujeres embarazadas con diferentes funciones en hombres y mujeres: En la mujer estimula la maduración del óvulo y en el hombre la producción de testosterona en los testículos.

#### **Para qué se utiliza**

En el campo de la esterilidad, Tratamiento del sangrado excesivo durante la menstruación y de la amenaza de aborto, Tratamiento de la criptorquidia (bajo desarrollo de los testículos con déficit en la producción de espermatozoides).

#### **Cómo se utiliza**

Existen comercializadas formas inyectables de gonadotropina coriónica (viales y ampollas).La administración se realiza por inyección en el músculo (intramuscular).La dosis adecuada de gonadotropina coriónica puede ser diferente para cada paciente. Normalmente se administra en combinación con otras hormonas como la hormona folículo estimulante.

## **Dosis**

Dosis usual intramuscular en el tratamiento de la esterilidad femenina:

- 7500-10000 UI de gonadotropina coriónica.

En caso de que no se produzca respuesta del ovario o se produzca ovulación sin embarazo puede repetirse el tratamiento varios ciclos.

Dosis usual intramuscular en el tratamiento de la esterilidad masculina:

- 500 UI de gonadotropina coriónica al día o cada 2 días administrado en ciclos de 120 días (periodo de formación de los espermatozoides).

Dosis usual intramuscular en el tratamiento de la criptorquidia:

- 500 UI de gonadotropina coriónica a días alternos durante 6 semanas.

Dosis usual intramuscular en el tratamiento del sangrado excesivo durante la menstruación:

- 1000 UI de gonadotropina coriónica a partir del día 15 del ciclo menstrual.

Dosis usual intramuscular en el tratamiento de la amenaza de aborto:

- 5000-10000 UI de gonadotropina coriónica al día hasta que desaparezca la amenaza de aborto, continuando con 1000 UI 2 veces por semana.

### **Precauciones**

Este medicamento debe administrarse con especial precaución en caso de padecer quistes en el ovario o fibroma en el [útero].

Mientras esté en tratamiento con gonadotropina coriónica debe acudir periódicamente a su médico para controlar la evolución del tratamiento y los posibles efectos adversos. En los hombres tratados con este medicamento se puede producir retención de líquidos. Se debe tener especial precaución en los pacientes con asma, dolores de cabeza, hipertensión, epilepsia, enfermedad del riñón o enfermedad del corazón.

En las mujeres tratadas con este medicamento se debe controlar periódicamente el nivel de estrógenos en sangre. En las mujeres que tengan tratamiento con gonadotropina coriónica para quedar embarazadas es importante medir todos los días la temperatura basal para detectar cuándo se produce la ovulación (punto de máxima fertilidad). Este medicamento se puede emplear en niños para tratar la criptorquidia. Puede producir un desarrollo sexual precoz.