



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A UNA PACIENTE CON
ENFERMEDAD TROFOBLASTICA GESTACIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA
Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

VERONICA TAPIA LEYVA.

NÚMERO DE CUENTA:

405119873

DIRECTORA DEL TRABAJO:

PROFESORA MARGARITA GONZÁLEZ VAZQUEZ.

México, Marzo 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS.

Agradezco a **DIOS**, porque me da la oportunidad de continuar disfrutando de la vida, pero sobre todo de mi familia.

A **Germán** que me ha tenido paciencia,
Que me apoya en todos mis proyectos.
A ti que eres uno de mis motores, mil gracias.

A mis hijos, perdón por esos momentos que les he robado y no he convivido con ustedes. Ustedes que son el gran motor que me impulsa a seguir, gracias por ser mis hijos:
Aldo, Saúl y Yael.

A mis **padres** gracias por su amor incondicional.

Profesora Margarita gracias por el apoyo, tolerancia y disposición que ha tenido conmigo para la elaboración de este trabajo, agradezco el tiempo invertido.

INDICE.

	Pág.
1. Introducción.	4
2. Objetivos.	5
3. Metodología.	6
4. Marco Teórico.	8
4.1. Historia de la Enfermería.	8
4.2. Marco conceptual en el área de enfermería.	10
4.3 Proceso atención enfermería.	11
4.4 Modelo de Virginia Henderson.	20
5. Aplicación del Proceso Atención de Enfermería.	24
5.1 Ficha de Identificación.	24
5.2 Presentación del Caso Clínico.	25
5.3 Desarrollo del Proceso Atención de Enfermería basado en las 14 Necesidades básicas de Virginia Henderson.	27
6. Conclusiones.	45
7. Referencias Bibliográficas.	47
8. Anexos.	48
8.1 Instrumento de valoración.	48
8.2. Enfermedad Trofoblástica gestacional.	59

1. INTRODUCCIÒN.

El proceso de atención de enfermería es el modelo predominante de investigación clínica para la enfermera profesional; sirve de enlace del conocimiento científico, la investigación, la teoría y las aplicaciones del conocimiento al que hacer profesional. Es un método para interconectar las bases de ciencia con las acciones clínicas del profesional. El uso del proceso de enfermería contribuye a garantizar la calidad del cuidado que ofrece, y la razón principal para el uso de este método es que se evidencia un mayor grado de interacción entre la enfermera y el usuario.

El siguiente trabajo es un proceso atención enfermería basado en el Modelo Enfermero de Virginia Henderson, aplicado a una persona con enfermedad trofoblástica gestacional, con lo que se analizan, detectan y jerarquizan las necesidades de la persona siguiendo cada una de las etapas del proceso enfermero basados en este modelo.

2.- OBJETIVO GENERAL:

- Valorar e Identificar a través del Proceso Atención de Enfermería la priorización de problemas reales y potenciales de acuerdo a las necesidades básicas de Foida en base al Modelo de Virginia Henderson.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Establecer una atención integral e individualizada, continua y de calidad a través del Proceso Atención de Enfermería.
- Identificar oportunamente posibles complicaciones a través de la enseñanza.
- Planear y ejecutar las intervenciones de Enfermería que contribuyan a mejorar el estado de salud de Foida.
- Reducir el estado de preocupación y angustia a través de charlas amenas para mantener a Foida ocupada.
- Aumentar el afrontamiento en forma positiva y optimista.

3. METODOLOGÍA.

El presente trabajo se desarrollo de acuerdo a las siguientes etapas:

1. Etapa de valoración: esta etapa incluyo varios aspectos:
 - Recolección de datos acerca del padecimiento actual de la paciente, su estado de salud física, emocional, comunicación verbal y corporal, así como del ambiente entorno a la paciente. La recolección de datos se obtuvo a través de la exploración física, observación y entrevista a Foida.
 - La valoración inicial se realizó en el día 10 de septiembre del 2007, en el Hospital Regional de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el servicio de sala de labor en el cual la paciente se encontraba hospitalizada.
 - Posteriormente se realizaron 2 entrevistas mas al servicio de ginecología y obstetricia, servicio en el cual se encontraba en recuperación, cada visita con una duración de 3 horas.
 - En la primera visita se entrevisto a la paciente para obtener datos generales, se realizo exploración física.
 - se aplico instrumento metodológico de Virginia Henderson, instrumento que se anexa a este trabajo.(ANEXO 1) (septiembre 11 del 2007)

Material y equipo.

Instrumento metodológico de Virginia Henderson.

Baumanometro.

Estetoscopio.

Termómetro.

Reloj con segundero.

Cinta métrica.

Libreta de notas y lapicero.

2. Conclusión diagnóstica: de acuerdo a los problemas detectados se integro una conclusión diagnóstica para indicar independencia, parcial dependencia o dependencia.(12 de septiembre del 2008)
3. Ordenamiento y jerarquización, planificación y ejecución: una vez que se obtuvo la información anterior se llevo a cabo la etapa de ordenamiento y jerarquización de las necesidades de Foida, para poder llevar a cabo el plan de cuidados, donde se expresaron los objetivos, las intervenciones de enfermería y la fundamentación científica para cada una de ellas. Posteriormente se ejecutaron las acciones con los recursos y materiales ya mencionados en la etapa anterior.
4. Etapa de evaluación: se finalizo esta etapa, verificando el cumplimiento de los objetivos, la evolución y desarrollo del proceso y la satisfacción de la paciente. La evaluación se llevo a cabo en diferentes momentos después de la ejecución de las intervenciones. (12 de septiembre del 2008)

4. MARCO TEÓRICO

4.1.HISTORIA DE LA ENFERMERÍA

“Durante la primera mitad del siglo XX hubo numerosos factores que impulsaron el progreso de la Enfermería; dos guerras mundiales, la auto organización de las enfermeras, la legislación general de la Enfermería, los problemas de bienestar social, el apoyo a las disciplinas de salud por parte de fundaciones nacionales y las complejidades de la medicina. En la segunda mitad del siglo otros movimientos determinaron nuevos cambios en los cuidados de salud y la Enfermería; por ejemplo la creciente concientización y exigencia del paciente de recibir cuidados de salud de calidad, cambios en los modelos de trabajo, el progreso de la salud pública, el desarrollo de organizaciones de salud tanto voluntarias como gubernamentales y la lucha por la igualdad de derechos de la mujer. Todos estos factores combinados con las fuerzas internas de la Enfermería para aumentar su concientización, han moldeado el papel de la enfermera y la Enfermería”.¹

Por otro lado el descubrimiento de nuevos fármacos, nuevas técnicas y tecnología han acrecentado las responsabilidades de las enfermeras y ha obligado a introducir modificaciones radicales en los cuidados de Enfermería.

El cuidado del paciente de hoy plantea retos diferentes a los que tuvo que plantear Florence Nightingale, puesto que las enfermeras actuales se les exige efectuar tareas que antaño realizaron los médicos, por lo que la responsabilidad obliga a mantenernos a la vanguardia.

¹ Donahue M. Patricia. Historia de la Enfermería. Editorial: Elsevier; 2ª ed. Madrid:Hancourt; año 1990.p. 435-78

“A lo largo del siglo XX hubo periodos de escasez dentro de la Enfermería. Muchas enfermeras dejaron de trabajar para dedicar su tiempo a responsabilidades familiares. Otras no volvieron a la práctica como respuesta a un sistema autoritario y paternalista en el que ellas no tenían ninguna participación en las planificaciones y en la toma de decisiones. Se negaron a participar en una estructura laboral que ofrecía pocas recompensas, muchas horas, trabajo físico arduo y salarios muy bajos”²

Durante la segunda guerra mundial surge la necesidad de unidades especiales para el cuidado del paciente. Este desarrollo de unidades de tipo específico, aunque resultaba ventajoso en muchos aspectos, obliga a contar con algún tipo de Enfermería especializada, lo cual contribuyo a acentuar todavía más la carencia de profesionales.

Por otro lado se hizo evidente la necesidad de un enfoque distinto de los cuidados de Enfermería, uno que proporcionara tanto calidad como atención integral al enfermo.

En los años sesenta se inicio un movimiento para acortar las distancias entre la enfermera profesional y el paciente. Dicho movimiento comienza en 1963 con la ideología de Lidia May cuya finalidad era proporcionar cuidados de Enfermería continuos y de calidad con el fin de favorecer la curación, prevenir las complicaciones, promover la salud y evitar las recaídas de las nuevas enfermedades.

² *Ibidem.*

Los cuidados de Enfermería los imparten exclusivamente enfermeras profesionales en un contexto que fomenta el traslado del paciente del hospital al hogar. La enfermera es el factor primordial en el cuidado de los pacientes y coordinadora de los esfuerzos combinados del enfermo, la familia y los suyos propios para resolver los problemas que pudieran obstaculizar la recuperación total.

No fue hasta los años sesenta cuando empezó a hacerse realidad la meta combinada del cuidado de Enfermería por parte de enfermeras profesionales y el cuidado integral (enfoque holístico) con la aparición de la Enfermería primaria.

Los cuidados de Enfermería primaria asumen la responsabilidad de toda la gama de funciones, incluyendo la educación, consulta, cuidados exhaustivos y continuos; planificación y valoración de los cuidados, documentación del progreso, planificación del alta y remisión a los servicios e instituciones secundarias.

“De las enfermeras actuales se espera que hagan demasiadas cosas para tanta gente y que funcionen en una gran variedad de contexto. Deben ser excelentes cuidadoras, investigadoras capacitadas, eruditas y pensadoras basadas en el razonamiento científico y lógico. Se están dirigiendo lenta pero firmemente hacia una meta de tratamiento más racional para todas las personas dentro de una estructura que no siempre las apoya”³

4.2. MARCO CONCEPTUAL EN EL ÁREA DE ENFERMERÍA.

La necesidad de contar con teorías de Enfermería y poder desarrollarlas fueron cuestiones destacadas en la década de los setenta. Surgieron varias teorías y esquemas conceptuales merced al esfuerzo de personas como la hermana

³ *Ibidem.*

Callista Roy, Martha E. Rogers, Imogene M. King, Dorotea E. Orem y Margaret A. Newman.

La Enfermería al ser una profesión que está emergiendo, está involucrada en la identificación de su base única de conocimiento, esto es, el conocimiento esencial para la práctica de la Enfermería o también llamada ciencia de la Enfermería.

Una teoría se constituye de conceptos y proposiciones, explica con detalle los fenómenos a los que se refiere; su principal objetivo es generar conocimientos en un determinado ramo.

La profesionalidad y el deseo de conseguir estatus colegiado con otros profesionales de la salud han originado la necesidad de un modelo conceptual como una forma de disciplina que incluye un lenguaje común y comunicable a otros ya que son consideradas profesionales de la salud; las enfermeras deben establecer cuál es su rol dentro del equilibrio interdisciplinario.

Otros conceptos influyen en la profesión y determinan su práctica: persona que recibe cuidados, el ambiente en que ésta vive, el grado de salud en el momento de la interacción y la actuación de la enfermera. El conjunto de estos conceptos constituyen el paradigma de Enfermería.

El paradigma de Enfermería representa la línea más general de ésta disciplina, su unidad o marco, describe los fenómenos sobre los que se debe basar y regir en forma única.

4.3 PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA

“El Proceso Atención de Enfermería es el método mediante el cual se aplica un sistema de teorías para la práctica de la Enfermería. Se trata de un enfoque deliberativo para la resolución de problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales y va dirigido a cubrir las necesidades de la persona o del sistema familiar. El Proceso Atención de Enfermería consta de cinco etapas sucesivas e interrelacionadas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación. Estas etapas integran las funciones intelectuales de la resolución del problema en un intento por definir las acciones de Enfermería”⁴

4.3. 1. Definición del proceso atención Enfermería

El Proceso Atención de Enfermería es un sistema basado en reglas y principios científicos durante la planeación y la ejecución de la atención de Enfermería a las necesidades y problemas de salud de un individuo, familia o comunidad, así como la evolución de los resultados Obtenidos.

4.3.2. Objetivo del proceso de atención de Enfermería

El objetivo principal del Proceso Atención de Enfermería es constituir una estructura que puede cubrir, individualizar las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

El Proceso Atención de Enfermería requiere del desarrollo de una relación terapéutica entre el personal de Enfermería, el paciente y sus familiares no solamente en estado de enfermedad y en el aspecto biológico; más bien esta relación debe abarcar al individuo sano en su ámbito familiar y comunitario de manera integral.

⁴ Taptich B.J.Iyer P.W. Diagnóstico de Enfermería y planeación de cuidados. Editorial: Interamericana-McGraw Hill. Primera ed. en español. México, D.F.; año 1992. p.257-6

4.3.3. Utilidad del proceso atención Enfermería

El Proceso Atención de Enfermería tiene para los enfermeros, independientemente del rol y campo en que se desempeñan, numerosas ventajas. Entre estas se pueden reconocer beneficios con relación a:

La Calidad.

El uso del Proceso Atención de Enfermería contribuye a garantizar la calidad del cuidado que se ofrece. Esta, que es la razón primaria para el uso de este método, se evidencia cuando en todas las etapas se promueve un mayor grado de interacción entre el enfermero y el usuario.

La Acreditación.

El Proceso Atención de Enfermería contribuye también a aumentar la acreditación del profesional de Enfermería. Somos conscientes que la Enfermería tiene en la actualidad algún grado de reconocimiento social pero no el grado en que se desearía.

Una profesión es reconocida socialmente cuando los usuarios aprecian en el grupo que la practica un servicio de utilidad y único para ellos; identifican a esos profesionales por los servicios muy particulares que pueden prestar.

La Administración.

El Proceso Atención de Enfermería también favorece la administración del cuidado de Enfermería. Entendiéndose de dos maneras:

- La administración del cuidado directo: Le permite a la enfermera encargada del cuidado directo identificar problemas ya sean individuales o de grupos de pacientes con la misma patología y tratamientos así como prescribir acciones de Enfermería individualizadas o planes estandarizados.
- La administración del servicio para el cuidado: Considera la organización del servicio y sus recursos para garantizar el cuidado de todos los sujetos inscritos en el mismo.

El Proceso Atención de Enfermería es una fuente inagotable de información ya que por medio de los diagnósticos y planes de los registros sucesivos es posible conocer la evolución del estado del paciente, reconocer la complejidad de su cuidado y así determinar personal, recursos materiales, tiempo, espacios, comunicaciones, estrategias, etc. Para garantizar el servicio concreto que la persona requiere.

La Investigación.

Los modelos y teorías de Enfermería ofrecen múltiples posibilidades para la investigación, los enunciados que se formulan al interrelacionar conceptos de los modelos que dan origen a las hipótesis cuya comprobación o rechazo se cumple en el escenario de la práctica.

Esta metodología puede ir más allá de este primer nivel cuando se aplica a teorías y el campo de los fenómenos que maneja el proceso se expande para incluir factores familiares, comunitarios, sociales y ocupacionales que afectan el estado de salud al usuario y su sistema de apoyo inmediato. Investigaciones a nivel aún más avanzadas podrán aplicar el conocimiento mediante el uso de un proceso investigativo clínico especializado el cual forma parte del Proceso Atención de Enfermería.

La Docencia.

Las instituciones que se comprometen con la enseñanza de Enfermería, están comprometidas a utilizar el campo de práctica y la metodología que más caracteriza a los profesionales que egresan de ella. En esencia, el actuar de Enfermería se identifica con la forma lógica que el proceso de evolución de problemas ofrece y lo convierte en proceso propio de Enfermería cuando al interactuar con el usuario interpreta la visión particular de Enfermería.

Es un instrumento ideal para dirigir los trabajos en la experiencia clínica para ilustrar la entrega de turno en un servicio con base en diagnóstico.

Cada etapa por si misma se presta a la enseñanza de contenidos, habilidades y motivaciones que el profesor tiene que desarrollar en los estudiantes.

Participación en Empresas Promotoras de Salud.

Los cambios que se dan en la forma de prestación de servicios de salud en el país, hace evidente la necesidad de que profesionales de Enfermería definan concretamente los servicios que puedan ofrecer sean estos de agencias manejadas por ellos mismos o a manera de paquete de servicios dentro de una atención más globalizada que las compañías de servicios de salud prepagada pueden ofrecer.

Los profesionales pueden ofrecer:

- Valoración integral de respuestas humanas a la salud y a la enfermedad.
- Diagnósticos de problemas que Enfermería identifica como reales o potenciales a que pueden ser solucionados con acciones propias de su campo.
- Planes de intervención para problemas seleccionados.

- Acciones o interacciones directas con los usuarios o su familia a fin de desarrollar ayudas adecuadas para el paciente.
- Acciones concretas en la familia misma como usuarios cuando esta se considera como foco de atención.
- Acciones concretas en grupos en la comunidad.
- Garantizar registros de Enfermería para control del progreso del paciente con fines clínicos y legales.
- Evaluación del cuidado brindado por ella misma, su grupo y evaluación de resultados alcanzados en el usuario, su familia o grupos de usuarios.

Ejercicio Independiente.

Con lo anterior será posible clarificar el aporte hecho por Enfermería dentro de un grupo de prestación de servicios o justificar legalmente su ejercicio privado ante quien así lo demande. De este modo el profesional de Enfermería tiene un respaldo legal y una acreditación ante los usuarios y esto le permite demandar una remuneración adecuada a la calidad del servicio, sea que lo ofrezca individualmente, con grupos de enfermeros, o con grupo de otros profesionales de salud.

4.3.4 Etapas del proceso atención Enfermería

Valoración

Primera etapa del Proceso Atención de Enfermería, se define como la obtención de datos de la salud de las personas, familia o comunidad en forma intencionada, organizada y continua. Es la base para determinar diagnósticos y tratamientos a las respuestas humanas y para la evaluación, logrando en esta forma los objetivos del cuidado del paciente.

En la recolección de datos se deben seleccionar los datos de importancia del usuario desde un enfoque integral. La enfermera debe tener conocimientos teóricos sólidos en varias áreas del saber; conocimientos básicos de teorías generales y de teorías de Enfermería, normas y reglas de conducta, tener un dominio acerca de casos preestablecidos que se basen en fundamentación científica reconocida. .⁵

Los conocimientos básicos de la enfermera deben abarcar ciencias biomédicas, sociales y conocimientos sobre solución de problemas, método para análisis y toma de decisiones que la capaciten para analizar los datos obtenidos, relacionar aquello que tenga en común, deducir conclusiones válidas y hacer juicios de valor que contribuyan a mejorar la salud de las personas o grupos de personas.

Diagnóstico de Enfermería

Segunda etapa del Proceso Atención de Enfermería es el diagnóstico de Enfermería.

Su importancia radica en el papel que tiene en la delimitación del campo de Enfermería, siendo elemento clave dentro del Proceso Atención de Enfermería y diferencia a este proceso del anteriormente conocido como el proceso de solución de problemas. Al estudiar el Diagnóstico de Enfermería se puede considerar desde tres puntos de vista:

⁵ Taptich B.J.Iyer P.W. Diagnóstico de Enfermería y planeación de cuidados. Editorial: Interamericana-McGraw Hill. Primera ed. en español. México, D.F.; año 1992. p.257-8

Diagnóstico como definición. “El diagnóstico de enfermería describe el estado del paciente (su respuesta ante su salud o la enfermedad), y la enfermera es capaz y tiene la responsabilidad legal de llevar a cabo el tratamiento (Moritz, 1982).

“Es un juicio clínico sobre un individuo, familia o grupo de la comunidad que se deriva de un proceso deliberado y sistemático de recolección y análisis de datos. Sirve de base para precisar una terapia que está bajo la responsabilidad del profesional de Enfermería” (Shoemaker 1984)

El diagnóstico sirve de base para proponer intervenciones del campo de Enfermería, diagnóstico que sirve como fundamento al plan de atención. No se puede proponer un plan de atención si antes no se ha clarificado el diagnóstico.⁶

Planeación del cuidado

Es la tercera etapa del Proceso Atención de Enfermería y se define como la determinación de lo que debe hacerse para prevenir, deducir o eliminar los problemas.

En esta etapa, al igual que en las dos anteriores, la participación del sujeto es necesaria y útil para garantizar el éxito del plan propuesto y corregir el problema.

El planeamiento del cuidado con base en los diagnósticos identificados le da una característica de profesionalidad, ya que se trata de hacer propuestas de tratamiento con bases científicas y con la orientación de las metas de Enfermería en su campo de acción independiente.

Componentes del planeamiento del cuidado

1. Establecimiento de prioridades.
2. Determinación de los resultados esperados.
3. Preparación de las investigaciones de Enfermería.
4. Registro del plan.

⁶ *Ibidem.*

Ejecución

La cuarta etapa del Proceso Atención de Enfermería se fundamenta en las tres que la preceden y es tan importante como las demás en el conjunto que constituye el ejercicio profesional. En esencia, la aplicación o ejecución del plan son las Intervenciones que Enfermería desarrolla con el paciente con el fin de lograr los resultados esperados.

El plan puede ser ejecutado por la enfermera y el paciente, por auxiliares de Enfermería y personas allegadas a él, según lo determine la persona responsable del cuidado y de lograr resultados. .⁷

Organización para ejecutar el plan.

Según Iyer y Taptich los pasos de la ejecución son:

1. Preparación para la ejecución que comprende:
 - Revisar y actualizar los datos.
 - Determinar si aún hay necesidad de ayuda.
 - Revisar y readaptar el plan a las circunstancias.
2. Aplicación o ejecución misma que implica la consideración de:
 - Los riesgos y complicaciones implícitos en las acciones a realizar.
 - El ambiente en el cual se ejecutan las acciones.
 - Los conocimientos que se requieren para ejecutar las acciones.
 - Las implicaciones legales y éticas.
 - Los recursos.
 - La ejecución misma.
3. Los registros de las acciones cumplidas y sus efectos.

Evaluación

La evaluación es la quinta etapa y última etapa del Proceso Atención de Enfermería. Es el proceso de valorar los progresos del paciente hacia los objetivos de salud, como la calidad de atención que recibe por parte del personal de Enfermería y otros profesionistas que intervienen en su cuidado.

⁷ *Ibidem.*

Los propósitos de la evaluación es el de determinar el adelanto del paciente para alcanzar las metas u objetivos establecidos y juzgar la eficiencia de los planes, estrategias y cuidados de Enfermería.

La evaluación nos sirve para identificar aquellas estrategias eficaces y puede promover la investigación en Enfermería. .⁸

4.4. MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.

Virginia Avenel Henderson nació en Kansas City en 1897. Su interés por la enfermería, se desarrollo durante la primera guerra mundial. Se graduó como enfermera en 1921, gran escritora que con sus obras a contribuido al gremio de enfermería a nivel mundial, autora del modelo Teoría Deductiva.

Su modelo basado en las 14 necesidades básicas del ser humano, es utilizado en la actualidad por el profesional de enfermaría, como marco de referencia en el desarrollo del Proceso Atención de Enfermería.⁹

4.4.1 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 él realizaría si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios.¹⁰
- 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.

⁸ *Ibidem.*

⁹ Fernández C. El Proceso de Atención de Enfermería. Editorial: Massón. Primera ed.1998. p128

¹⁰ Marriner Torner. Modelos y teorías en enfermería. Editorial: Mosby.4ª ed. Madrid, España; año 1999.p.300

- La calidad de la salud mas que la vida misma, es la reserva de energía mental y física que permite a la persona trabajar de forma mas efectiva y a 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.

4.4.2 Elementos de su teoría:

Virginia Hendersòn define 14 necesidades fundamentales, que son las siguientes:

1. Necesidad de oxigenación.
2. Necesidad de nutrición e hidratación.
3. Necesidad de eliminación.
4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura.
5. Necesidad de descanso y sueño.
6. Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.
7. Necesidad de termorregulación.
8. Necesidad de higiene y protección de la piel.
9. Necesidad de evitar peligros.
10. Necesidad de comunicarse.
11. Necesidad de vivir según sus creencias y valores.
12. Necesidad de trabajar y realizarse.

13. Necesidad de jugar participar en actividades recreativas.

14. Necesidad de aprendizaje.

Para mantener un equilibrio entre las necesidades humanas y las dimensiones holísticas: (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.¹¹

4.4.3. Metaparadigma.

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

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

¹¹ *Ibidem.*

¹² *Ibidem.*

SALUD: Virginia Henderson considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos tanto reales como potenciales. En este sentido buscan y tratan de lograr la independencia, por lo tanto, la satisfacción de las necesidades en 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.

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 multidisciplinario, 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.¹³

Virginia Henderson busca con su modelo que la atención de enfermería hacia el paciente sea única, logrando su independencia basándose en las 14 necesidades básicas en una forma holística.

5. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

5.1. Ficha de identificación:

Nombre: F. C. S.

Sexo: Femenino.

Edad: 23 años.

Peso: 73 kg.

Talla: 1.58 CMS.

Fecha de nacimiento: 2 /02/1985.

Lugar de nacimiento: Temixco, Morelos.

Ocupación: Ama de casa.

Escolaridad: Secundaria terminada.

Estado Civil: Casada.

Religión: Católica.

¹³ *Ibidem.12*

Fecha de admisión: 10 de septiembre del 2008.

Procedencia: Temixco, Morelos.

Fuente de información: Directa, la paciente.

1. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

5.1. Ficha de identificación:

Nombre: F. C. S.

Sexo: Femenino.

Edad: 23 años.

Peso: 73 kg.

Talla: 1.58 CMS.

Fecha de nacimiento: 2 /02/1985.

Lugar de nacimiento: Temixco, Morelos.

Ocupación: Ama de casa.

Escolaridad: Secundaria terminada.

Estado Civil: Casada.

Religión: Católica.

Fecha de admisión: 10 de septiembre del 2008.

Procedencia: Temixco, Morelos.

Fuente de información: Directa, la paciente.

5.2 PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO.

Paciente de 23 años de edad, G – 3, P- 1, C-1, A 0, acude al servicio de admisión urgencias del HRZ No. 1 del IMSS, a las 15 hrs.; al interrogatorio comenta que tiene 11 semanas de amenorrea, desde hace dos días tiene pérdidas serosanguinolentas de forma intermitente a lo que se ha añadido en las últimas horas dolor y sensación de pesadez en hipogastrio. Refiere tener ciclo menstrual regular (3-4/28-29) y que la prueba de embarazo en orina que se practico, resultado positiva a los 10 días del primer retraso menstrual. Hasta el momento de iniciar STV su embarazo había transcurrido normalmente, destacando solo la existencia de náuseas y vómitos que fueron tratados por médico familiar con antieméticos, medicamento que tomaba hasta la actualidad, lo que llama la atención es que ella menciona que las náuseas y vómitos han sido muy acentuados, que ha sido necesario continuar tomando antieméticos.

EXPLORACION:

A la exploración abdominal se aprecia un útero fácilmente palpable sobrepasando la sínfisis púbica, sin dolor a la palpación. Mediante exploración con espejo vaginal se observa la existencia de discreta cantidad de sangre rojo negruzca en vagina procedente de la cavidad uterina. El cérvix es de aspecto normal, no modificado y por orificio externo fluye escasa cantidad de sangre, formado y cerrado. El ginecólogo en turno le realiza ultrasonido y menciona que el útero puede corresponder en realidad a una gestación de 14-16 semanas. La auscultación de la frecuencia cardíaca fetal mediante ultrasonido resultado negativa. La tensión arterial 120/70, pulso 82 x', la temperatura de 36.9, albuminuria y glucosuria tomada con tira reactiva resultado negativa. La paciente se ingresa a sala de labor, en donde se canaliza con una solución Hartman; que pasa en carga para hidratarla, se monitorizan signos vitales, se toman exámenes de laboratorio (biometría hemática, Q S, E S, EGO, Tiempos de coagulación, tipo de sangre y factor Rh) se esta revisando sangrado transvaginal, esta en espera de tiempo quirúrgico. Se le dan informes al familiar del procedimiento que se le va a realizar a Foida, mismo que afirma que se haga todo lo necesario para la paciente, se le da a firmar consentimiento informado. Se prepara para LUI. Pasa a LUI, el cual se

realiza sin complicaciones, se inicia al término del LUI una solución con oxitocina, se administra antibiótico psicoprofiláctico. Pasa a recuperación se monitorizan signos vitales, vigilancia de sangrado trasvaginal, vigilar presencia de diuresis, se le da posición semifowler, se mantiene su camilla limpia y seca. Una vez recuperada es trasladada al servicio de ginecología. Le realizo dos visitas los días 11 y 12 de septiembre, en las que se invirtieron 3 horas por visita, me entere por el expediente clínico que le realizaron un USG abdominal para corroborar que no se quedaran restos de la mola, se toman nuevamente exámenes de laboratorio de control, cuantificación de HGC en orina y en sangre; y una radiografía tele de tórax para corroborar infiltrados pulmonares. La paciente fue dada de alta el día 12 de septiembre. Se explica a detalle la importancia de sus citas subsecuentes, se le pide no fallar a ninguna cita ya que tiene que llevar un estricto seguimiento. Me despido de la paciente deseándole lo mejor, le doy las gracias por que me permitió realizar mi trabajo para mi titulación.

5.3 DESARROLLO DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA BASADO EN LAS 14 NECESIDADES BÁSICAS DE VIRGINIA HENDERSON.

5.3.1 NECESIDAD DE OXIGENACIÓN:

Paciente conciente, orientada en espacio, tiempo, respiración normal campos pulmonares bien ventilados, sin presentar alteración al momento de la valoración; sin embargo la paciente refiere ser fumadora, pero lo dejo al inicio del embarazo.

Toma de constantes vitales durante el interrogatorio, T/A. 120/70Hgmm. FC.= 82 x´ FR. = 20 x´ T= 36. 9 ° C. Alerta, orientada, palidez generalizada, llenado capilar de MT. De 2" MP sin alteraciones.

5.3.2 NECESIDAD NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN:

En su dieta habitual consume los siguientes alimentos carne 7/7, lácteos 7/7, agua 1 litros diario, frutas y verduras 7/7, leguminosas 7/7, toma 1 litro de refresco diario. Come tres veces al día Manifiesta que aun conociendo los grupos de alimentos del plato del bien comer, no se apeg a una dieta. Presenta nauseas matutinas le comentamos que las molestias van a empezar a desaparecer después que le realicen el LUI.

Realizaba una caminata que suspendió por las molestias del embarazo.

Ingiere pocos líquidos, lo que le ocasiona estreñimiento, su piel esta pálida, seca, mucosas orales hidratadas.

5.3.3 NECESIDAD DE ELIMINACIÓN:

Puede valerse por si misma para ir al baño, controla bien esfínteres, eliminación intestinal cada 24 horas, heces duras, color café oscuro, olor fétido por lo que necesita tomar jugo de naranja y alimentos que contengan mucha fibra, orina de 3 a 4 veces al día sin molestia.

En ocasiones evacua cada 48 horas con cierta dificultad, por las noches se levanta una vez a orinar; a la exploración abdomen globoso a expensas de útero gestante, peristalsis disminuida.

Diagnóstico de Enfermería.

Alteración de la eliminación urinaria, relacionada a la baja ingesta de líquido.

OBJETIVO	PLANEACIÓN	FUNDAMENTACIÓN	EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Ingestión de líquidos 2000 en 24 horas.</p>	<p>INTERVENCIONES INTERDEPENDIENTES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dieta líquida al termino del ayuno pos LUI. ▪ Toma de EGO ▪ Solución glucosa al 5 % PVP ▪ Toma de S.V. <p>INTERVENCIONES DEPENDIENTES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumento gradual de líquidos por vía oral. ▪ Ingesta de agua de fruta natural. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Para conservar el equilibrio hídrico del organismo son esenciales volúmenes suficientes de agua. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inicia dieta líquida. ▪ Se le deja una jarra con agua natural. ▪ Recolección de orina para EGO. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La paciente refiere estar orinando mucho, se le explica que es normal, la solución que tiene colocada a través de su vena la hace orinar. Que también está tomando líquidos que aumenta su orina . ▪ El resultado del EGO fue negativo se le explica que se tomo para descartar

				alguna infección.
--	--	--	--	----------------------

5.3.4 NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER LA POSTURA:

Valoración.

Refiere que practica la caminata pero a raíz del embarazo suspendió el ejercicio, en su tiempo libre sólo ve televisión

Disminución de la fuerza muscular, flexibilidad adecuada, se encuentra en el área de labor en espera de tiempo quirúrgico para realizarle un LUI, se observa preocupación e inquietud, se le informa que la cama es pequeña, que tampoco es muy cómoda que adopte una posición libre en la que ella se sienta cómoda.

5.3.5 NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO:

Valoración.

Duerme 6 horas diarias, iniciando su sueño a la 11:00 p.m. se levanta a las 5 de la mañana; descansa 1 hora por las tardes ya que refiere mucho sueño. Su lenguaje es congruente, se concentra adecuadamente, coopera a la entrevista aún con las molestias presentes. Su horario de sueño es corto, aunque refiere que tiene varios años durmiendo seis horas.

Presenta ojeras, se le comenta que las ojeras son porque no duerme adecuadamente, que como mínimo tiene que dormir 8 horas diarias seguidas, con el fin de que despierte descansada.

Diagnóstico de Enfermería.

Deterioro del patrón del sueño relacionado al horario corto de sueño, manifestado por ojeras y cansancio por las tardes.

OBJETIVO	PLANEACIÓN	FUNDAMENTACIÓN	EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
<p>La Sra. Foida mejorara la calidad del descanso y sueño, cambiando de hábitos antes de acostarse.</p>	<p>INTERVENCIONES DEPENDIENTES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Iniciar sueño a las 21 horas ▪ Escuchar música tranquila y suave, para relajación. ▪ Enseñar ejercicios de relajación, Usar ropa limpia y cómoda para dormir. ▪ Revisión de cama (limpia y seca) ▪ Tomar siesta por la tarde. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los seres humanos necesitan cierta cantidad de sueño durante un periodo prolongado para mantener el funcionamiento óptimo de su organismo (tanto físico como mental). ▪ Las horas de sueño varía con cada individuo. Los adultos generalmente necesitan de 7 a 9 hrs. diarias. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se le sugiere acostarse temprano. ▪ Escuchar música tranquila y suave, para que se relaje y pueda conciliar el sueño. ▪ Se le orienta con ejercicios de relajación, se le dice como hacerlos y se realizan juntas para que practique estos ejercicios en casa cuando se disponga a dormir. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La paciente Foida comenzó a poner en práctica las recomendaciones dadas, le cuesta trabajo, conciliar el sueño temprano y por la tarde sigue teniendo sueño.

			<ul style="list-style-type: none">▪ Se le recomienda que la ropa de cama que utiliza sea cómoda, este limpia y bien colocada en su cama.	
--	--	--	--	--

5.3.6 NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS:

Valoración.

Normalmente usa ropa casual, sin importar el estado de ánimo en que se encuentre y lo realiza sin ayuda. Viste adecuado de acuerdo a su estado. Usa ropa de acuerdo a la temporada, le gusta usar buena ropa.

Al momento de la valoración no se encontraron datos que sugiriera dependencia.

5.3.7 NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN:

Se adapta a los cambios de temperatura, menciona que cuenta con ropa adecuada de acuerdo al clima, prefiere el frío mas que el calor aunque menciona que ya se acostumbro al clima de su localidad ya que es muy caluroso. Se observa nerviosa sin datos aparentes que manifiesten dependencia.

5.3.8 NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.

Baño diario por la mañana, cepillado de dientes 2 veces al día, aseo de manos antes y después de ir al baño y antes de comer, cambio de ropa diario, incluyendo ropa interior. Comenta que en ocasiones se baña tan bien en la noche cuando ya se va a acostar.

Se observa cabello peinado sin problema aparente, dientes limpios, solo un poco amarillos, piel seca, no se aprecian lesiones en la piel y tampoco la paciente las refiere.

5.3.9 NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.

Valoración.

Familia integrada por esposo, 2 hijos de los cuales 1 mujer y 1 varón, durante situaciones de peligro mantiene la calma y trata en medida de lo posible resolver el problema. Realiza caminatas en un campo deportivo de su localidad, hacia 2 semanas ya que el embarazo le estaba ocasionando molestias y decidió suspender sus caminatas.

Cuenta con casa propia bien estructurada de tabique y cemento, la construcción se encuentra en un solo nivel, 3 habitaciones, 1 baño, cuenta con todos los servicios. Se realiza control de salud de forma periódica, de acuerdo a los programas que maneja el IMSS, su familia también acude a control a su UMF correspondiente. Camina sin problemas, pisada firme, por el momento esta

5.3.10 NECESIDAD DE COMUNICARSE.

Valoración.

Es casada, tiene una buena relación con su esposo, su dinámica familiar es buena, por el momento se encuentra alerta por su estado de salud, reconoce que se preocupa por los demás y no por ella.

Es congruente en lo que expresa y siente, su familia se encuentra afuera esperando informes de su estado de salud. Su esposo recibió informes de médico tratante, se le explicó que no era un embarazo normal, no se escuchaba latido

fetal y que en el ultrasonido no se observan partes fetales, que es necesario realizar un LUI por que podría estar en peligro la vida de su esposa.

Diagnóstico de Enfermería.

Alto riesgo de afrontamiento individual ineficaz relacionado con la pérdida del embarazo.

OBJETIVO	PLANEACIÓN	FUNDAMENTACIÓN	EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Limitar el daño. 	<p>INTERVENCIONES DEPENDIENTES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Respetar su individualidad. ▪ Ayudarle a expresar todos sus sentimientos. ▪ Información detallada de la gravedad de su padecimiento. <p>INTERVENCIONES INTERDEPENDIENTES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se programa para LUI. ▪ Interconsulta con Tanatología. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El equilibrio psicológico (así como la supervivencia física) requiere de la capacidad para percibir e interpretar los estímulos internos y externos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pasa a quirófano a LUI. ▪ Se le explica el seguimiento que llevara después de su alta del hospital, ▪ Importancia de las citas posteriores es 	<p>No sentí satisfacción de las respuestas dadas por Foida, siente culpa por la pérdida del embarazo, a pesar de que se le explico que no había ningún bebe, que no era su culpa, que su esposo estaba preocupado por ella. Finalmente pregunta que cuando va a poder ver a su</p>

				esposo, le comento que en cuanto se recupere por completo va a subir a hospitalización y su esposo va a estar con ella.
--	--	--	--	--

5.3.11 NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Refiere que su familia es de religión católica bien aceptada por todos sus integrantes donde sus principales valores que ha transmitido a sus hijos es la honestidad, respeto, amor, tolerancia y confianza. Se observa una imagen de la virgen de Guadalupe que ella tiene en su mano, Picio que le permitiésemos quedármela lo cual no tuvimos inconveniente, se le pide que rece para mantenerla más tranquila, se le informa que ya se le va a realizar el LUI.

5.3.12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE.

Valoración.

Es ama de casa, nunca ha trabajado, el que aporta ingresos es su esposo, ella se dedica a las labores del hogar y al cuidado de sus hijos, la aportación de su esposo alcanza para cubrir sus necesidades y las de toda la familia. Ocupa toda la mañana a las labores del hogar. Se queda en casa por la mañana solo con sus hijos ya que su esposo sale a trabajar.

5.3.13 NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES

RECREATIVAS.

Valoración.

Refiere que hace 10 años jugaba en un equipo de fútbol, que lo dejó porque se desintegró el equipo y ya no intentó pertenecer a otro equipo. Se encuentra con preocupación por su estado de salud.

5.3.14 NECESIDAD DE APRENDIZAJE.

Valoración.

Estudio la secundaria completa. Se encuentra estudiando la preparatoria abierta.

Por el momento se encuentra preocupada ya que sabe del tratamiento quirúrgico al que será sometida.

Diagnóstico de Enfermería.

Dolor relacionado con el procedimiento manifestado verbalmente.

OBJETIVO	PLANEACIÓN	FUNDAMENTACIÓN	EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Limitar el daño. 	<p>INTERVENCIONES INTERDEPENDIENTES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Administración de medicamentos analgésicos. ▪ Administración de líquidos parenterales con oxitocina. ▪ Vigilancia de constantes vitales. <p>INTERVENCIONES DEPENDIENTES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Posición semifowler. ▪ Vigilar características de sangrado transvaginal. ▪ Vigilar 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El conocimiento de los SV permite valorar el estado de salud o enfermedad y ayuda a establecer un diagnóstico. ▪ Cada medicamento tiene una acción terapéutica específica, la velocidad de absorción depende de la vascularización. ▪ La enfermera llevará un control de líquidos de ingresos y egresos para prevenir un desequilibrio hemodinámico. ▪ La posición correcta ocurre cuando las fuerzas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Toma de signos vitales cada hora. ▪ Control estricto de líquidos. ▪ Vigilar sangrado transvaginal. ▪ Vigilar diuresis y características. 	<p>Se logró mantener a la paciente sin dolor el tiempo que se mantuvo en recuperación.</p>

	presencia de diuresis y sus características.	musculares que se necesitan para balancear el peso que producen las partes del cuerpo son mínimas.		
--	--	--	--	--

6. Conclusiones.

En la actualidad la profesión de Enfermería necesita estar a la vanguardia, ya que uno de los retos del mundo actual es dar servicio y atención de calidad.

La profesión de Enfermería debe continuar con ese distintivo de autonomía sin perder su autenticidad. Se ha logrado que Enfermería se mantenga como una disciplina, además de arte. Lo importante es no olvidar que la esencia de Enfermería es el cuidado; ya que la razón de ser es el paciente.

El Proceso Atención de Enfermería es el método sistematizado, el cual permite ofrecer cuidados de calidad, que se planifican y fundamentan con el fin de garantizar la atención al usuario, familia, comunidad y la sociedad misma. Impulsar la aplicación del proceso atención de enfermería, para implementarlo en las instituciones de salud tanto pública como privada.

Se debe tomar conciencia ya que el Proceso Atención de Enfermería es un instrumento que nos ayuda de manera eficiente al cuidado de la salud de nuestra población.

Por otro lado el modelo de Virginia Henderson permite valorar al paciente de una forma integral, tomando en cuenta sus necesidades básicas, independencia y dependencia.

La elaboración de este trabajo favorece el aprendizaje y mejora el cuidado de los pacientes. Este trabajo significó un gran reto y su elaboración ha redituado grandes satisfacciones profesionales.

Enfermería ha crecido como gremio, y el compromiso profesional es fomentar el desarrollo de la disciplina y lograr la empatía permanente con el paciente para que

se brinde lo mejor a su familia y los colectivos, quienes nos confían su salud pero sobre todo su vida.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Donahue M Patricia. Historia de la Enfermería. Editorial: Elsevier; 2ª ed. Madrid: Hancourt; año 1990.p. 435-78
2. Taptich B.J.Iyer P.W. Diagnóstico de Enfermería y planeación de cuidados. Editorial: Interamericana-McGraw Hill. Primera ed. en español. México, D.F.; año 1992. p.257-6
3. Fernández C. El Proceso de Atención de Enfermería. Editorial: Massón. Primera ed. año1998. p.128
4. ¹Marriner Torner. Modelos y teorías en enfermería. Editorial: Mosby.4ª ed. Madrid, España; año 1999.p.300
5. Mondragón Castro H.Ginecoobstetricia de la niñez a la senectud. Editorial: Trillas.2ª ed. México; año2006. P.1128- 667
6. Cañete Palomo.M.L. Urgencias en Ginecología y Obstetricia. Editorial: Fiscam. 1ª ed. Madrid, España; año 2003. p. 672-58
7. Nordmark. Rohweder.Bases científicas de la enfermería. Editorial: La prensa médica mexicana.2ª ed. En español.4ª reimpresión. México, D.F.; 1984. p. 711

8. ANEXOS.

Anexo 8.1:

INSTRUMENTO METODOLÒGICO PARA LA VALORACIÒN DE LAS 14
NECESIDADES BÀSICAS DEL SER HUMANO BASADO EN EL MODELO DE
VIRGINIA HENDERSON.

ELABORO: Verónica Tapia Leyva

DIRECTORA: LEO. Margarita González Vázquez.

DIA DE ASESORIA: Lunes

FECHA: Marzo del 2009.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

Nombre: Foida C. S. Edad: 23 años. Peso: 73 Kg. Talla: 1.58 m.

Fecha de nacimiento: 2 /03/1985. Sexo: Femenino.

Ocupación: Ama de casa. Escolaridad: Secundaria completa. Fecha de admisión: 10 de septiembre del 2007.

Procedencia: Temixco, Morelos. Fuente de información: Directa de la paciente.

Familiar: responsable esposo (Juan).

VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES HUMANAS.

Necesidad de oxigenación.

Datos subjetivos:

Disnea debido a: No presenta. Tos productiva/seca: No presenta. Dolor asociado con la respiración: No presenta. Fumadora: Si.

Desde cuando fuma/ cuantos cigarros al día/varía la cantidad según su estado emocional: Tiene tres años fumando, fuma 3 cigarros al día, no varía según su estado; refiere que dejo de fumar cuando se entero que estaba embarazada.

Datos Objetivos:

Registro de signos vitales y características: Temperatura: 36.9, Pulso: 82 x` , Respiración: 20x` , Presión Arterial: 120/70 Hgmm.

Tos productiva/seca: No presenta. En ocasiones tiene que aclarar la voz. Estado de conciencia: Conciente. Coloración de la piel/lechos ungueales/peribucal: Palidez de tegumentos. Circulación del retorno venoso: No se observan datos de compromiso vascular; llenado capilar de 2`.

Otros: En miembros pélvicos no se encontraron datos de importancia.

Necesidad de Nutrición e Hidratación:

Datos Subjetivos:

Dieta habitual: Normal.

Número de comidas al día: 3 Trastornos digestivos: Nauseas matutinas por el embarazo. Intolerancias alimenticias/alergias: No refiere. Problemas de la masticación o deglución: No refiere. Patrón de ejercicio: Por el momento no, caminaba todos los días una hora, pero debido a las molestias propias del embarazo suspendió el ejercicio.

Datos Objetivos:

Turgencia de la piel: Piel pálida y seca. Membranas y mucosas hidratadas/secas: Mucosas orales hidratadas.

Características de uñas y cabello: Uñas integra, normales, cabello peinado, seco.

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: De acuerdo a su edad. Aspecto de los dientes y encías: Dentadura propia con 8 molares con reparaciones (incrustaciones y amalgamas), Dientes amarillos, encía sin problema, no se observa sangrado.

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: No se observan.

Necesidad de Eliminación:

Datos subjetivos:

Hábitos intestinales: Evacua 1 vez cada 24 horas, en ocasiones cada 48 horas con cierta dificultad, sus heces son duras con mal olor, color café oscuro, orina 3 a 4 veces durante el día, por la noche una vez. Orina clara, no refiere molestia al orinar.

Historia de hemorragias/enfermedades renales/otros: Comenta que hasta el momento no la han operado. Presencia de sangrado escaso en ese momento.

Uso de laxantes: No. Hemorroides: No. Dolor al orinar o defecar: No.

Sus emociones influyen en sus patrones de eliminación: Manifiesta que no.

Datos Objetivos:

Abdomen/características: Blando, globoso a expensas de útero gestante.

Ruidos intestinales: Peristalsis disminuida.

Palpación de la vejiga urinaria: Normal sin presencia de globo vesical en el momento de la exploración.

Necesidad de Termorregulación:

Datos Subjetivos:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: No refiere problema a los cambios de temperatura. Ejercicio/tipo/frecuencia: Por el momento no realiza ejercicio, lo suspendió por los malestares del embarazo. Temperatura que le es más agradable: Le gusta el frío.

Datos Objetivos:

Características de la piel: Piel palida y seca, de acuerdo a la edad. Transpiración: No se observa, comenta que en su entidad el clima es calido y transpira a menudo, pero no demasiado.

Condiciones del entorno físico: Comenta que su casa es fresca, hecha de ladrillo y loza, que cuenta con varias ventanas por las que se ventila adecuadamente.

Otros: _____

Necesidad de Moverse y Mantener una Buena Postura:

Datos Subjetivos.

Capacidad física cotidiana: Disminuida ligeramente, flexibilidad adecuada.

Actividades en el tiempo libre: Caminaba diariamente por una hora pero suspendió la caminata por molestias del embarazo, en su tiempo libre solo ve televisión.

Hábitos de descanso: Por las tardes duerme una hora, le da mucho sueño.

Hábitos de trabajo: Es ama de casa nunca ha trabajado, en casa realiza las labores del hogar (lavar, planchar, trapear, lavar trastos, atender a sus hijos, cocinar, etc.)

Datos Objetivos:

Estado del sistema músculo esquelético/fuerza: Músculos débiles debido al padecimiento actual.

Capacidad muscular/tono/resistencia/flexibilidad: Flexibilidad adecuada. Postura: Erguida.

Necesidad de ayuda para la deambulaciòn: No requiere ayuda. Dolor con el movimiento: No presenta. Presencia de temblores: No presenta. Estado de conciencia: Se encuentra conciente. Estado emocional: Tranquilo. Otros:

Necesidad de Descanso y Sueño:

Datos Subjetivos:

Horario de descanso: Se acuesta a las 23 horas y se levanta a las 5 de la mañana.

Horario de sueño: Duerme 6 horas diarias.

Horas de descanso: Duerme una hora todas las tardes.

Siestas: Toma una diaria, por las tardes. Ayudas: No requiere.

Insomnio: No presenta. Debido a: _____ Descansado al levantarse: En algunas ocasiones no.

Datos Objetivos:

Estado mental: ansiedad/estrés: No se observa, paciente nerviosa por su padecimiento actual. Lenguaje: Claro, coherente. Bostezos: No Ojeras: Si se observan.

Concentración: Adecuada. Apatía: No. Cefaleas: No. Respuesta a estímulos: Presente y adecuada. Otros: _____ -

Necesidad de Usar Prendas de Vestir Adecuadas:

Datos Subjetivos:

Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir: En ocasiones, selecciona su ropa de acuerdo a la ocasión, dependiendo del lugar donde va a estar, o la actividad a realizar. Su autoestima es determinante en su modo de vestir: Si le gusta vestir bien, ropa bien cuidada y bien hecha.

Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría: No.

Necesita ayuda para la selección de su vestuario: No, pero si pide opinión del vestuario que mejor le quede.

Datos Objetivos:

Viste de acuerdo a su edad: Si. Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: Adecuada. Vestido incompleto: No. Sucio: No. Inadecuado: No. Otros: _____

Necesidad de Higiene y Protección de la Piel:

Datos Subjetivos:

Frecuencia del baño: Diario con cambio de ropa completo incluyendo ropa interior.

Momento preferido para el baño: Por la mañana, en ocasiones se baña también al

acostarse. Cuantas veces se lava los dientes al día: 2 veces, una por la mañana y

otra al acostarse. Ase de manos antes y después de comer: Si. Después de

eliminar: Si. Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos

higiénicos: No.

Datos Objetivos:

Aspecto general: Limpio, peinada. Olor corporal: Limpio.

Halitosis: No. Estado del cuero cabelludo: Seco. Lesiones dérmicas/tipo: No

presenta. Otros: _____

Necesidad de Evitar Peligros:

Datos Subjetivos:

Que miembros componen su familia de pertenencia: Cuatro, su esposo y dos hijos una mujer y un varón, y ella.

Como reacciona ante una situación de urgencia: Alerta, pero trata de mantener la calma, trata de resolver el problema, si no puede busca ayuda. Conoce las

medidas de seguridad en el hogar: Si. En el trabajo: No trabaja. Realiza controles periódicos de salud recomendados en su persona: Si los que maneja el IMSS.

Familiares: Si acuden periódicamente. Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: Trata de distraerse y no pensar en ellas, trata de resolver el conflicto para que no le afecte a ella o a su familia.

Datos Objetivos:

Deformidades congénitas: Ninguna. Condiciones del ambiente en su hogar:

Adecuado y seguro. Trabajo: _____

Otros: _____

Necesidad de Comunicación:

Datos Subjetivos:

Estado Civil: Casada hace 4 años. Vive con: Con esposo y dos hijos.

Preocupaciones: Estrés/familiar: Refiere las preocupaciones cotidianas de la vida, por el momento se encuentra preocupada por el procedimiento que se le va a realizar, esta nerviosa ya que es la primera vez que se le va a realizar un LUI.

Otras personas que pueden ayudar: Considero necesario canalizarla con tanatología. Rol en la estructura familiar: Madre y esposa. Comunica problemas debidos a la enfermedad/estado: Si su esposo se entera de sus problemas de salud. Cuanto tiempo pasa sola: Durante la mañana que es cuando su esposo se va a trabajar. Frecuencia de los contactos sociales diferente en el trabajo: Visita a su mamá, hermanas, convive con sus vecinos en festejos de su localidad.

Datos Objetivos:

Habla claro: Si su vos es ronca, pero se entiende bien lo que habla. Confuso: No.

Dificultad/visión: No presenta. Audición: Sin problemas. Comunicación verbal/no verbal/con la familia/con otras personas significativas: Es adecuada, buena, no hay problemas.

Necesidad de Vivir según sus creencias y Valores.

Datos Subjetivos:

Creencia religiosa: Es católica. Su creencia religiosa le genera conflictos personales: No. Principales valores en la familia: Unión, comprensión, honestidad, respeto, amor, tolerancia y confianza.

Principales valores personales: Amor, respeto, honestidad. Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir: Hace el esfuerzo por que así sea.

Datos Objetivos:

Hábitos específicos de vestido/grupo social/religioso: No lo tiene. Permite el contacto físico: SI.

Presencia de algún objeto indicativo de determinados valores o creencias: Si en su mano trae una imagen de la virgen de Guadalupe, que pidió que se le dejara conservar. Otros: _____

Necesidad de Trabajar y Realizarse:

Datos Subjetivos:

Traba actualmente: No nunca lo ha hecho, solo las labores domesticas. Tipo de trabajo: Labores del hogar. Riesgos: Comenta que no es riesgo para ella las labores del hogar. Cuanto tiempo le dedica a su trabajo: Es variable, generalmente toda la mañana. Esta satisfecha con su trabajo: Si dice que le sirve de distracción.

Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia: La aportación de su esposo es suficiente para satisfacer lo necesario. Esta satisfecha con el rol familiar que juega: Comenta que si quiere mucho a sus hijos y

esposo, quien dice ella que la cuida y apoya cuando hay dificultades.

Otros _____

Necesidad de Jugar y Participar en Actividades Recreativas:

Datos Subjetivos:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: Le gusta jugar fútbol y comenta que hace 10 años jugaba en un equipo, dejo de jugar porque el equipo se desintegro, ve televisión. Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de esta necesidad: Comenta que no. Recursos en la comunidad para la recreación: El municipio de Temixco cuenta con un balneario, cerca de su casa existe un campo deportivo donde ella acostumbra caminar, actividad que suspendió debido a molestias del embarazo. Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa: Comenta que le gusta ir al supermercado y que cada semana acude.

Datos Objetivos:

Integridad del sistema neuromuscular: Ligeramente disminuido por su padecimiento actual. Rechazo a las actividades recreativas: No todo lo contrario. Estado de animo: apático/aburrido/participativo: Participativa, muy preguntona.

Otros _____

Necesidad de Aprendizaje:

Datos Subjetivos:

Nivel de educación: Secundaria terminada. Problemas de aprendizaje: Ninguno. Limitaciones cognitivas/tipo: No refiere. Preferencias: leer/ escribir: Actualmente se encuentra estudiando la preparatoria abierta. Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad: Si hay un lugar donde se imparten diversas actividades manuales. Acudió algunas veces pero dejo de ir, porque no mostró

interés. Interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud: Le interesa por el momento su padecimiento actual, tiene mucho interés en llevar a cabo todo el tratamiento que el ginecólogo le va a aplicar. Otros:

Datos Objetivos:

Estado del sistema nervioso: De acuerdo a su edad. Órganos de los sentidos: No presenta. Estado emocional: Ansiedad/dolor: Se encuentra preocupada por su padecimiento actual piensa que tubo la culpa de la perdida de su bebe que es como lo llama, se le explica a manera que entienda su padecimiento actual el tratamiento a seguir (LUI). Estado emocional: ansiedad/dolor: Se advierte gran preocupación, por su padecimiento, tiene miedo de que se presente una complicación, se le explica que son médicos profesionales con mucha experiencia los que le van a realizar el LUI, se observa más tranquila posterior a la explicación, se le pide que rece para que se sienta mas tranquila y que nosotros haremos lo propio por su salud. Memoria reciente: No presenta problemas. Memoria remota: Recuerda bien hechos ocurridos hace algunos años, fechas y personas. Otras manifestaciones: No se aprecian

ANEXO 2. ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL.

8.2. ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL

Se trata de una enfermedad del trofoblasto que incluye distintos cuadros. Se describe como una enfermedad quística y avascular.

El trofoblasto tiene como misión llegar al miometrio en busca de oxígeno para el feto.

Cuando el extremo de la vellosidad corial encuentra una zona rica en oxígeno detiene su crecimiento.

Son los vasos que transportan ese oxígeno los que detienen el crecimiento de las células de esa vellosidad. Si no existe mesodermo fetal que produzca esos vasos sanguíneos, no hay buena transmisión de oxígeno y por lo tanto la proliferación permanece. No se forman tampoco vasos linfáticos, por lo que el líquido se acumula en el tejido dándole un aspecto quístico.

Es una enfermedad localizada que habitualmente se resuelve con la evacuación uterina y que en principio no debe considerarse ni invasiva, ni neoplásica, ni maligna aunque en algunos casos se puede complicar, por ello es necesario un control periódico pos evacuación. .¹

¹ Cañete Palomo.M.L. Urgencias en Ginecología y Obstetricia. Editorial: Fiscam. 1ª ed. Madrid, España; año 2003. p. 672-58

CLASIFICACION DE LA ENFERMEDAD TROFOBLÀSTICA.

MOLA HIDATIFORME

La mola hidatiforme es un embarazo anormal que se debe a anomalías del desarrollo de la placenta. Se caracteriza por la conversión de vellosidades coriónicas en una masa de vesículas transparentes.

Incluye:

1. Mola completa.- No existe embrión y todas las vellosidades tienen degeneración hidrópica. Sólo presenta material genético paterno (46XX y raro 46XY). Se produce por la fecundación de un óvulo vacío por un espermatozoide 23X que se duplica o bien por 2 espermatozoides distintos.

2. Mola incompleta o parcial.- Existe además de tejido molar, zona de placenta sana (a veces con embrión, casi siempre de desarrollo anormal. Aunque en la mayoría de los casos el feto no está presente puede deducirse la existencia de desarrollo fetal por la demostración de Metrorragia en las primeras 25 semanas de gestación hematíes nucleados, es decir, fetales, en los vasos sanguíneos de las vellosidades). Sí existe material genético materno: es la fecundación de un óvulo normal por un espermatozoide diploide o bien 2 espermatozoides haploides con un óvulo normal. El cariotipo suele ser triploide (69 cromosomas, generalmente 69XXY).²

² *Ibidem* 59

3. Tumor trofoblástico gestacional/Enfermedad Trofoblastica gestacional persistente.- Incluye:

- Coriocarcinoma.- Trofoblasto sin tendencia a formar vellosidades. Es una proliferación atípica del trofoblasto, tanto cito como sincitiotrofoblasto sin estroma.

- Mola invasiva.- Una mola completa o incompleta que invade el miometrio-estructuras vecina e incluso produce metástasis, pudiendo provocar rotura uterina y hemorragia peritoneal.

- Tumor trofoblástico del lecho o sitio placentario.- Se origina a partir del trofoblasto del lugar de implantación de la placenta y se forma principalmente por citotrofoblasto y muy escaso sincitiotrofoblasto (a diferencia del coriocarcinoma).

Por inmunohistoquímica se identifican muchas células productoras de lactógeno placentario (hPL). Tiende a conservarse confinado en el útero y la emisión de metástasis suele ser en la fase tardía de la enfermedad.

Aunque el tumor trofoblástico persistente ocurre más frecuentemente tras un embarazo molar, puede originarse después de cualquier suceso gestacional, abortos terapéuticos o espontáneos, gestaciones ectópicas y embarazos a término. Ocurren tras la evacuación o el fin de la gestación.³

³ *Ibidem*

FACTORES DE RIESGO

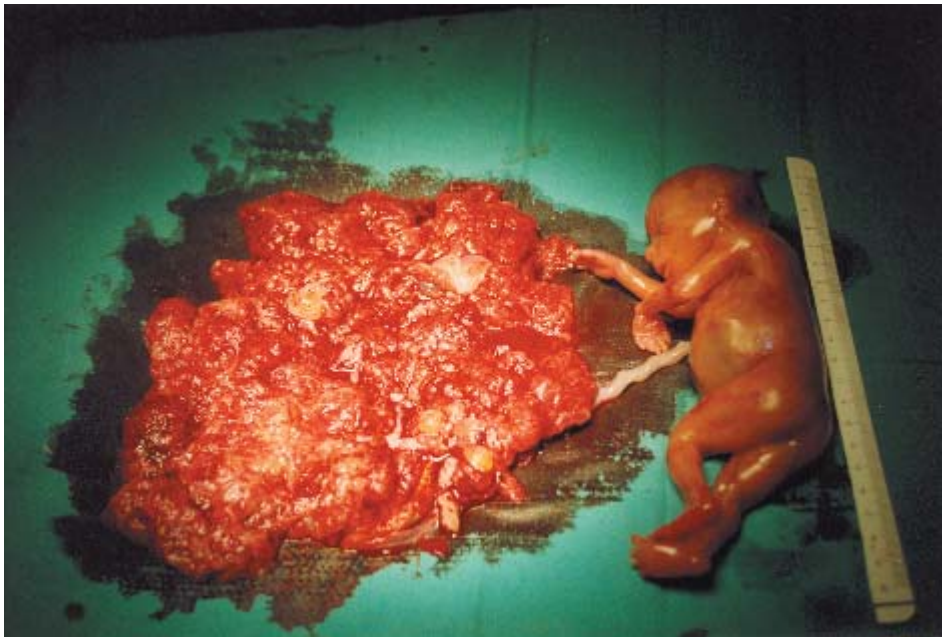
- Primigesta y grandes multíparas.
- Mayores de 35 años.
- Desnutrición.
- Ingesta de dieta hipo proteica.
- Baja ingesta de ácido fólico.
- Condición socioeconómica baja.
- Genética (mola de repetición)

EPIDEMIOLOGÍA.

En EU. 1 de cada 1500 embarazos son molares.

En México 1 de cada 625 embarazos es molar.⁴

⁴ Mondragón Castro H. Ginecoobstetricia de la niñez a la senectud. Editorial: Trillas. 2ª ed. México; año 2006. P.1128- 667



Mola parcial de 20 semanas, con pre eclampsia grave e hipertiroidismo.

CUADRO CLINICO.

METRORRAGIA. Es el signo más frecuente y se presenta en cantidad variable, generalmente en el primer trimestre. A veces se acompaña de dolor difuso en hipogastrio. Es una clínica idéntica a la amenaza de aborto en general.

- **NÁUSEAS Y VÓMITOS.** La hiperémesis se debe a la presencia exagerada de tejido trofoblástico que provoca una mayor elevación de HCG que en un embarazo normal. Actualmente es menos frecuente porque el diagnóstico de esta enfermedad se hace precozmente.

- **SIGNOS DE PREECLAMPSIA.** Se desarrolla casi exclusivamente en pacientes con tamaño uterino excesivo y concentraciones muy elevadas de HCG.

- **EXPULSIÓN DE VESÍCULAS.** Signo patognomónico.

⁵ Cañete Palomo.M.L. Urgencias en Ginecología y Obstetricia. Editorial: Fiscam. 1ª ed. Madrid, España; año 2003. p. 672-58

- SIGNOS DE HIPERTIROIDISMO. Sudoración, temblores, piel caliente. Se produce por la similitud entre la subunidad α de la HCG con la de la TSH. Es poco frecuente. Si se sospecha debe ser tratado previamente a la evacuación de la gestación molar (con bloqueantes β -adrenérgicos) ya que se puede desencadenar una crisis tiroidea.

- SIGNOS DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA. Por embolismo pulmonar de células trofoblásticas o por la asociación De preeclampsia+hipertiroidismo. Aparece esporádicamente pero es grave. Se manifiesta con dolor torácico, disnea, taquipnea y por la radiografía de tórax se verán infiltrados pulmonares bilaterales.

En general, estas manifestaciones clínicas van unidas a la mola completa porque en los casos de mola parcial, estas pacientes presentan los signos y síntomas de aborto incompleto, y se puede establecer el diagnóstico sólo después de revisión histológica del material obtenido por el legrado.⁶

⁶ *Ibidem* 59

DIAGNÓSTICO

1. EXPLORACIÓN

* El tamaño uterino suele ser mayor que la amenorrea.- Esto ocurre sobre todo en la mola completa, aunque se encuentra sólo en cerca de la mitad de las pacientes.

* Masas anexiales.- En 1/3 de las pacientes con mola completa se palpan masas anexiales debido al desarrollo de quistes tecaluteinicos (generalmente bilaterales y multiloculares). Desaparecen tras la evacuación de la mola (en aproximadamente 2-3 meses).

2. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

* Ecografía.- Como las vellosidades coriónicas de la mola completa manifiestan tumefacción hidrópica difusa, producen un patrón sonográfico vesicular característico: “tormenta de nieve”.

Cuanto más avanzado esté el embarazo, más seguro es el diagnóstico ya que el tamaño de las vesículas va aumentando con el tiempo; por ello, al principio del embarazo el diagnóstico puede pasarse por alto. En el caso de molas parciales, se visualizan espacios quísticos focales en los tejidos placentarios, y aumento del diámetro transversal del saco gestacional. En esta situación, el patrón de “copos de nieve” en el área placentaria junto al embrión no es frecuente, ya que el embrión tiende a degenerar precozmente y es reabsorbido. Es por esto por lo que el aspecto ecográfico de la mola parcial se confunde con un aborto retenido.

El estudio Doppler también sirve de ayuda en estos casos: la enfermedad trofoblástica gestacional se asocia con un aumento del suministro vascular al

tejido placentario. En el caso de mola invasiva y coriocarcinoma se puede encontrar un aumento del suministro de sangre en el interior de la porción miometrial. Esas áreas corresponden a las arterias espirales dilatadas y a la neovascularización del tumor; son vasos con un flujo sanguíneo de alta velocidad y baja resistencia.

* **DETERMINACIONES DE BHCG.**- Se encuentran cifras elevadas (desproporcionadamente a la edad gestacional), lo que va a permitir el diagnóstico de sospecha y además, establecerá un pronóstico, así como la valoración del seguimiento pos tratamiento.⁷

TRATAMIENTO.

Una vez que se ha establecido el diagnóstico de sospecha, se procederá a:

* Ingreso hospitalario.

Canalizar vena periférica.

* Analítica.- BH, Tp y Tp T de coagulación, E S y Pruebas de función hepática, grupo y Rh (las células trofoblásticas expresan el factor Rh D por lo que las pacientes que son Rh negativas deben recibir la inmunoglobulina anti-D en el momento de la evacuación o hasta 72 horas después). Se solicitarán pruebas cruzadas porque es frecuente el sangrado abundante durante la evacuación.

* Radiografía de tórax.

⁷ *Ibidem 60*

* Dar documento de consentimiento informado para legrado evacuador, comunicando el diagnóstico de sospecha y los posibles riesgos y complicaciones que esto conlleva.

* Evacuación uterina.- Previamente se habrá estabilizado a la paciente si su estado clínico lo requiriera.

- Legrado evacuador. Preferentemente por aspiración con independencia del tamaño uterino.

Se realizará dilatación cervical preferentemente con tallos de laminaria o sintéticos, evitando los de Hegar.

Se apoyará el curetage con goteo oxitócico que se efectuará tras la dilatación cervical; si comenzara antes aumentaría el riesgo de embolización Trofoblastica, en especial en una paciente con gran tamaño uterino.

Es aconsejable establecer cobertura antibiótica durante y después del legrado.

Aspiración del contenido de la cavidad uterina. Si el tamaño del útero sobrepasase las 14 semanas de amenorrea, se colocará una mano sobre la parte alta del fondo y se dará masaje uterino para estimular la contracción del útero y reducir el riesgo de perforación. Se puede completar la actuación con legrado con legra cortante para remover el tejido molar residual si lo hubiera.

Una vez finalizado el procedimiento la paciente pasa a recuperación, se deberá establecer control de constantes vitales y sangrado como en otros casos de legrado evacuador. Posteriormente, los controles de β HCG y ecografía (para comprobar vacuidad uterina) se realizarán aproximadamente

48 horas después. La perfusión de oxitocina se mantendrá aproximadamente 24 horas tras el legrado.

- Histerectomía. Si la paciente presenta edad mayor de 40 años, con deseos genésicos cumplidos ésta puede ser una opción de tratamiento. Sería posible preservar los ovarios aunque en el momento de la intervención presenten los quistes tecaluteinicos (se pueden descomprimir por aspiración). El seguimiento posterior será el mismo que si el tratamiento hubiera sido la evacuación.

Ante la posibilidad de que este tipo de enfermedad se convierta en una enfermedad trofoblástica gestacional persistente, será necesario establecer unos controles posteriores fundamentalmente con determinación de β HGC.



QUISTES TECALUTEINICOS

Es importante que la paciente acuda a sus citas posteriores, ya que independientemente del tipo de ET se dará seguimiento con cuantificación de la Bhgc, el primer control será a las 48 hrs., el siguiente control a la semana, posteriormente hasta que la prueba sea negativa, por un periodo de un año. Control de pruebas de funcionamiento hepático, USG, radiografía de tórax.

⁸ *Ibidem* 63