



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO EN
UNA MUJER CON EMBARAZO DE 38.2 SEMANAS DE
GESTACIÓN QUE PRESENTÓ DESPRENDIMIENTO
PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA CON
EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA:

MARÍA TERESA ARROYO HERNANDEZ

NUMERO DE CUENTA: 406113128

**DIRECTORA DEL TRABAJO:
PROFESORA MARGARITA GONZÁLEZ VÁZQUEZ**



MEXICO, D.F.

NOBIEMBRE 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A Dios quien nos concede la vida y nos ofrece lo necesario para lograr nuestras metas, gracias por las pruebas que me hacen crecer como ser humano y me permiten dar lo mejor de mí.

Gracias a la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia por brindarme la oportunidad y el apoyo de poder culminar una carrera profesional para mi futuro.

Gracias a la maestra: Margarita González Vázquez por su apoyo, paciencia y amistad, sus conocimientos y enseñanza hacen posible esta meta.

A mis padres, hermanos y sobrinos que son el principal motivo de mis logros y a quienes amo profundamente.

ÍNDICE	PÁGINA
1.- INTRODUCCIÓN	1
2.- JUSTIFICACIÓN	3
3.- OBJETIVOS	4
4.- METODOLOGÍA	5
5.- MARCO TEÓRICO: MODELO GENERAL	10
5.1.- Proceso Atención de Enfermería	10
5.2.- Objetivo Principal del Proceso de Enfermería	11
5.3.- Ventajas	11
5.4.- Modelo Conceptual de Virginia Henderson	12
5.5.- Elementos más Importantes de la Teoría	13
5.6.- Necesidades	14
5.7.- Meta paradigma	14
6.- PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO	17
6.1.- Historia Clínica	18
6.2.- Exploración Física	19
7.- DESARROLLO DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA BASADO EN LAS NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON	21
7.1.- Necesidad de Oxigenación	21
7.2.- Necesidad de Nutrición e Hidratación	21
7.3.- Necesidad de Eliminación	21
7.4.- Necesidad de Moverse y Mantener la Postura	22
7.5.- Necesidad de Descanso y Sueño	22
7.6.- Necesidad de Usar Prendas de Vestir Adecuadas	22
7.7.- Necesidad de Termorregulación	22
7.8.- Necesidad de Higiene y Protección de la Piel	23
7.9.- Necesidad de Evitar Peligros	23
7.10.- Necesidad de Comunicarse	23
7.11.- Necesidad de Vivir según Creencias y Valores	23
7.12.- Necesidad de Trabajo y Realización	23
7.13.- Necesidad de Recreación	24
7.14.- Necesidad de Aprendizaje	24
8.- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	25

9.- PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	26
10,.PLAN DE ALTA	38
11.- CONCLUSIONES	40
12.- SUGERENCIAS	41
13.- GLOSARIO DE TERMINOS	42
14.- BIBLIOGRAFÍA	44
15.- ANEXOS	47
15.1.- Instrumento de Valoración	47
15.2 Anatomía	56
15.3.- Desprendimiento Prematuro de Placenta Normo Inserta	73

INTRODUCCIÓN.

La morbilidad y mortalidad perinatal e infantil tienen una gran importancia epidemiológica, pues son eventos centinelas e indicadores de las condiciones de salud de una población, de la calidad de atención médica y del estado de desarrollo de una nación, porque permite deducir la idoneidad de los cuidados sanitarios y de las estrategias diagnósticas, así como las posibles deficiencias y limitaciones.

El desprendimiento prematuro de placenta es una patología hemorrágica de la segunda mitad del embarazo que aunque en menor número, sigue causando muertes maternas. Los datos de la secretaría de salud registran defunciones en número de 408 y 459, con tasas de 16.80 y 19.2 en la República Mexicana en los años 2004 y 2006.

Para 2006 las estadísticas socio-demográficas en México, registran 2.668,429 nacimientos, 42,183 defunciones infantiles. Es indudable que aunque en estos tiempos se dispone de más recursos y tecnología se espera que la tasa de mortalidad materna haya disminuido.

Sin embargo la mortalidad infantil registra todavía cifras altas como se puede ver por los datos antes mencionados que aunque corresponden a la mortalidad infantil en general, buena parte de estas muertes son por causas de complicaciones en el embarazo y parto.¹

¹ <http://www.inegi.org.mx/inegi/default.aspx>. consulta 2 -8- 2009.

La enfermería puede definirse como una ciencia humana de experiencias salud-enfermedad-curación que son mediatizadas por una transacción de cuidados profesionales, personales, científicos, estéticos, humanos y éticos.²

En el ejercicio de nuestra profesión se presenta una variedad de problemas que dependen exclusivamente de la competencia enfermera. Para resolverlos es esencial que la enfermera desarrolle y ejercite su facultad de juicio. Esta capacidad de emitir juicios profesionales permite medir la competencia profesional.

El motivo de este trabajo es aplicar con base a las 14 necesidades del modelo de Virginia Henderson, el proceso de atención de enfermería (PAE) que es un método sistemático y racional de planificar y dar cuidados de enfermería. Su objetivo es identificar las necesidades de salud reales y potenciales de la paciente y establecer un plan para resolver las necesidades identificadas y actuar de forma específica e individualizada ante esta patología.³

Detectar necesidades y problemas de la mujer con Desprendimiento de Placenta Normo inserta así como los factores de riesgo, tipos, causas, tratamiento, profundizando en el Proceso de Atención de Enfermería y el rol que cumple el licenciado en enfermería en dicha patología.

2. Cfr. MARRINER, T.A, *Modelos y Teorías en Enfermería*, Madrid, Harcourt, 1999, pp. 35,99-108.

3. <http://www.gueb.org/motivacion/La-Piramide-de-Maslow> consulta 2- 8- 2009

2.- JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo se realiza por el interés que surgió al conocer a una mujer en la segunda mitad del embarazo que presento desprendimiento prematuro de placenta normo inserta.

Por el conocimiento de las estadísticas, que con llevan a la morbilidad y mortalidad a la mujer con ésta patología consideré importante elaborar un plan de atención de enfermería basado en la valoración detectando riesgos reales y potenciales a los que estaba expuesta, lo cual además de interesarme el caso consideré oportuno y ético brindar mis cuidados integrales, para favorecer el proceso del parto con el menor riesgo posible.

Aunque se considera que el parto es un proceso normal, muchas de las veces surgen eventos que ponen en riesgo la evolución del proceso del trabajo de parto, que impiden que éste llegue a feliz término, es por ello la importancia que tiene la intervención oportuna del profesional de enfermería, en la detección e identificación de factores de riesgo para determinar los límites entre salud y la enfermedad.

El bienestar de la madre y el niño por nacer aumenta cuando el estado materno es saludable antes de la concepción que recibe supervisión en las etapas tempranas y en todo el curso del embarazo.

Por tanto los cuidados prenatales regulares son de importancia para lograr buenos resultados perinatales, facilitan la detección temprana de riesgos y alteraciones con respecto al curso del embarazo y parto.

Como profesional de enfermería consciente de la importancia que tiene registrar las intervenciones en el cuidado diario que brindo a la paciente y lo primordial en este caso es llevar a cabo la aplicación del *Proceso de Atención de Enfermería*.

3.- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Elaborar y dar a conocer el *Proceso Atención de Enfermería* en una mujer joven embarazada de acuerdo con el modelo de Virginia Henderson. Y el rol que cumple el licenciado en enfermería en dicha patología.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Detectar necesidades y problemas de la mujer con Desprendimiento de Placenta Normo inserta así como los factores de riesgo, tipos, causas, tratamiento.

Elaborar diagnósticos de enfermería y realizar un plan de cuidados que ayuden a su bienestar físico y social.

Realizar evaluación de la paciente al término de las intervenciones de enfermería.

Elaboración del plan de alta para continuar el auto cuidado en casa por parte de la paciente.

4.- METODOLOGÍA

Realización del Proceso Atención de Enfermería con el modelo conceptual de Virginia Henderson en el Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, durante el periodo de práctica clínica, del mes de marzo- mayo- 2009 turno vespertino en la rotación por el servicio de Unidad toco quirúrgica en el área de labor, se realizó el estudio en siete días desde su internamiento hasta el egreso.

La paciente con 21 años de edad cursaba un embarazo de 38.2 semanas de gestación con una problemática de desprendimiento prematuro de placenta normo inserta en 20% en el diagnóstico médico.

El interés del estudio surgió por el contacto que se tuvo con la paciente desde el ingreso a la “Unidad toco quirúrgica” para brindarle los cuidados de enfermería, se le solicito su consentimiento para la elaboración del proceso de atención de enfermería con fines académicos.

1.- *En la valoración* se aplico el instrumento⁴ (anexo 1), Se recurrió al uso de fuentes directas: la paciente, e indirectas: expediente clínico y bibliografía. Mediante entrevista directa con la paciente se realizó la recolección de datos Se recabaron datos del expediente clínico, como primera instancia se identificaron factores de riesgo durante el trabajo de parto y al mismo tiempo la situación social, fisiológica, psicológica de la paciente. Refirió cefalea, acufenos, fosfenos, visión borrosa, edema de Miembros inferiores y palpebral. Acudió al Hospital por dolor lumbar y abdominal tipo cólico cuatro horas antes de su ingreso, contracciones de 1-2 en 10 minutos, con duración de 30 segundos, intensidad ++, sangrado tras vaginal de color vino en poca cantidad aproximadamente 100 ml.

⁴ Programa de práctica clínica Obstetricia I y II pág.41

Se le explicó a la paciente la importancia del examen físico, pidiendo su autorización, tomando en cuenta las medidas necesarias para asegurar la privacidad de la paciente. En la observación se encontró consciente, con adecuada coloración de tegumentos, hidratada, con facies de dolor, cuello y cardiopulmonar sin compromiso, abdomen globoso a expensas de útero gestante, En la palpación se percibió aumento de la actividad uterina con hipersensibilidad, por maniobras de Leopold se detecto presentación cefálica, con dorso a la derecha situación longitudinal, se ausculto frecuencia cardiaca fetal de 155 latidos por minuto, se coloco toco cardiógrafo para el monitoreo de la frecuencia cardiaca fetal con registros de taquicardia fetal, y diagnóstico de desprendimiento de placenta normo inserta motivo por el cual se decidió la interrupción del embarazo vía abdominal.

Durante el desarrollo del proceso fue importante considerar el significado de los datos y se identificaron los problemas; se planeo la participación de enfermería, se determinaron las necesidades y la formulación de diagnósticos de enfermería para planear y ejecutar los cuidados Individualizados de la paciente.

2.- *Ordenamiento, jerarquización:* Una vez que se obtuvo la información se llevo a cabo la etapa de ordenamiento y jerarquización de las necesidades de la paciente.

3. *Conclusión diagnóstica:* De acuerdo a los problemas detectados se integro una conclusión diagnóstica para indicar independencia parcial o dependencia.

4.- *Planificación y ejecución:* del plan de cuidados donde se expresan los objetivos, las intervenciones de enfermería y la fundamentación científica para cada una de ellas.

5. *Etapa de evaluación:* Finaliza esta etapa, verificando el cumplimiento de los objetivos, la evolución y desarrollo del proceso y la satisfacción de la paciente. La evolución se llevo a cabo en diferentes momentos después de la ejecución de las

intervenciones.

Por último se llevo se acabo la elaboración del proceso atención de enfermería (PAE) con base en las 14 necesidades del modelo de Virginia Henderson y diagnósticos de enfermería de la NANDA de la Taxonomía II, así como un Plan de Alta para continuar el Auto cuidado de la paciente.

TAXONOMÍA II DE LOS DIAGNÓSTICOS DE LA NANDA

La taxonomía II tiene una estructura codificada que sigue las recomendaciones de la National Library of Medicine (NLM) respecto a los códigos terminológicos en los cuidados de salud. Esta se diseño para tener una forma multiaxial, lo que mejora sustancialmente la flexibilidad de la nomenclatura y permite hacer con facilidad adiciones y modificaciones.

Es preciso usar el sentido común y el conocimiento enfermero para construir solo aquellos diagnósticos que tienen características definitorias y que, por tanto, son apropiados para su validación.

La taxonomía II tiene tres niveles: dominios, clases y diagnósticos enfermeros. Por lo tanto está basada en: 13 dominios, 47 clases y 188 diagnósticos enfermeros.

Algunos diagnósticos enfermeros se encuentran en más de un dominio y clase, esto ocurre porque la etiqueta diagnostica, definición, características definitorias o factores relacionados, en el caso de “riesgo de” permiten colocarlos adecuadamente en más de un dominio y clase.⁵

La NANDA, NOC y NIC pueden utilizarse conjuntamente o por separado. Juntas representan el campo de la enfermería en todos sus entornos y todas sus especialidades. La relación de los tres lenguajes proporciona ayuda a los profesionales y a los estudiantes para elegir los resultados y las intervenciones más adecuadas para sus pacientes, en relación a sus diagnósticos enfermeros.

⁵ Nanda-1 Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2007 – 2008 Ed. El-Sevier, 2008 Pág. 261-265.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Intervención de Enfermería es todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer los resultados esperados de la persona.

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

Actividades o acciones específicas de enfermería que realiza el profesional de Enfermería para llevar a cabo una intervención que ayuda al paciente a avanzar hacia el resultado deseado y concreto.

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Es el orden, disposición de las actividades de Enfermería en grupos en función de sus relaciones y la asignación de denominaciones de intervenciones a estos grupos.

TAXONOMÍA DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Es la organización sistemática de las denominaciones de las intervenciones en función de las similitudes de lo que puede considerarse como estructura conceptual. La estructura de la taxonomía de la NIC tiene tres niveles: campo, clases e intervenciones⁶

RESULTADO DEL PACIENTE SUSCEPTIBLE A LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Es un estado, conducta o percepción de un individuo, familia o comunidad medida a lo largo de un continuo en respuesta a intervenciones de Enfermería. Cada resultado tiene asociado un grupo de indicadores que son utilizados para determinar el estado del paciente.

⁶ Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) Cuarta Edición 2005 Ed.Elsevier, España pág. xxvii.

INDICADOR DE UN RESULTADO

Es un estado, conducta o percepción más concreta de un individuo, familia o comunidad que sirve como indicación para medir un resultado. Los indicadores de los resultados del paciente susceptibles a las intervenciones enfermeras caracterizan el estado de un paciente, familia o comunidad a nivel concreto.

MEDICIÓN

A través de la escala Tipo Likert de cinco puntos que cuantifica el estado del resultado o indicador de un paciente en un continuo desde el menos al más deseable y proporciona una puntuación en un momento dado.

TAXONOMÍA DE LA NOC

Es la organización sistemática de resultados en grupos o categorías basadas en semejanzas, diferencias y relaciones entre los resultados. La estructura de la taxonomía de la NOC tiene cinco niveles: dominios, clases, resultados, indicadores y medidas.⁷

⁷ *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)* Tercera edición ED El sevier España 2005 pág. xxi.

5.- MARCO TEÓRICO

5.1.- PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

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

El *Proceso de Atención de Enfermería* tuvo su origen cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), ellos lo consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967) establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación); y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco etapas actuales al añadir el diagnóstico.⁸

Principales Conceptos, Definiciones y Postulados.

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

VALORACIÓN: Es la primera fase del proceso de enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno, son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.

8. Kozier, B, et. al., *Fundamentos de Enfermería: Conceptos, Proceso y Práctica*, México, Ed.Mc Graw –Hill Interamericana, 2002, pp.273 -752. (vol I y II).

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de enfermería.

PLANIFICACIÓN: Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la salud.

EJECUCIÓN: Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.

EVALUACIÓN. Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

5.2 EL OBJETIVO PRINCIPAL DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

- Es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizando, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.
- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.

5.3 VENTAJAS

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera profesionalmente. El proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado ya que mediante este proceso se garantiza la eficacia de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

PACIENTE:

- Participación en su propio cuidado.
- Continuidad en la atención.
- Mejora la calidad de la atención.

ENFERMERA

- Se convierte en experta.
- Satisfacción en el trabajo.
- Crecimiento profesional.⁹

5.4.- MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson nació en 1897. Originaria de Kansas City, Missouri. Durante la primera guerra mundial despertó en Henderson el interés por la enfermería. En 1918 ingresó a la Escuela de Enfermería del Ejército en Washington D.C. En 1921 se graduó y aceptó un puesto como enfermera plantilla en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York.

En 1929 Henderson trabajó como supervisora docente en las clínicas del Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York.

Henderson fue la autora y coautora de otros trabajos importantes. En la convención de 1988 de la American Nurses Asociación (ANA), recibió una mención de honor especial por sus contribuciones a la investigación, la formación y la profesionalidad en la enfermería a lo largo de toda su vida.

Henderson falleció de muerte natural en marzo de 1996 a la edad de 98 años. Su definición de enfermería es conocida internacionalmente y su trabajo sigue ejerciendo una gran influencia en la práctica, educación e investigación en el campo de enfermería en todo el mundo.

El concepto de Virginia Henderson se cifra en los modelos de las necesidades humanas que parten de la teoría para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería. Pertenece a la tendencia de suplencia o ayuda. Henderson concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo vital (enfermedad, niñez, vejez).

⁹ Iyer P. *Proceso de enfermería y diagnósticos de enfermería*. Madrid, Interamericana, 1986, p. 130.

Fomentando, en mayor o menor grado, el auto cuidado por parte del paciente. A ésta teoría se le ubica en la categoría de enfermería humanística como arte y ciencia.

5.5 ELEMENTOS MÁS IMPORTANTES DE LA TEORÍA

- La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.
- Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.
- Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados enfermeros", esferas en las que se desarrollan los cuidados.
- Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow, las 7 necesidades primeras están relacionadas con la fisiología, de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad, la 10ª relacionada con la propia estima, la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto-actualización.¹⁰

Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de salud (dependiente). Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionado a una falta de conocimientos.

¹⁰ http://www.queb.org/motivacion/La-Piramide-de-Maslow_consulta_2_-_08_-2009.

5.-6 NECESIDADES

En la obra de Henderson no aparece una definición concreta de necesidad, si bien se señalan en ella 14 necesidades básicas del paciente que abarca todos los componentes del cuidado asistencial de Enfermería:

- 1.- Necesidades de oxigenación.
- 2.-Necesidad de nutrición e hidratación.
- 3.-Necesidad de eliminación.
- 4.-Necesidad de moverse y mantener la 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 creencias y valores.
- 12.-Necesidad de trabajo y realización.
- 13.-Necesidad de recreación.
- 14.-Necesidad de aprendizaje.

5.7.- METAPARADIGMA

ENFERMERÍA

Henderson definió la enfermería en términos funcionales: “La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo, enfermo o sano, a realizar las actividades que contribuyen a su salud o recuperación (o a una muerte tranquila), que llevaría a cabo sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios, haciéndolo de tal modo que se le facilite la consecución de independencia lo más rápido posible.

- Una enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos.
- Una enfermera actúa como miembro de un equipo médico. Una enfermera actúa al margen del médico, pero apoya su plan, si existe un médico encargado. (Henderson subrayó que la enfermera, por ejemplo una comadrona, puede trabajar de forma independiente y debe hacerlo así si es la persona sanitaria mejor preparada en la situación.
- La enfermera puede y debe diagnosticar y aplicar un tratamiento cuando la situación así lo requiere).
- Una enfermera debe tener nociones tanto de biología como de sociología.
- Una enfermera puede valorar las necesidades.
- Los 14 componentes del cuidado de enfermería abarcan todas las funciones posibles de enfermería.

PERSONA

Henderson pensaba en el paciente como un individuo que necesita asistencia para recuperar su salud o independencia o una muerte tranquila, y que el cuerpo y el alma son inseparables. Así contempla al paciente y a su familia como una unidad.¹¹

- Las personas deben mantener el equilibrio fisiológico y emocional.
- El cuerpo y la mente de una persona no se pueden separar.
- La persona requiere ayuda para conseguir la independencia.
- La persona y su familia constituyen una unidad.
- Las necesidades de la persona están incluidas en los 14 componentes de enfermería.

¹¹ García G, Ma de Jesús. *El Proceso de Enfermería y El Modelo de Virginia Henderson*, México, DF, Progreso, 2004. p.76.

SALUD

Henderson no dio una definición propia de salud, pero en sus escritos comparo la salud con la independencia. Interpretaba la salud como la capacidad del paciente de realizar sin ayuda los 14 componentes del cuidado de enfermería. Tal como declaro “se trata más bien de la calidad de la salud que de la propia vida.

- La salud es la calidad de vida.
- La salud es fundamental para el funcionamiento humano.
- La salud requiere independencia e interdependencia.
- Favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo.
- Toda persona conseguirá estar sana o mantendrá un buen estado de salud si tiene la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios.

ENTORNO

Tampoco dio una definición propia de entorno. Acudió, en cambio al Webster's New Coléiate Diccionario de 1961, en el que se define entorno como “el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo.”

- Las personas que están sanas pueden controlar su entorno, pero la enfermedad puede inferir en dicha capacidad.
- Las enfermeras deben formarse en cuestiones de seguridad.
- Las enfermeras deben proteger a los pacientes de lesiones mecánicas.
- Las enfermeras deberán reducir al mínimo la posibilidad de accidentes a través de consejos en cuanto a la construcción de edificios, adquisición de equipos y mantenimiento.
- Las enfermeras deben conocer las costumbres sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos.

6.- PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Ingresó paciente femenina de 21 años de edad a la unidad toco-quirúrgica, el día 24-03-09 en la exploración se encuentra consciente, orientada, cooperadora, con buena coloración de tegumentos e hidratación, cuello y cardiopulmonar sin compromiso, abdomen globoso a expensas de útero gestante, con producto único vivo, presentación cefálica, situación longitudinal, posición con dorso a la derecha, con una frecuencia cardiaca fetal de 155 x minuto, frecuencia regular y adecuada intensidad.

Inició con dolor lumbar y abdominal tipo cólico, el día 23-03-09, siendo 22 hrs, contracciones 1-2 en 10 minutos duración 30 segundos, intensidad ++, ritmo regular, cefalea, acufenos, fosfenos, visión borrosa, nauseas, vomito, hipotensión, edema de cara, miembros superiores e inferiores ++. Se percibe aumento de la actividad uterina, con hipersensibilidad uterina a la palpación y sangrado tras vaginal de color vino, se coloca el registro toco cardiógrafo con tendencia a la taquicardia fetal, motivo por lo que se decide la interrupción vía abdominal al tratarse de un probable desprendimiento de placenta normo inserta.

Gesta 2, A1 embarazo de 38.2 Semanas de gestación por fecha de ultima regla más fase latente de trabajo de parto, desprendimiento prematuro de placenta normo inserta.

6.-1 HISTORIA CLÍNICA

Ficha de identificación

Nombre: M.C.N

Sexo: Mujer.

Edad: 20 años

Religión: Católica.

Ocupación: Ama de casa

Estado Civil: Unión libre.

Fecha de Nacimiento: 17-10-1987

Lugar de nacimiento: México D, F

Escolaridad: Secundaria

Registro: 603227

Fuente de información: Directa la paciente e indirecta expediente clínico.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Ambos abuelos y abuelas paternas y maternas sanos.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

Inmunizaciones: Completas, Hábitos higiénico dietéticos: Adecuados, Habitación: Rentada, Servicios de Urbanidad: Completos, Promiscuidad y/o hacinamiento Negados, Nivel Socio-Económico: Medio, Zoonosis: 1 perro, Grupo y Rh "O" positivo.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

Varicela, parotiditis y rubéola.

ANTECEDENTES GINECOLOGICOS Y OBSTETRICOS

Menarca a los 13 años, Telarca a los 11 años, Pubarca a los 11 años, Ritmo regular, Dismenorrea positiva, Inicio vida sexual activa a los 15 años, Número de parejas sexuales 3, G2, A1, FUR: 26-05-08, Fecha probable de parto: 03-03-09, Papanicolaou: Negativo para CA. Planificación Familiar: Hormonales orales por año y medio.

6.- 2 EXPLORACIÓN FÍSICA: SIGNOS VITALES

Temperatura axilar	36.5 °
Frecuencia cardíaca	70 xmin.
Tensión arterial	110/70
Frecuencia respiratoria	22 xmin.

EXPLORACIÓN GINECOLÓGICA

Se realiza exploración mamaria no se encuentran alteraciones, pezones formados, abdomen con fondo uterino a 36 cm del borde superior del pubis, producto único vivo, frecuencia cardíaca fetal de 155xm.

Se realiza tacto vaginal: refiriendo genitales externos: acordes a edad y sexo, pelvis ginecoide, introito amplio, vagina elástica, rugosa eutermica, cérvix formado y cerrado de 3 cms, de dilatación y 40 % de borramiento, membranas integra, plano de Hodge I.

PELVIMETRÍA CLÍNICA

Conjugado diagonal 12 cm, conjugado obstétrico 10 cm, ángulo biciático 10 cm, ángulo biciático izquierdo 10cm, espinas ciáticas romas, paredes laterales no convergentes, sacro cóncavo, ángulo sub púbico de 90 grados, reflejos osteo tendinosos (++) , edema negativo.

EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE

GABINETE Y/O LABORATORIO	CIFRAS NORMALES	CIFRAS DE LA PACIENTE
CITOLOGIA HEMATICA		
Hematocrito (Millones)	42-48	43.8
Hemoglobina (Gramos %)	14 - 16	14.9
GRUPO Y RH		RH "O"Positivo
TIEMPOS DE COAGULACION	10-14	Normal
Plaquetas	150-450	
RECUENTO LEUCOCITARIO	4.5-10 mil	9.700
Neutrofilos	67	5.6 -15
Leucocitosis	8.3	10-13
Linfocitos	23	18-45
Monocitos	45	1.00 -4.00
Eosinofilos	1.2	0.30-4.00
VDRL		Normal
USG	38.2 SDG	
PAPANICOLAO		Negativo

Se le informa al familiar sobre el diagnóstico y tratamiento de la paciente, se corrobora en el expediente clínico el consentimiento informado

Diagnóstico inicial: Gesta 2, Aborto 1, más embarazo de 38.2 Semanas de gestación por fecha de ultima regla, fase latente de trabajo de parto, desprendimiento prematuro de placenta normo inserta.

Diagnóstico final: Cesárea tipo Kerr, 20 % de desprendimiento prematuro de placenta normo inserta.

7.- VALORACION DE LAS 14 NECESIDADES BÁSICAS DE VIRGINIA HENDERSON.

7.1 NECESIDAD DE OXIGENACIÓN:

Su nariz es integra, simétrica de acuerdo a la proporción de la cara, con ambas narinas permeables, sin presencia de aleteo nasal, mucosas hidratadas.

Existe buena expansión torácica, simétrica, campos pulmonares bien ventilados. Su frecuencia respiratoria es de 22 x' la cual es continua, normal y rítmica, frecuencia cardiaca es de 70 x', a la auscultación se escuchan ruidos cardiacos rítmicos y de buena intensidad. En el Hospital refirió una adecuada entrada y salida del aire. Sin embargo como medidas terapéutica se instaló oxígeno por puntas nasales.

7.2.- NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Se valora talla y peso corporal, su peso antes del embarazo se registraba en 56 Kg, su talla es de 1.61 cm y el peso actual de 65 Kg, está dentro de 9 a 12 kg.

En el hospital se encontraba en ayuno debido al tratamiento quirúrgico.

En casa refiere tener una alimentación regular tanto en calidad como en cantidad ya que era de pollo 4/7, carne 2/7, verdura 6/7, pescado 2/7, fruta 7/7, Agua 7/7, leche 2/7, huevo 3/7, refresco 3/7. Comía 3 veces al día incluyendo todos los grupos (CHO, Proteínas y grasas) y consumir por lo regular 2 litros diarios de agua.

7.3.- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

En el hospital su diuresis es de color amarillo ámbar, tenía dificultad para evacuar debido a la falta de ingesta de alimentos, por lo que había hipo actividad intestinal.

En su casa refiere que miccionaba de 2 a 3 veces por día al igual que la evacuación de color café de consistencia blanda y de olor característico.

7.4 NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER LA POSTURA

Durante el hospital en el área de labor la paciente se encuentra con capacidad de movilización normal sus extremidades superiores e inferiores están integras, simétricas, con buen tono y fuerza muscular, presencia de actividad motriz (movimientos de flexión, extensión, abducción y aducción).

7.5.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

En su casa refiere no tener dificultad para conciliar el sueño ya que dormía de 7 a 8 horas diarias Durante el hospital, los factores ambientales no favorecen el descanso y sueño, ya que se cuenta con muchos efectos visuales y ruido interno y externo; la visita es constante por parte del personal de salud por lo que se interrumpe a la paciente.

7.6.- NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

En casa no necesitaba ayuda de nadie para vestirse y desvestirse ya que ella selecciona sus prendas de acuerdo a su ánimo y clima. Al momento de la valoración ella realizó esta función, además que dentro del hospital solo usan una bata.

7.7.- NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

La paciente se encuentra normo térmica, 36.5 °C, Se adapta al cambio de temperatura del ambiente, por lo que se abriga o destapa según como su temperatura corporal lo demande.

7.8.- NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Su piel está hiperpigmentada, reseca, pálida y con presencia de edema, abdomen con estrías, presencia de línea morena debida al embarazo.

Durante el hospital el baño es diario por la mañana, al igual que el cambio de ropa diario incluyendo ropa interior, cepillado de dientes 3 veces al día, lavado de manos antes de comer, y después de ir al baño.

7.9.- NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

La paciente se muestra preocupada y ansiosa por el procedimiento quirúrgico (cesárea) que se va a realizar.

Se realiza control de salud de forma periódica, en el centro de salud cercano a su domicilio. Su familia también acude a esta clínica.

7.10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE

Durante su estancia en el servicio se encontró muy cooperadora al responder todas las preguntas realizadas, con muy buena comunicación verbal, fluida y entendible.

7.11.- NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN CREENCIAS Y VALORES

Es de religión católica, y lo confirmo al ver unas imágenes de santos en su buró, refiere que ir a iglesia todos los domingos a escuchar misa, además de que siempre se encomienda a Dios y le pide para que siempre se encuentre bien.

7.12.- NECESIDAD DE TRABAJO Y REALIZACIÓN

En cuanto a su realización comenta que está contenta y satisfecha por haber realizado bien sus diferentes etapas, como hija, estudiante, y madre actualmente todo esto con el apoyo de su esposo y sus padres.

7.13.- NECESIDAD DE RECREACIÓN

En cuanto a sus actividades recreativas que realizaba en su casa, era leer, practicar ejercicio (aeróbics). Ver la televisión, escuchar el radio y caminar por las tardes. Además que cada que tenían una oportunidad salían a pasear todos juntos; le gusta convivir con su familia.

7.14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Durante el hospital se detectan necesidades de aprendizaje para mejorar el auto cuidado: Dando orientación sobre loquios, involución uterina, lactancia materna, métodos anticonceptivos y signos y síntomas de alarma de ella y su hijo.

8.- DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

1.- Patrón respiratorio ineficaz, relacionado con dolor y ansiedad durante las contracciones uterinas, manifestado por taquipnea y respiración con los labios fruncidos

2.- Déficit de volumen de líquidos relacionado con pérdida activa del volumen de líquidos manifestado por disminución de la diuresis

3.- Dolor agudo relacionado con contracciones uterinas hipertónicas, manifestado por mascara facial. Informe verbal, gemidos, llanto, diaforesis

4.- Deterioro de la integridad tisular relacionado con evento quirúrgico (cesárea), manifestado por lesión del tejido inter tegumentario y subcutáneo.

5.- Perfusión tisular inefectiva cardiopulmonar en el feto relacionado con disminución de la concentración de hemoglobina en sangre e hipovolemia de la madre manifestada por taquicardia y sufrimiento fetal agudo.

6.- Temor relacionado con la posibilidad de pérdida de su vida y la de su hijo, manifestado por expresión de sufrimiento, aumento del estado de alerta y miedo.

9.- PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

NECESIDAD AFECTADA 1: DE OXIGENACION

DOMINIO: 4 Actividad/Reposo¹², Producción, conservación, gasto o equilibrio de los recursos energéticos.

CLASE: 4: **Respuestas** cardiovasculares, respiratorias. Mecanismos cardiovasculares que apoyan la actividad/reposo.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

1.- Patrón respiratorio ineficaz, relacionado con dolor y ansiedad durante las contracciones uterinas, manifestado por taquipnea y respiración con los labios fruncidos.¹³

DEFINICIÓN: La inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada.

OBJETIVO

Lograr un adecuado intercambio de oxígeno y eliminación de bióxido de carbono (95 a 100 %).

INTERVENCIONES

- 1.- Se administra oxígeno por mascarilla facial a 3 litros por minuto de manera continua.
- 2.- Colocar a la paciente en posición de decúbito lateral izquierdo.
- 3.- Observar los movimientos respiratorios y examinar el tórax o el abdomen cuando se eleva o se deprime.
- 4.- Valorar el grado de ansiedad de la paciente según sus manifestaciones.
- 5.- Describir técnicas de relajación y respiración.

¹² Nanda-1 Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2007-2008 ed. Elsevier España pág. 282.

¹³ ibídem pág. 196

6.- Dirigir la técnica de respiración para evitar hiperventilación.

FUNDAMENTACIÓN

1.- El ajuste hermético de la mascarilla a la cara de la paciente asegura una mayor concentración de oxígeno (35 a 60% en cantidad de 6 a 10 litros).

2.- La posición lateral favorece la circulación uteroplacentaria y alivia la presión ejercida sobre los órganos y vasos abdominales.

3.-Las células tisulares captan O₂ proveniente de los pulmones. El CO₂ y otras sustancias de desecho de las células, son transportadas por la corriente sanguínea a los pulmones para ser expulsados.

4.- La falta de oxígeno produce aprehensión y ansiedad e interfiere en el trabajo de parto, aumentando la frecuencia respiratoria y frecuencia cardíaca. Alterando la conducta, (llanto, agitación).

5- Los métodos de relajación disminuyen el estrés.

6.- La hiperventilación puede llevar a alcalosis respiratoria, hipoxia e hipercapnia.

EVALUACIÓN

La ansiedad y el dolor disminuyen.

Hay relajación entre una y otra contracción.

La frecuencia respiratoria se mantiene en cifras normales

No hay datos de hiperventilación.

NECESIDAD AFECTADA 2: DE NUTRICION E HIDRATACIÓN

DOMINIO: 2 NUTRICIÓN¹⁴

Actividades de ingerir, asimilar y usar los nutrientes a fin de mantener y reparar los tejidos y producir energía.

CLASE 5: Hidratación captación, absorción de líquidos y electrolitos.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

2.- Déficit de volumen de líquidos¹⁵ relacionado con pérdida activa del volumen de líquidos manifestado por disminución de la diuresis

DEFINICIÓN: Disminución del líquido intravascular, intersticial o intracelular. Se refiere a la deshidratación o pérdida solo de agua, sin cambio en el nivel de sodio.

OBJETIVO

Lograr Equilibrio del volumen hídrico.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

ACTIVIDADES

- 1.- Observar y registrar los signos vitales maternos.
- 2.- Vigilar continuamente el estado materno.
- 3.- Mantener vía intravenosa permeable.
- 4.- Monitoreo de Exámenes de laboratorio biometría hemática, química sanguínea, electrolitos séricos, tiempos de coagulación, tiempos de protrombina y tromboplastina parcial, fibrinógeno recuento de plaquetas y pruebas cruzadas.
- 5.- Vigilancia estrecha

¹⁴ Ibídem pág. 280.

¹⁵ Ibídem pág. 253.

FUNDAMENTACIÓN

1.- La observación continua permite identificar oportunamente alguna alteración de las constantes vitales, que orientan sobre la pérdida significativa de sangre o disminución del gasto cardiaco y la frecuencia cardiaca. 9

2.-La monitorización constante de los signos vitales, como T/A, Temperatura, F.C., F/R, y la observación de signos como diaforesis, somnolencia, etc. permiten al profesional de enfermería identificar oportunamente alteraciones que pudieran traducirse en eventos adversos.10

3.-Mantener una vía permeable nos permite en caso necesario actuar de inmediato.

4.-Los estudios de laboratorio y gabinete son indispensables como un apoyo diagnóstico y terapéutico.

5.-El conocimiento de las posibles complicaciones dentro de las etapas del trabajo de parto permite identificar riesgos y actuar en forma oportuna.

EVALUACIÓN

Equilibrio hídrico y Hemático.

NECESIDAD AFECTADA 5: DESCANSO Y SUEÑO

DOMINIO: 12 Confort¹⁶

Sensación de bienestar o comodidad física, mental o social.

CLASE 1: Confort físico

Sensación de bienestar o comodidad y ausencia de dolor

DIAGNOSTICO -ENFERMERO

3.- Dolor agudo¹⁷ relacionado con contracciones uterinas hipertónicas, manifestado por mascara facial, informe verbal, gemidos, llanto y diaforesis

DEFINICIÓN: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a severa

OBJETIVO

Favorecer el descanso y disminuir el dolor.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Manejo del dolor.¹⁸

ACTIVIDADES

- 1.- Valorar a la paciente que presenta dolor.
- 2.-Mantener una relación enfermera-paciente.
- 3.-Administrar analgésicos.
- 4.-Promover técnicas de relajación: y enseñar técnicas respiratorias.
- 5.-Dar masaje en región lumbar de forma gentil.
- 6.- Participar en la aplicación de bloqueo peridural

¹⁶ Ibídem pág. 291

¹⁷ Ibídem pág. 96

¹⁸ Joanne McCloskey D. et al., *Op. cit.* en 9, 2005 p. 367.

FUNDAMENTACIÓN

- 1.- La valoración fisiológica, psicológica y cultural contribuye en la elaboración de un diagnóstico y planeación de intervenciones de enfermería.
- 2.- Una relación que brinda apoyo, atención y ayuda, estimula conductas para disminuir, controlar o aliviar el dolor.
- 3.- Los analgésicos actúan y suprimen los fenómenos inflamatorios que desencadenan los estímulos dolorosos.¹³
- 4.- Las técnicas adecuadas de respiración evitan estados de ansiedad disminuyendo el dolor.
- 5.- Las técnicas de masaje producen relajación muscular disminuyendo el dolor.

EVALUACIÓN

La paciente manifiesta disminución de dolor.

NECESIDAD 8: DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

DOMINIO 11: Seguridad/protección¹⁹

Ausencia de peligro, lesión física o trastorno del sistema inmunitario, evitación de las pérdidas y preservación de la protección y seguridad

CLASE 2: Lesión física o daño corporal.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

4.- Deterioro de la integridad tisular²⁰ relacionado con evento quirúrgico (cesárea), manifestado por lesión del tejido inter tegumentario y subcutáneo.

DEFINICIÓN: lesión de las membranas mucosa o corneal, inter tegumentaria o de los tejidos subcutáneos.

OBJETIVO

Disminuir el riesgo de infección y favorecer el proceso de cicatrización.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Cuidados de la herida quirúrgica.²¹

ACTIVIDADES

- 1.- Preparación física y psicológica para obtener la cooperación de la paciente en el procedimiento quirúrgico.
- 2.- Apoyar para cambios de posición según necesidades de la paciente.
- 3.- Realizar aseo en herida quirúrgica, para evitar infección de microorganismos patógenos.
- 4.- Fomentar el auto cuidado a través de la enseñanza dirigida a la favorecer el proceso de cicatrización.

¹⁹ NANDA Op. cit pág. 290

²⁰ Ibídem pág. 148

²¹ Joanne McCloskey D. et al., *Op. cit.* en 9, p. 347

FUNDAMENTACIÓN

- 1.- El establecimiento de una relación terapéutica favorecen la apertura para expresar sentimientos y temores.
- 2.- La posición en decúbito lateral izquierdo favorece la circulación útero placentaria.
- 3.- Los microorganismos patógenos pueden ser introducidos en regiones susceptibles a causa de técnicas descuidadas o antihigiénicas.
- 4.- El auto cuidado es importante para la autoimagen de la paciente y un paso indispensable para el regreso al hogar.
- 5.- Los antibióticos inhiben el crecimiento bacteriano, y disminuyen el riesgo de infección.

EVALUACIÓN

La paciente se encuentra libre de infección postquirúrgica con signos de buena cicatrización.

NECESIDAD 9: DE EVITAR PELIGROS

DOMINIO 4: Actividad/Reposo.

Producción, conservación, gasto o equilibrio de los recursos energéticos.

CLASE 4: Respuestas cardiovasculares/respiratorias.²²

Mecanismos cardiovasculares que apoyan la actividad/reposo.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

5.- Perfusión tisular inefectiva²³ cardiopulmonar en el feto relacionado con disminución de la concentración de hemoglobina en sangre e hipovolemia de la madre manifestada por taquicardia y sufrimiento fetal agudo.

DEFINICIÓN: Reducción del aporte de oxígeno que provoca la incapacidad para nutrir los tejidos a nivel capilar.

OBJETIVO

Mantener un estado óptimo del feto favoreciendo la circulación útero placentario.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Monitorización fetal electrónica: Durante el parto.²⁴

ACTIVIDADES

1.-Orientar a la paciente sobre la importancia de permanecer en posición de decúbito lateral izquierdo.

2.-Vigilar frecuencia cardíaca fetal cada 15 o 20 minutos con el monitor electrónico continuo, valorando si la frecuencia fetal está entre 120 y 160 latidos por minuto, si hay desaceleraciones o disminuye la variabilidad.

²² Nanda op, Cit, pág. 283

²³ Ibídem pág. 199

²⁴ Joanne McCloskey D. et al., *Op, cit.* en 9, p. 347

3.-Administrar oxígeno mediante puntas nasales, según lo prescrito, ya que éste llega al feto y mejora la perfusión tisular.

FUNDAMENTACIÓN

1.-La posición en decúbito lateral izquierdo evita la compresión del cordón umbilical y los vasos sanguíneos permitiendo la circulación y oxigenación fetal adecuada.

2.- La variabilidad en la frecuencia cardiaca fetal son indicativos de sufrimiento fetal que se traducen en complicaciones y daños irreversibles.

3.- El intercambio gaseoso de inspirar oxígeno y eliminar bióxido de carbono favorece una adecuada ventilación hacia los tejidos de la economía.²⁵

EVALUACIÓN

La paciente coopera y lleva a cabo las actividades encaminadas a mejorar la circulación y la oxigenación fetal, manifiesta confort con la posición. La frecuencia cardiaca fetal oscila (120-140 latidos x minuto).

El feto se encuentra viable para el nacimiento por cesárea por semanas de gestación.

²⁵Nordak.Rohweder.*Bases científicas de la enfermería*.México, La prensa Medica Mexicana, 2006.p.711.

NECESIDAD AFECTADA 10: DE COMUNICACION

DOMINIO 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés

Forma de hacer frente a los acontecimientos/procesos vitales.

CLASE 2: Respuestas de afrontamiento²⁶

Procesos para manejar el estrés ambiental.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

6.- Temor²⁷ relacionado con la posibilidad de pérdida de su vida y la de su hijo, manifestado por expresión de sufrimiento, aumento del estado de alerta y miedo.

DEFINICIÓN: Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.

OBJETIVO

Lograr bienestar físico y emocional para disminuir el grado de temor y ansiedad

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Aumentar el Afrontamiento.²⁸

ACTIVIDADES

- 1.- Establecer una relación de confianza para que exprese sus temores y se sienta entendida y apoyada.
- 2.- Ayudar a la mujer a resolver sus sentimientos acerca de su enfermedad.
- 3.- Brindar una atención acorde a las necesidades de la paciente en forma individual.
- 4.- Utilizar técnicas de comunicación, reflexión y aclaración de dudas.
- 5.- Observar y apoyar a la familia para afrontar la ansiedad que se asocia con un desenlace desconocido.

²⁶ NANDA Op Cit. pp. 288

²⁷ Ibídem pp 237

²⁸ Joanne McCloskey D. et al Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC) Cuarta Edición Editorial Mosby 2005 pág. 5230.

- 6.- Facilitar técnicas de comunicación y expresión de la paciente respecto a sus sentimientos: reflexión y aclaración de dudas.
- 7.-Ayudar a la paciente a buscar apoyo espiritual respetando sus creencias.
- 8.- Crear un ambiente cálido, de confianza y confortable.

FUNDAMENTACIÓN

- 1.-Permite mostrar sentimientos inhibidos y proporciona bienestar emocional.
- 2.- Mantener una atmosfera positiva y tranquila para evitar que aumente la ansiedad.
- 3.-Una atención basada en la comprensión y apoyo, estimula el comportamiento para disminuir, controlar o eliminar problemas emocionales y espirituales.
- 4.-La comunicación es importante favoreciendo que la paciente exprese Sus dudas y aclarar estas.
- 5.-El apoyo de un profesional ayuda a que la paciente adquiera confianza y reduzca sus temores.
- 6.- Del estado emocional de la mujer depende su reacción y esto influye tanto en el aspecto fisiológico como en el psicológico.²⁹
- 7.- La consejería por profesionales ayudan a disminuir el temor y favorece la cooperación por parte de la paciente.
- 8.- Permanecer en un ambiente terapéutico incrementa las condiciones de tranquilidad y seguridad a la paciente.

EVALUACIÓN

La paciente entiende indicaciones verbales y se observa más tranquila
El procedimiento quirúrgico soluciono la problemática.

²⁹ D.R División universidad abierta, Escuela nacional de obstetricia, UNAM, *Obstetricia I*, Editorial México, Edición 3ra, Año 2004, Reimpresión 2007, pp.119 a 126.

10.- PLAN DE ALTA

Se dan indicaciones en forma verbal y escrita para consulta cualquier duda:

Nutricionales: Se recomienda una dieta apropiada de 3000 a 3500 Kcal. /día para favorecer la lactancia materna, como la ingestión de alimentos proteínicos, frutas, verduras, productos lácteos y líquidos abundantes (3 litros).

Se le instruye a la paciente para que se tome la temperatura dos veces al día y notifique al médico o a la enfermera en caso de fiebre o hemorragia vaginal.

Se da orientación sobre las características de loquios cantidad, olor y duración.

Higiene: Se recomienda baño diario con cambio de ropa, así como permanecer limpia y lubricada la herida. Vigilancia de datos de infección como eritema, calosfríos y dolor progresivo.

Ejercicio: Se recomienda deambular por espacios de tiempo intermitente con reposo de 2 horas durante el día.

Sueño y reposo: Brindar orientación de la importancia del reposo así como el inicio de la actividad física en forma progresiva.

Sexualidad: Se orienta sobre la reanudación de la actividad sexual preferentemente a los 40 días después del parto.

Se orienta respecto a los diferentes métodos anticonceptivos y se envía a una clínica de planificación familiar para espaciar el nacimiento de sus hijos si así lo desea la pareja.

Se recomienda que acuda a cita de control en una semana y posteriormente en seis semanas.

SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA

- Sangrado.
- Dificultad en la visión.
- Calambres.
- Dolor en el vientre.
- Disminución en los movimientos del bebé.
- Más de 5 contracciones en una hora.

FACTORES DE RIESGO

- *Edad menor a 14 años o mayor a 35 años.*
- *Embarazos múltiples.*
- *Problemas en un embarazo previo.*
- *Hijos anteriores con alguna malformación.*
- *Peso corporal menor de 45 kg o mayor a 90 kg.*
- *Talla menor a 140 cm.*
- *Enfermedades anteriores o durante el embarazo: anemia, alcoholismo, diversas cardiopatías, diabetes, hipertensión, obesidad, diversas enfermedades infecciosas, afecciones renales o trastornos mentales.*³⁰

³⁰ 17. Paulino Vigil –De García, Obstetricia complicaciones en el embarazo, Ed.Distribuna. pp.503 – 507

11.- CONCLUSIONES

Los profesionales de enfermería tenemos cuatro deberes fundamentales: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento, enfatizando en el trato digno y humanitario, tenemos un gran compromiso de estar a la vanguardia según las necesidades y demandas de la población a la cual servimos.

El desarrollo de este trabajo se llevó a cabo con base en una metodología científica, la cual permitió desarrollar por medio del Proceso de Enfermería una serie de cuidados planteados en las necesidades de la paciente en forma holística, basándose en el Modelo Conceptual de Virginia Henderson.

El papel de la Licenciada en Enfermería es muy importante en el cuidado de la mujer durante el periodo prenatal, ya que el trabajo que desempeñamos los profesionales de enfermería es brindar cuidados individualizados dirigidos a la mujer que necesita la orientación adecuada para que el embarazo, parto, puerperio y recién nacido se lleve en las mejores condiciones.

Los objetivos del presente trabajo fueron alcanzados satisfactoriamente con cooperación de la paciente, apoyo de la familia y el trabajo del equipo multidisciplinario que colabora con la recuperación del paciente. Es importante brindar información relevante, concisa y sencilla a la paciente y familiar sobre el plan de alta al egreso hospitalario, ya que de esta manera se contribuye al compromiso de la paciente en el auto cuidado de la salud.

12.-SUGERENCIAS

- Es importante que en nuestro rol de enfermeras brindemos información acerca de:
- Los factores de riesgo y medidas adecuadas para prevenir el desprendimiento prematuro de placenta normo inserta.
- Signos y síntomas de alarma de la enfermedad a fin de prevenir complicaciones serias.
- Dar seguimiento a pacientes que presentan complicaciones de ésta patología.
- La importancia de realizarles estudios para mejor control y seguimiento del padecimiento.
- Mayor énfasis en el control prenatal.
- Enfatizar en el trato humanitario que distingue al profesional de enfermería.

13.- GLOSARIO DE TÉRMINOS

Amniotomía: Es la rotura prematura de las membranas en el desprendimiento de la placenta, debido a que la salida del líquido amniótico reduce la hemorragia del lecho placentario.

Choque hipovolemico: Es secundario a hemorragia obstétrica masiva.

Coagulación intravascular diseminada: Es un trastorno grave y potencialmente mortal, y es más frecuente durante el parto pero también puede observarse en el periodo posparto.

Coagulopatía por consumo: Es la causa más frecuente de coagulopatía por consumo, es el desprendimiento placentario. Una hipofibrinogenemia manifiesta menos de 150 mg/dl de plasma junto con los niveles elevados de productos de degradación de fibrinógeno, fibrina y otros factores de la coagulación.

Desprendimiento prematuro de placenta: Es la separación total o parcial de la placenta normalmente insertada en la cavidad uterina, después de las 20 semanas de gestación.

Disfunción hipertónica: El gradiente de contracciones se distorsiona porque el segmento medio se contrae con más fuerza que el fondo o por la a sincronía completa de los impulsos eléctricos que se originan en cada cuerno.

Eclampsia: Aparición de hipertensión durante el embarazo en una mujer normotensa después de la vigésima semana de gestación.

Embolia de líquido amniótico: La sangre del desprendimiento, puede abrirse paso a través de las membranas de la placenta, que puede ocasionar hemorragia hacia el líquido amniótico y así favorecer la embolia de líquido amniótico.

Gestación: Periodo del desarrollo desde el momento de la fecundación del óvulo hasta su nacimiento.

Hematoma: Cumulo de sangre, debido a la rotura de uno o varios vasos sanguíneos.

Hemorragia: Perdida de una gran cantidad de sangre en un periodo de tiempo corto, bien externa o interna. Puede ser arterial, venosa o capilar. Los síntomas de la hemorragia masiva están relacionados con el shock hipovolemico y consiste en pulso filiforme, sensación de sed, piel fría y húmeda, disnea, vértigo, síncope, palidez, ansiedad, inquietud e hipotensión.

Hidramnios: Aumento de la cantidad de liquido amniótico por encima de los 1,500 - 2,000 ml.

Morbilidad: Condición de estar enfermo.

Mortalidad: Cantidad de muertes por un número establecido de personas.

Obstetricia: Rama de la medicina que trata del embarazo, el parto y el puerperio y recién nacido.

Placenta: Órgano fetal muy vascularizado a través del cual el feto absorbe el oxígeno, nutrientes y otras sustancias y excreta dióxido de carbono y productos de desecho. Comienza a formarse aproximadamente al octavo día de la gestación al contactar el blastocisto con la pared uterina y adherirse a la misma.

Útero de couvalaire: Se denomina también apoplejía útero-placentaria, esta unidad ocurre cuando existe extravasación de sangre dentro de la musculatura uterina y por debajo de la capa serosa.³¹

³¹ Valle Gai Armando, *Diccionario de la mujer*, México, Editorial Mexicana, 2002, pp.90, 99, 102, 138, 139,198.

14.- BIBLIOGRAFIA

- 1.-Botella Llusia G. Fisiología y patología. p. 302.
- 2.-Cañete Palomo M.L Urgencias En Ginecología y Obstetricia. Editorial Fiscam, Primera edición Madrid, España, año 2003.pag.672-680.
- 3.-Clara Gallego | Publicado: 28/03/2008 | Apuntes de Ginecología. Apuntes de Medicina <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/categorías/apuntes-de-ginecología-apuntes-de-medicina>. Consultado. 14-agosto-2009.
- 4.-Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) Cuarta Edición Ed. El sevier 2005 pág. 1072.
- 5.-Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) Tercera Edición Ed El sevier 2005 pág. 846.
- 6.-D.R División universidad abierta, Escuela nacional de obstetricia, UNAM, Obstetricia I, Editorial México, Edición 3ra, Año 2004, Reimpresión 2007, pp.119 a 126.
- 7.-Decherney H.Y. Natan Laurent Puerperio Normal Diagnostico y Tratamiento Gineco Obstetricia en Antología Obstetricia I ENEO UNAM, 2004 pp. 332-335.
- 8.-F.Ganong William. Fisiología Medica, Edición 16, Editorial Manual Moderno. Año 1998.pp.12, 13.
- 9.-Félix Ramírez Alonso, Obstetricia para el Profesional de Enfermería, Editorial Manual Moderno S.A.de C.V México. D.F, 2002.Pag.343.
- 10.-García G, María de Jesús. El Proceso de Enfermería y El Modelo de Virginia Henderson. 2º ed., México DF., Progreso, 2004, p. 76.

- 11.-Hagen, Philip, T.Clinica Mayo: Guía de Autocuidado.Barcelona, España. Editores Intersistemas, 2000.159 p.
- 12.-<http://www.queb.org/motivacion/La-Piramide-de-Maslow> (2-8- 2009)
- 13.-<http://www.inegi.org.mx/inegi/default.aspx>. (2-8-09)
- 14.-Iyer, Proceso de enfermería y diagnósticos de enfermería, Madrid, Interamericana, 1986.
- 15.-Joanne McCloskey D. et al Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC) Cuarta Edición Editorial Mosby 2005 pág. 5230.
- 16.-Johnson Marion, Interrelaciones, Diagnósticos Enfermeros, resultados e Intervenciones, España, Elsevier, 2007.pp.531- 536.
- 17.-Kozier, B., et.al., Fundamentos de Enfermería: Conceptos, Proceso y Práctica, Vol. I y II, 5° ed., México, Graw –Hill Interamericana, 2002, pp. 273-752.
- 18.-Linde Jall Carpenito, Diagnósticos de Enfermería, Aplicaciones a la práctica clínica, México, Mc-Graw-Hill Interamericana, 2003, pp.801-803.
- 19.-Marriner, T.A., Modelos y Teorías en Enfermería, 4° ed., Madrid, Harcourt, 1999. pp. 3-5.99-108.
- 20.-Nanda-1 Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2007-2008 Ed. Elsevier España.
- 21.-Nordak.Rohweder.Bases científicas de la enfermería. México, La prensa Médica Mexicana, 2006.p.711.

22.-Nuñez Maciel Dr., G.Eduardo. Ginecología y Obstetricia. Tercera edición México D.F, 1991, Pag.281-300.

23.-Paulino Vigíl –De García, Obstetricia complicaciones en el embarazo, Ed.Distribuna. pp.503 – 507.

24.-Reeder, S.Martin L, Koniak D. (1995).”Complicaciones del Trabajo de Parto “Enfermería Materno infantil.México.Mc-Graw Hill Interamericana, Pág., 370-388.

25.-Rodríguez Martínez Wilson. Anatomía y fisiología. p. 546.

26.-Valle Gai Armando, Diccionario de la mujer, México, Editorial Mexicana, 2002, pp.90, 99, 102, 138, 139,198.

27.-W.Ladewing Patricia, Enfermería Maternal y del Recién nacido, Editorial McGraw-Hill Interamericana, Quinta edición 2008, p.345-400.

28.-Wieland Ladewig, Patricia y Cols.(2006) El embarazo de riesgo: riesgo de inicio de la gestación. Enfermería maternal y del recién nacido .Quinta edición. Madrid, España. M c- Graw Hill Interamericana. Pág. 328 -374.

15.- ANEXOS

15.1 INSTRUMENTO METODOLÓGICO PARA LA VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES BÁSICAS DEL SER HUMANO BASADO EN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA.

VALORACIÓN CLÍNICA DE ENFERMERÍA

1.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: M.C.N Domicilio: Valle Chichenitza, manzana 41, lote 3, Valle de Aragón de Ecatepec.

Edad: 21 años Sexo: Femenino Nacionalidad: Mexicana

Fecha de nacimiento: 17-10-1987 Ocupación: Ama de casa.

Escolaridad: Secundaria Religión: Católica Lugar de origen: México, D.F.

Edo. Civil: Unión Libre Familiar responsable: Esposo.

2.- PERFIL DEL PACIENTE

AMBIENTE FÍSICO

Casa propia Rentada Prestada No. de habitaciones: 3

Tipo de construcción: Tabique y Concreto Animales domésticos: Si

Características físicas (ventilación, iluminación, etc.) Tiene una buena ventilación.

SERVICIOS SANITARIOS

Agua Intradomiciliaria Hidrante público otros

ELIMINACIÓN DE DESECHOS

Drenaje: Si NO Fosa séptica
Letrina SI NO

Control de basura: La recoge el camión de la basura una vez a la semana.

VÍAS DE COMUNICACIÓN

Pavimentación Colectivos Teléfono
Carreteras Metro Camiones
Taxi Carro particular

RECURSOS PARA LA SALUD

Centro de Salud IMSS ISSSTE Consultorio
particular Otro

HÁBITOS HIGIÉNICO – DIETÉTICOS: ASEO

Baño: (tipo y frecuencia) De regadera, diario De manos: (frecuencia) Antes
y después de ir al baño Bucal: (frecuencia) 3 veces al día.
Cambio de ropa personal (total, parcial y frecuencia) Una vez al día.

ALIMENTACIÓN

TIPO DE ALIMENTO	No. DE VECES A LA SEMANA	OBSERVACIONES
CARNE	2x7	
VERDURAS	6x7	
FRUTAS	7x7	
LEGUMINOSAS	7x7	
PASTAS	4x7	
LECHE	2x7	
HUEVO	3x7	
No. DE TORTILLAS	4x7	
No. DE PIEZAS DE PAN	3x7	
Agua: litros por día o vasos de agua	2 Litros al día	

ELIMINACIÓN

Horario y características:

Intestinal: Diario / características normales Vesical: 2-3 veces al día/características normales.

DESCANSO

(Tipo y frecuencia) Sueño, (horario y características) 7 a 8 horas diarias.

Diversión y/o deportes: Caminar.

COMPOSICIÓN FAMILIAR

PARENTESCO	EDAD	OCUPACIÓN	PARTICIPACIÓN ECONÓMICA
Esposo	25	Luz y fuerza	100%

DINAMICA FAMILIAR: Ama de casa y atención a su familia.

CAMPORTAMIENTO (Conducta Cotidiana)

Agresivo Tranquilo Indiferente Alegre
Cooperador

3.- ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

Grupo y Rh: "O" Rh Positivo

Tabaquismo SI NO tiempo: _____.

Alcoholismo SI NO tiempo: _____.

Fármaco dependencia SI NO tiempo: _____.

ANTECEDENTES PERSONALES ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES
PATOLOGICOS:

Diabetes	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SIFILIS	SI	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
Epilepsia	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	S.I.D.A.	SI	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
H.T.A.	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SIFILIS	SI	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
Cardiopatías	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SIFILIS	SI	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
Nefropatías	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SIFILIS	SI	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
Toxoplasmosis	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	Cardiopatías	SI	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
Antecedentes quirúrgicos	<input checked="" type="checkbox"/>		NO	<input type="checkbox"/>	Neuropatías	SI	NO	<input checked="" type="checkbox"/>

Tipo: Legrado intrauterino.

Antecedentes trasfusionales: SI NO

Antecedentes traumáticos: SI NO

Otros: _____ Observaciones: _____.

4.- INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

CARDIO RESPIRATORIO

Palpitaciones	<input type="checkbox"/>	Lipotimias	<input type="checkbox"/>	Disnea	<input type="checkbox"/>	Tos	<input type="checkbox"/>
Acufenos	<input checked="" type="checkbox"/>	Dolor torácico	<input type="checkbox"/>	Edema	<input checked="" type="checkbox"/>	Disfonías	<input type="checkbox"/>
Fosfenos	<input checked="" type="checkbox"/>	Ruidos cardiacos	<input type="checkbox"/>	Cianosis	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Expectoración.	<input type="checkbox"/>						

DIGESTIVO

Apetito normal Vomito Meteorismo Diarrea
Disminución del apetito: Nauseas Distensión
Hematemesis Ruidos peristálticos Melena
Pirosis Dolor abdominal (aumentados) Prurito anal
Disfagia Regurgitaciones Constipación Pujo y tenesmo

Observaciones: _____.

GENITOURINARIO

Dolor Piuria Dismenorrea Patología mamaria

Disuria Poliuria Prurito Tipo: _____.

Tenesmo Leucorrea SI NO

Hematuria Esgurrimiento uretral Características: _____

Glándulas mamarias: sin cambios.

NERVIOSO

Cefalea Aislamiento Inconsciencia

Temblores Insomnio Anisocoria

Depresión Falta de memoria Midriasis

Ansiedad

MUSCULOESQUELETICO

Deformidades: articulares Crepitación Aumento de peso
Hipertricosis
y musculares SI NO ROTS Galactorrea
Hipertiroidismo
Polidipsia SI NO Sudoración SI NO Hipotiroidismo SI NO
Tipo: _____ Polifagia Diabetes
Mialgias Pérdida de peso Artralgias
Varices
Observaciones: _____.

PIEL Y ANEXO ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Hiperpigmentación. Heridas Otorrea
Conjuntivitis
A pigmentación Edema Hipoacusia Epistaxis
Acné Prurito Dolor
Alergias Rinorrea
Dermatosis Trastornos del Olfato
Observaciones: _____
Comprensión y/o comentario acerca de su problema o padecimiento:

5.- ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS

Menarca: 13 años. Telarca: 11 años. Pubarca: 11
años. Ciclos: Regulares
Duración: 3-4 días, Dismenorrea SI NO
Incapacitante. SI NO
Método de control prenatal. SI Tipo de control cada mes.
Periodo de utilización: Año y medio de hormonales orales.
Papanicolaou: SI NO Fecha: No recuerda Resultado: Negativo.

FUR: 26-05-08 FPP: 03-03-09 SDG: 38.2

Gestas: 2 Paras: 2 Abortos 1 Cesáreas:

1 Periodo ínter genésico: Vigilancia prenatal SI NO

No. de compañeros sexuales: 3 Circuncidados: No recuerda.

HISTORIA DE EMBARAZOS PREVIOS

No. de gestas	Fecha	Parto	Fórceps causa	Cesárea	LUI	Peso del producto	Observaciones
1		Aborto			Si		
2				Si		3,372 Kg	DPPNI

Observaciones: Presento un desprendimiento del 20% de la placenta por encontrarse en buenas condiciones, el cuál se toma perfil toxemico.

EVOLUCIÓN DEL EMBARAZO

Complicaciones en el embarazo	No	Malformaciones del producto	No
Embarazo ectópico	No	Muerte neonatal	No
Embarazo molar	No	Óbito	Si
Preeclamsia	No	Infección de vías urinarias	No
Parto prematuro	No	Infección genital	No

6.- EXPLORACIÓN FÍSICA

Peso antes del embarazo: 56 Kg. Peso actual: 65 Kg. Peso ideal: 61 Kg. Sobre peso
De: _____ Kg. Estatura: 1.61 Pulso: 70 Tensión arterial: 110/70
Temperatura: 36.5 x min. Respiración: 22 x min.

INSPECCIÓN

ASPECTO FÍSICO. Consciente, adecuada coloración de tegumentos, mucosas orales hidratadas.

PALPACIÓN. Cuello sin alteraciones, mamas turgentes, pezones formados, dolor tipo cólico, abdomen FU 36 cm, sin datos de irritación peritoneal, extremidades sin alteraciones.

PERCUSIÓN. Peristalsis presente, Giordano negativos, reflejos presentes.

AUSCULTACIÓN. Ruidos cardiacos sin alteraciones, campos pulmonares bien ventilados.

Los cotiledones están constituidos por varias vellosidades, cada vellosidad se compone de un recubrimiento de sincitio, una capa celular de Langhans y tejido conjuntivo donde se ramifican los vasos. Los cotiledones están divididos por tabiques intercotiledóneo, que separa los espacios intervillosos en grandes compartimientos, los cuales están irrigados por arterias espirales que desembocan directamente a través de fístulas arterio-venosas en la zona basal del mismo. La sangre asciende en éstos compartimientos hasta llegar a la proximidad de la cara fetal, para ser drenado por el sistema venoso del seno venoso marginal.

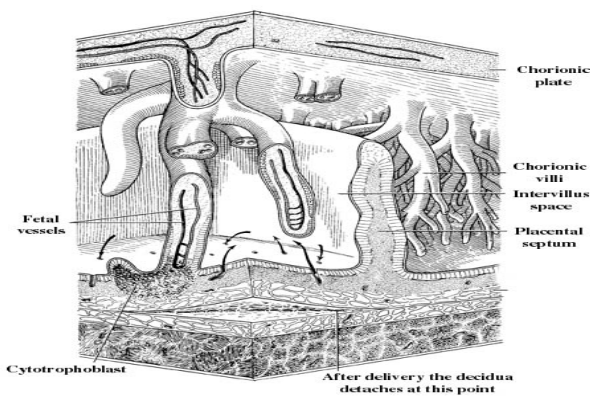
En resumen, la placenta está constituida por un árbol de vellosidades ramificadas, dentro de los senos venosos. Estos se forman de la unión de las vellosidades coriales (placenta fetal) con la decidua, en cuyo seno se labran las lagunas venosas (placenta materna). Cada cotiledón está constituido por varias vellosidades que se bañan en unos espacios en forma de copa llenas de sangre materna. Estas copas forman el espacio intervilloso, por el que circula la sangre materna que intercambia sus sustancias con la sangre fetal. Estos espacios intervillosos están recubiertos por elementos sincitiales que son de origen fetal (trofoblasto).

Histología de las vellosidades

En ellas se distinguen: Estrato celular de Langhans; el sincitio; el eje conjuntivo; los vasos feto-placentarios.

Estrato celular de Langhans

Procede del primitivo citotroblasto, está compuesto por células cuboides dotadas al principio de gran actividad reproductiva, que la va perdiendo a medida que la placenta madura. De este estrato dependen dos (2) formaciones, las células de Holbauer que son células cuboides emigradas en el seno del eje conectivo, dotadas de funciones endocrinas y las columnas trofoblásticas que constituyen el anclaje de la vellosidad en la decidua y tiene funciones endocrinas (formación de gonadotropina).



El sincitio. Es una masa celular sin membranas separatoria. Se originan al ponerse en contacto el trofoblasto con la sangre materna. En la placenta madura el sincitio prevalece sobre las células de Langhans.

El eje conjuntivo Es una sustancia laxa, con escasas células estrelladas, con una sustancia a base mucopolisacarido. A medida que la placenta madura el tejido se densifica alrededor de los vasos y aparecen fibras de colágeno en la placenta madura.³³

Los vasos feto-placentarios Son ramas de las arterias umbilicales y se reúnen para formar la vena umbilical.

Maduración de la Placenta.- La Placenta es la primera etapa de la gestación contiene vellosidades de gran tamaño constituida por un tejido muy laxo pobre en células y carente de fibras, los vasos son escasos ocupando una disposición central. El sincitio y la capa de Langhans son gruesos y muy ricos de células; las células de Langhans emigran hacia el eje conectivo y constituye las células de Holbauer.

A partir del cuarto mes de gestación las células de Langhans empiezan a hacerse escasas y discontinuas. Hacia el sexto mes hay adelgazamiento de las vellosidades y aumento de su lecho vascular. Para el séptimo mes la capa de Langhans desaparece, las vellosidades se hacen más finas y los vasos se acercan al sincitio y a la superficie.

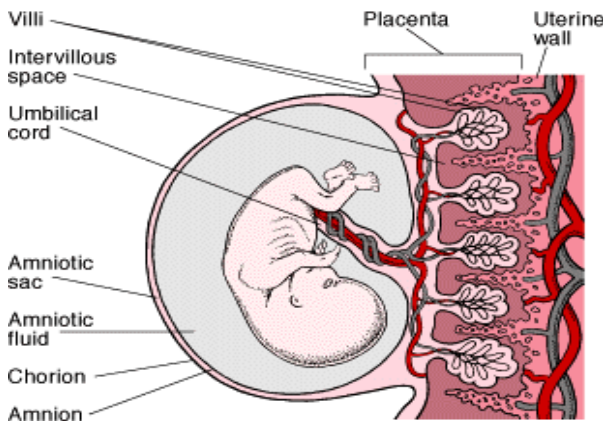
³³ Ibídem., p. 576

Barrera placentaria y control de la transferencia

En la placenta se producen cambios temporales a través de la gestación, en el primer trimestre hay 4 capas en la barrera placentaria (dos trofoblastos, un tejido conectivo y capilar fetal) al término del embarazo hay dos capas (trofoblasto y endotelio capilar fetal). Además de estas capas existe una lámina basal entre el trofoblasto y el endotelio fetal. La barrera además de separar la sangre materna de la fetal, también controla la transferencia placentaria ya que impide el paso libre e indiscriminado de sustancias. Las características sincitiales del sincitiotrofoblasto y las uniones cerradas del endotelio fetal no fenestrado constituye: LA BARRERA PLACENTARIA.

Circulación y hemodinámica placentaria

Durante el embarazo se interponen entre la sangre materna y fetal las siguientes estructuras: endotelio del capilar fetal; tejido conectivo de la vellosidad; capa de Langhans y sincitio. Al final del embarazo por la atrofia de la capa de Langhans y del sincitio, sólo se interponen entre ambas sangres los siguientes tejidos: endotelio capilar y capa de sincitio aplanadísima.



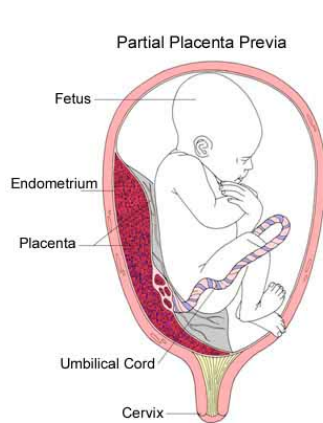
Circulación placentaria materna

La sangre materna llega a los senos placentarios a través de las arterias espirales, ramas de las arterias uterinas. Existe una arteria para cada cotiledón histológico que drena en el centro del mismo. Por estas arterias penetra sangre arterializada directamente a un seno venoso, estableciendo así un sistema de fístula arterio-venosa placentaria. La sangre sale de los senos venosos placentarios por las venas del seno marginal de la placenta. La sangre arterial al llegar al centro del cotiledón se reparte en todas las direcciones en una forma esférica hasta rodearlo por completo.

Luego se realizan los intercambios entre la sangre materna y el feto, convirtiéndose la sangre arterial en venosa.

Circulación placentaria fetal

La circulación placentaria fetal procede de dos arterias umbilicales, ramas de la arteria hipogástrica del feto, llegan a la placenta a través del cordón umbilical, donde se ramifican en forma radial para irrigar los cotiledones placentarios. De estas arterias nacen dos redes capilares, una red capilar central y una red capilar periférica o lecho capilar subsincitial.



La placenta

Es el pulmón fetal. Su porción materna es un gran seno sanguíneo donde se proyectan las vellosidades de la porción fetal conteniendo pequeñas ramas de las arterias y venas umbilicales. El oxígeno (O₂) es tomado por la sangre fetal y el dióxido de carbono (CO₂) es descargado en la circulación materna a través de las paredes de las vellosidades, igual como sucede con el intercambio de O₂ y CO₂ en los pulmones. También es la placenta la vía por donde entran todos los materiales nutritivos al feto y son descargados los desechos a la sangre materna.

Circulación fetal

La sangre oxigenada llega al hígado a través de la vena umbilical, una pequeña porción pasa al sistema portal y el resto a través del conducto venoso pasa a la vena cava inferior, de allí llega a la aurícula derecha en ella la mayor proporción va a la aurícula izquierda a través del agujero oval, pasa luego al ventrículo izquierdo, saliendo por la aorta hacia toda la anatomía en especial cerebro y riñón; el resto de la sangre que llega a la aurícula derecha pasa al ventrículo derecho luego a los pulmones a través de la arteria pulmonar, posteriormente la sangre retorna a la aurícula derecha por la vena cava superior de allí pasa al ventrículo derecho,

donde sale por la arteria pulmonar la mayor proporción va a la aorta por intermedio del conducto arterioso y de allí una pequeña porción va a los miembros inferiores y el resto va a la placenta por las arterias umbilicales.³⁴

Respiración fetal

Los eritrocitos fetales tienen mayor afinidad por el oxígeno, por contener la hemoglobina fetal (hemoglobina F). La diferencia con la hemoglobina del adulto (hemoglobina A), es que la Hb F fija menos el 2-3. Difosfoglicerato (2-3.D.F.G) y esto hace que la hemoglobina fetal tenga más afinidad por el oxígeno.

La HbA aparece en la circulación fetal, alrededor de la semana 20 del embarazo. En el nacimiento solo el 20% de la hemoglobina circulante es la HbA, después del nacimiento generalmente no se forma HbF y a los 4 meses de edad el 90% de la hemoglobina circulante es la HbA.

Inmunología de la placenta

Funciones de la placenta en la inmunología del embarazo: Protección inmunológica al huevo: el huevo (feto y placenta) es un tejido extraño que debe eliminarse por el huésped en un plazo de 2 a 3 semanas, pero éste tejido es tolerado a pesar de la formación de anticuerpos. Explicación: Cambios endocrinos del embarazo especialmente corticoides por la placenta.

El tejido trofoblástico tiene poco poder antigénico. Secreción en el sincitio de proteínas placentarias que tendrían carácter inmunosupresor. La sustancia fibrinoide observada en la placa basal y corial es una barrera para repeler los linfocitos maternos (no se pondría en contacto con los antígenos placentarios situados tras esta barrera).

Transmisión de inmunoglobulinas al feto: por su tamaño celular la inmunoglobulina G puede pasar la placenta. El sistema linfóide fetal tarda en madurar y en los

³⁴ Botella Llusia G. *Fisiología y patología*. p. 302

primeros 3 meses de la vida extrauterina el niño depende, para sus defensas, de las Ig, recibidas de la madre. Se cree que el paso de la Ig es realizado por medio del proceso de pinocitosis.



Mecanismos de transporte en la transferencia placentaria

El paso de moléculas de la circulación materna a la fetal o viceversa se denomina **TRANSFERENCIA PLACENTARIA**. Por la existencia de la Barrera Placentaria, el paso de estas moléculas está controlado por lo que se requiere mecanismos de transportes. En la placenta se han descrito diversos

mecanismos de transporte, tales como:

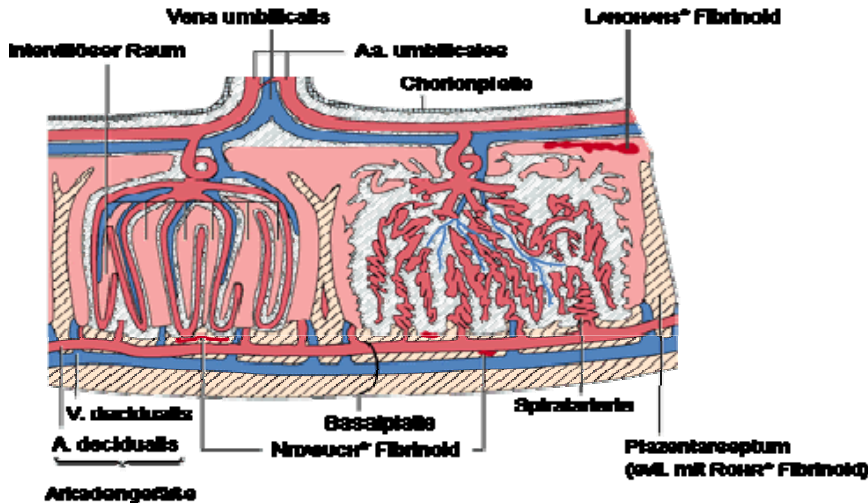
Difusión: Regida por la Ley de Fick, la velocidad de transferencia disminuye con el tamaño de la molécula y la hidrosolubilidad. Ejemplos: ácidos grasos, electrolitos, gases.

Difusión Facilitada: Aumenta de forma específica el coeficiente de difusión de la sustancia. Se precisa de transportador estereoespecífico. El transporte de difusión facilitada coexiste con un componente de difusión simple. Ejemplos: glucosa, lactato.

Transporte activo: Contra gradiente, específico y dependiente de energía. Mediados por transportadores. Ejemplos: algunos cationes, vitaminas hidrosolubles, aminoácidos.

Arrastre por el solvente: El crecimiento fetal supone aumento progresivo de espacios intercelulares. Paso para celular. Ejemplo: electrolitos.

Procesos vesiculares: Medados por receptores de membranas. Ejemplo:



transporte de grandes moléculas. Ruptura de vasos sanguíneos o Trofoblasto, abertura de poros, actividad fagocítica. Puede ser ocasional. Ejemplo: transporte de hierro.

La barrera placentaria por lo complejo de su anatomía, no puede ser ya considerada como una simple membrana semipermeable, ya que para el paso de sustancias a través de ella existen diversos factores que influyen (anatómicos, fisiológicos y bioquímicos).

Entre ellos tenemos: El flujo sanguíneo materno y fetal equilibrado (coeficiente de flujos materno/fetal entre 0.5 y 1.5).

Condición de la barrera placentaria y la plasticidad de la placenta.

Concentración sanguínea de sustancias. Gradiente de concentración madre y feto.

Metabolismo placentario. Ejemplo: la placenta consume 50% de la glucosa que entra.

Transferencia placentaria de metabolitos

Glucosa.

- Es el principal sustrato del metabolismo energético del feto.
- Concentración sanguínea de glucosa en el feto es inferior a la de la madre.
- Sistema de transporte difusión facilitada.
- La velocidad de transporte depende de la glicemia materna.
- Alteran la transferencia neta de glucosa a través de la placenta: Los eritrocitos como transportadores de glucosa pueden alterar el gradiente de concentración (capacidad de transporte muy superior a la de su utilización. Sin embargo no se conoce la repercusión exacta que tiene madre a feto.

Transferencia de aminoácidos

- La concentración sanguínea fetal de los aminoácidos es superior a la materna.
- La concentración intratofoblástica de aminoácidos es superior a la del plasma fetal y materno.
- La captación de aminoácidos por la placenta es superior a la del hígado materno.
- La captación fetal de aminoácidos está destinada a síntesis de proteínas y metabolismo oxidativo.
- La placenta (trofoblasto) tiene una elevada capacidad de captación y acumulación de ácido aspártico y glutámico frente a otros aminoácidos.
- El ácido glutámico captado del plasma fetal se transforma en glutamina y vuelve al compartimiento fetal.
- Los tejidos fetales son responsables de la síntesis de *novo* de aminoácidos (ejem. taurina o aminoácidos), siempre que éstos no sean esenciales para el feto.³⁵

³⁵ *Ibidem.*, p. 285

Se han propuesto dos rutas placentarias distintas en la transferencia placentaria de la madre al feto a través de los canales intracelulares placentarios para los aminoácidos neutros ramificados: difusión constante al feto del contenido de aminoácidos libres del trofoblasto en equilibrio, con el recambio de proteínas trofoblásticas.

Lactato

- Sistema de transporte difusión facilitada.
- Concentración en plasma fetal es superior a la materna.
- La placenta humana *in vitro* metaboliza la glucosa por la vía glucolítica, (hasta el 90% a término).
- La placenta contiene elevadas actividades de las enzimas piruvato deshidrogenasa y lactato.
- El feto humano produce lactato.

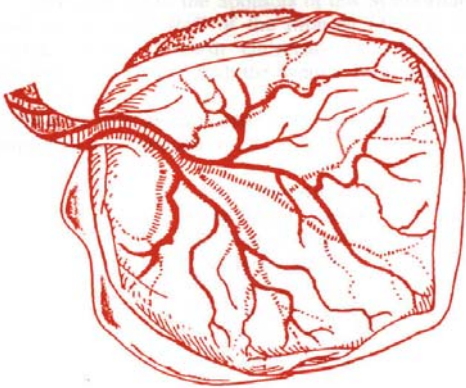
Glicerol

- Sistema de transporte difusión.
- La concentración plasmática de glicerol es superior en la madre que en el feto.
- La transferencia del glicerol materno al fetal es inferior al de la glucosa y los aminoácidos, en esto influye de que la permeabilidad de la placenta al glicerol es mucho menor y por otra parte las concentraciones en plasma son mucho menores.
- La unidad feto-placentaria lo utiliza para la síntesis de lípidos y este consumo es el factor que determina el gradiente de concentración entre la sangre arterial materna y la sangre fetal.

Ácidos grasos

- La concentración materna es superior en el plasma a la fetal.
- En humanos la placenta posee baja permeabilidad para los ácidos grasos.

- Sistema de transporte difusión.
- Luego de su disociación de la albúmina (transportador plasmático).
- Por último se establece un equilibrio trofoblastico con alguna proteína ligadora de ácidos grasos.
- Otro posible mecanismo de transferencia de ácidos grasos de la madre al feto supone un intermedio de esterificación de los ácidos grasos libres en triglicéridos y fosfolípidos en la placenta liberando los ácidos grasos libres en el lado fetal (lipoproteína lipasa placentaria).



Flujo sanguíneo a la placenta

Es evidente que el flujo sanguíneo es un factor muy importante en la transferencia de sustancias materno-fetal. A lo largo de la gestación hay un aumento del flujo sanguíneo uterino, pero este no es uniforme a todas las estructura del útero, ya que a partir de la mitad de la gestación este permanece constante para el miometrio y la decidua aumenta a la placenta por efecto de los estrógenos, que producen vasodilatación mediada por la prostaglandina E.

Durante la gestación, la placenta es la principal productora de estrógenos y los niveles plasmáticos de esta hormona aumentan a medida que avanza el embarazo, en consecuencia el flujo sanguíneo aumenta en la última fase de la gestación y el suministro de nutrientes del feto también aumenta.

Luego de varios estudios se concluye que la reducción del flujo sanguíneo a las placentas produce una disminución en la transferencia (como consecuencia de la menor oferta materna de aminoácidos a la placenta) de glucosa y de aminoácidos siendo la última mucho más intensa, por que la demanda fetal con respecto a la oferta materna es muy superior para la alanina que para la glucosa.³⁶

³⁶ Ibídem., p. 246

APARATO REPRODUCTOR FEMENINO

Este aparato es uno de los más importantes aparatos del cuerpo ya que en él se crea el milagro de la reproducción. Los órganos sexuales y reproductores de la mujer se encuentran casi por completo al interior de la cavidad pélvica, ya que es en el interior del cuerpo femenino donde se produce la fecundación y el embarazo.

Al interior se encuentran los ovarios que producen secreciones internas, el útero y trompas de Falopio (trompas uterinas u oviductos). Al exterior solo se encuentran la vulva, conformada por los labios mayores y menores, el clítoris, La vulva se ubica en la base de la cavidad pélvica, el monte de Venus se encuentra en la cara frontal del pubis.

GENITALES EXTERNOS

MONTE DE VENUS: El monte de Venus es una superficie cubierta de vello en forma triangular en la mujer. Es una acumulación de grasa subyacente a la piel que cubre la sínfisis púbica y hace que la piel se eleve en forma de una eminencia redondeada.

LABIOS MAYORES: Inmediatamente debajo del monte de Venus se originan dos pliegues de piel, labios mayores se separan uno del otro al dirigirse hacia atrás y vuelven a acercarse (sin encontrarse). Son de color rosado y se encargan de rodear y proteger los orificios externos de la vagina y la uretra, al clítoris y a los labios menores, cada pliegue posee dos superficies cubiertas de piel. La epidermis que reviste la superficie externa de cada labio tiende a ser pigmentada y está provista de abundantes folículos pilosos grandes y glándulas sebáceas. La piel de la superficie interna también tiene folículos pilosos y glándulas sebáceas, pero el vello es delicado.

CLÍTORIS: Cerca del extremo anterior de la hendidura entre los labios mayores hay un pequeño cuerpo del tejido eréctil llamado clítoris. Es homólogo al pene del varón, es la parte más sensible de los órganos sexuales femeninos, con alrededor de un centímetro de longitud. Está formado por dos cuerpos cavernosos que se extienden hacia abajo a cada lado de los huesos del arco, tiene un capuchón o glándula formado por una estructura distinta que es el principio de los bulbos vestibulares.

LABIOS MENORES: inmediatamente por delante del clítoris se advierten dos pliegues delicados de piel, los labios menores; después de cubrir parte del clítoris entre ellos se dirigen hacia atrás siguiendo el mismo trayecto de los labios mayores, estos consisten en pliegues delicados de piel, pero no poseen velos. En las dos glándulas sebáceas y sudoríparas.

VESTÍBULO VAGINAL: Es una pequeña región triangular, limitada en ambos lados por los labios menores y por delante del clítoris. Los orificios vaginal y uretral, así como los orificios de los conductos de las glándulas de Bartholini, se hallan en el vestíbulo.

GLÁNDULAS DE BARTHOLINI: A cada lado de la vagina hay dos glándulas pequeñas de tipo tubuloalveolar y que secretan moco. Cada una drena en un conducto que desemboca en el surco entre el himen y el labio menor del lado correspondiente. El líquido secretado lubrica las partes genitales.

HIMEN: Los labios menores rodean al vestíbulo de la vagina. En la mujer que no ha tenido relaciones sexuales, tienen un pliegue membranoso incompleto, el himen, sobre sale centralmente desde los bordes del vestíbulo y ocluye parcialmente la entrada de la vagina.

PERINE: Representa la cara externa del suelo de la pelvis, desde el arco del pubis hasta el ano, con sus músculos y aponeurosis subyacentes. Se llama cuerpo peritoneal a la porción posterior del perineo, que forma un tabique entre el recto y la vagina. El periné es extensible, y durante el parto se dilata de modo considerable.

Sin embargo no es raro que se produzca desgarramiento y si este es muy grande y no se sutura, la vagina y el útero pierden el sostén que le brinda el perine y pueden sobrevenir trastornos anormales.³⁷

ÓRGANOS INTERNOS

OVARIOS: En la mujer sexualmente madura los ovarios son cuerpos ovoides algo aplanados, de 2.5 cm. A 5 cm. de largo, 1.5 cm. A 3 cm. de ancho y 0.6 cm. De 1.5 cm. de grueso, suelen localizarse lateralmente al útero. Las glándulas sexuales que albergan a los óvulos producen hormonas sexuales femeninas (estrógeno y progesterona). La pared anterior de cada ovario esta unida al ligamento ancho cerca de la pared lateral de la pelvis, por medio de un pliegue corto de peritoneo llamado mesovario. Un ligamento ovárico, une el extremo interno de cada ovario con el útero.

El ovario tiene 3 componentes: 1) Superficie: Epitelio simple llamado germinal. 2) Corteza: Compuesta de estroma de tejido conjuntivo que sostiene miles de folículos; cada mes un grupo de folículos primarios preovularios comienza a aumentar de tamaño y sintetiza hormonas esteroideas, uno de estos finalmente formara un cuerpo lúteo. 3) Médula: Compuesta de estroma de sostén, que contienen una rica red de vasos y nervios.

TROMPAS DE FALOPIO: Son dos tubos en forma de “J”, conectan los ovarios con el útero, localizados en el límite superior del ligamento ancho. Se extienden desde su apertura hacia la cavidad peritoneal cerca de los ovarios hasta el fondo del útero, donde se abren a la cavidad uterina.

³⁷ Félix Ramírez Alonso, *Obstetricia para el Profesional de Enfermería*, Editorial Manual Moderno S.A.de C.V México. D.F, 2002.Pag.343.

Cada oviducto tiene 12 cm. de longitud y consisten en 4 partes: 1) Una porción intramural la que atraviesa la pared del útero, 2) Istmo es la porción angosta y corta de la trompa junto al útero, 3) Ampolla, es la porción más larga de la trompa, que tiene aproximadamente. El diámetro de un lápiz y se extiende desde el istmo hasta el, 4) Infundíbulo, que es la terminación expandida de la trompa y posee repliegues. La parte del oviducto consiste en tres capas: mucosa, túnica muscular y serosa.

ÚTERO: Es un órgano muscular hueco con forma de pera invertida algo aplanada, mide aprox. 7 cm y 3 de ancho, pesa unos 50 gramos, de pared gruesa y elástica, situado detrás de la vejiga y delante del recto. La porción más angosta es el cuerpo. La parte superior del cuerpo esta situada por arriba de la desembocadura de los oviductos, es el fondo. Como el cuerpo del útero es algo aplanado, la cavidad central se dispone a manera de hendidura. El útero se compone de 3 capas:

MIOMETRIO: Tiene haces de músculos liso separados por tejido conectivo, los cuales se disponen en tres capas internas y externas son más delgadas y la media es mucho más gruesa, los vasos sanguíneos son de mayor calibre por lo que es llamada estrato vascular.

ENDOMETRIO: Mucosa que reviste el fondo y cuerpo del útero. Tiene una capa de epitelio y lamina propia de tejido conectivo llamado estroma endometrial que se continua con el miometrio, está formado por dos capas una superficial y gruesa llamada capa funcional (en la menstruación se desprende casi por completo) y una profunda y delgada llamada capa basal (permanece intacta en la menstruación y regenera la capa funcional).

SEROSA: Consiste en una sola capa de células mesoteliales sostenidas por una capa delgada de tejido conectivo laxo, se continua a cada lado del órgano con el periné del ligamento ancho.

El útero está formado por ligamentos anchos, redondos, sacros, cervicales transversos, pubocervicales.

CUELLO UTERINO: Es el segmento inferior relativamente angosto, consta principalmente de músculo liso. El cuello se divide en dos secciones: Endocervix, superior relacionado con el cuerpo del útero, por encima del orificio interno, cubierto anteriormente por periné. Ectocervix, inferior relacionado con la vagina, por debajo del orificio interno. El cuello debe dilatarse mucho en el parto para permitir el paso del feto. El factor principal que permite que el cuello se dilate como respuesta a las fuerzas mecánicas es el ablandamiento de la sustancia intercelular, por medio de las hormonas del embarazo como la oxitócica y la relaxina.

CONDUCTO CERVICAL: Es aplanado y la mucosa está compuesta de epitelio con lámina propia de tejido conectivo. La parte del cuello uterino que sobresale en la vagina está cubierta de epitelio plano estratificado no queratinizado. El canal del cuello uterino está cubierto de glándulas que secretan moco espeso impenetrable para el espermatozoide hasta el momento en que los ovarios liberan un óvulo (ovulación).

La parte del útero con la cual se une el cuello se le llama istmo del útero, cuando se necesita mayor espacio para acomodar al feto de lo que puede proporcionar el cuerpo el istmo se dilata y alarga.

VAGINA: Es un tubo aplanado que se localiza entre el meato urinario y el ano, sirve como vaina para el pene en el coito. Sus paredes consisten principalmente en músculo liso y tejido conectivo fibroelástico, revestidas de mucosa que se disponen en pliegues transversales llamadas arrugas. Mide entre 8 y 13 cm, de largo y se conecta con el exterior por medio de la vulva y en el interior del cuello del útero. Contiene glándulas que secretan mucosidad para mantener húmeda la membrana y así ayudan a mantener los genitales externos húmedos.³⁸

³⁸ Félix Ramírez Alonso, Obstetricia para el Profesional de Enfermería, Editorial Manual Moderno S.A De C.V México. D.F, 2002.Pag.3 -43.

15.2.- DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA

Definición: La separación parcial o total de la placenta, normalmente insertada en la cavidad uterina, después de las 20 semanas de gestación. Y antes del tercer periodo de trabajo de parto. Se ha denominado en Latín abruptio placentae, que significa. “Desgarro en pedazos de la placenta.”

Parte del sangrado del desprendimiento placentario usualmente se insinúa entre las membranas y el útero; luego drena por el cello uterino, produciendo una hemorragia externa, con menor frecuencia, la sangre no sale al exterior y queda retenida entre la placenta despegada y el útero, produciendo una hemorragia oculta, facilitando la posibilidad de que se desarrolle una coagulopatía por consumo ya que la extensión de la hemorragia, tal vez no sea apreciada.

CLASIFICACIÓN

Grado: I	No se reconoce clínicamente
Grado: II	Signos clásicos, producto vivo
Grado: III	Severo, producto muerto
III A:	Sin.....Coagulopatía
III B:	Con.....Coagulopatía

EPIDEMIOLOGÍA

La incidencia del desprendimiento prematuro de la placenta, incluso cualquier separación de la placenta previa al parto, es de alrededor de 1 de cada 150 partos. La forma severa, que produce muerte del feto, se presenta únicamente en alrededor de 1 por cada 500 a 750 partos.

La intensidad de un desprendimiento depende de la rapidez con que la gestante acuda a un Centro de atención tras la aparición de dolor abdominal, hemorragia o ambas, ya que cualquier retraso habrá probabilidades de un desprendimiento extenso, con muerte del feto.

- 30 % de las causas de sangrado del tercer trimestre del embarazo.
- La intensidad del desprendimiento, varía según la rapidez de reacción de la mujer para consultar y recibir atención.
- La incidencia informada de desprendimiento placentario es, en promedio, de 1 por cada 200 partos.

ETIOLOGÍA

Con frecuencia es difícil determinar las causas exactas del desprendimiento prematuro de la placenta. Las causas definibles y directas que producen esta separación son poco comunes (del 1 al 5%) y entre éstas están factores mecánicos, como trauma abdominal (por ejemplo un accidente automovilístico o una caída), pérdida súbita en el volumen uterino como ocurre con la pérdida rápida del líquido amniótico, el parto del primer gemelo o un cordón umbilical anormalmente corto (por lo general un problema que sólo se presenta en el momento del parto).

Entre los factores de riesgo que la predisponen se pueden mencionar:

Historia clínica de desprendimiento prematuro de placenta (después de un episodio previo la recurrencia es del 10 al 17%; después dos episodios previos, la incidencia de recurrencia excede el 20%). La presión sanguínea alta durante el embarazo está asociada con un desprendimiento prematuro de placenta del 2,5 al 17,9% de incidencia.

Esto puede ser causado por pre-eclampsia, eclampsia u otras condiciones. Aproximadamente el 50% de los casos de desprendimiento prematuro suficientemente severos como para causar muerte al feto están asociados con hipertensión.³⁹

³⁹.- W.Ladewing Patricia, *Enfermería Maternal y del Recién nacido*, Editorial McGraw-Hill Interamericana, Quinta edición 2008, p.345-400.

Otros factores incluyen: edad avanzada de la madre, alto número de partos anteriores, aumento de la distensión uterina (como puede ocurrir con embarazos múltiples o una cantidad anormal y elevada de líquido amniótico), diabetes mellitus en la mujer embarazada, consumo de cigarrillos, consumo excesivo de cocaína y consumo de alcohol durante el embarazo (más de 14 vasos por semana).

TIPOS:

- Marginal; ubicada en el margen del orificio cervical interno; cubre parte del orificio cervical interno.
- Completa: cubre completamente el orificio cervical interno.
- Implantación baja: se localiza en el segmento uterino inferior.

FISIOPATOLOGÍA DEL DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA

Separación prematura de la placenta; hemorragia accidental; ablación de la placenta: placenta abrupta.

Es la separación de la placenta (el órgano que alimenta el feto) del sitio de implantación uterina antes de dar a luz. En la mayoría de los embarazos, la placenta permanece unida con firmeza a la parte superior de la pared uterina.

En 1 de cada 150 embarazos, usualmente durante el tercer trimestre, la placenta se separa de la pared del útero de forma prematura, provocando que el útero sangre. En algunos casos sólo se separa una parte de la placenta, en otras ocasiones se desprende totalmente.

El desprendimiento prematuro de la placenta, disminuye el suministro de oxígeno y nutrientes al feto, lo cual lo convierte en una de las principales causas que provocan la muerte fetal en el tercer trimestre. Sin embargo, todas las madres y más del 90% de sus bebés, sobreviven al desprendimiento prematuro de la placenta.

Nadie comprende totalmente los factores que ocasionan el desprendimiento de la placenta, sin embargo, las mujeres con presión arterial alta tienen el riesgo más alto. Otros factores de riesgo incluyen, enfermedades cardíacas, diabetes, fumar y el consumo de cocaína o alcohol. Las mujeres Afroamericanas, mayores de 40 años o que hayan tenido desprendimiento prematuro de la placenta anteriormente, tienen más posibilidades de sufrirla. En muy raras ocasiones un trauma experimentado por la madre puede ocasionarlo, por ejemplo, un accidente automovilístico de gravedad

El desprendimiento se inicia con una hemorragia dentro de la decidua basal, por lo tanto la decidua basal se separa y deja una delgada capa adherida al miometrio. En su etapa temprana consiste en el desarrollo de un hematoma decidual, que lleva la separación, compresión y finalmente a la destrucción de la placenta adyacente a éste.

En ciertas condiciones, una arteria helicoidal de la placenta, se rompe y produce un hematoma retroplacentario, que cuando se expande, lesiona más vasos y separa aún más la placenta. La zona de separación, rápidamente se vuelve más extensa y alcanza los bordes de la placenta.

HEMORRAGIA OCULTA

- Cuando hay un derrame de sangre detrás de la placenta, pero sus bordes Todavía están adheridos.
- La placenta está totalmente separada y las maniobras retenidas, todavía se mantienen adheridas a la pared uterina.
- La sangre logra acceder a la cavidad amniótica, después de atravesar las membranas.
- La cabeza fetal está en una situación tan proximal al segmento uterino inferior que la sangre no pueda pasar a través de él.

HEMORRAGIA DEL FETO Y LA MADRE

El sangrado con desprendimiento placentario, casi siempre es de origen materno. Cuando se trata de un desprendimiento no traumático, se ha encontrado hemorragia fetomaterna hasta de un 20 % de los casos y cuando se trata de un desprendimiento traumático el sangrado comúnmente es de origen fetal.

CUADRO CLÍNICO

Los signos y síntomas del desprendimiento placentario varían y habitualmente, van de acuerdo al grado de desprendimiento.

El sangrado y dolor abdominal son hallazgos más acostumbrados, sangrado profuso, dolor lumbar, hiperestesia uterina, polisistolía y útero hipertónico persistente, náusea, vómito, hipotensión, sensación de desmayo, petequias coagulación vascular diseminada, contracciones uterinas, presencia de sangre en el líquido amniótico, sufrimiento fetal.

A LA EXPLORACIÓN FÍSICA

Durante un examen físico, se puede observar sensibilidad uterina y/o aumento del tono uterino. El sangrado en el embarazo puede ser visible u oculto.

EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE

- Biometría hemática Completa: Que puede mostrar disminución del hematocrito o la hemoglobina y las plaquetas, Grupo y Rh.
- Examen de protrombina, tromboplastina.
- Examen de nivel de fibrinógeno.
- Ultrasonido abdominal
- Pruebas cruzadas.
- Pruebas de función renal

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Principalmente el desprendimiento prematuro de la placenta. También debe descartarse lesiones hemorrágicas de la vagina, cérvix, y rotura uterina (complicación excepcional que se asocia con rápido deterioro materno y fetal).

	Placenta previa	Desprendimiento de la placenta
Hemorragia externa	Moderada a profusa	Ausente o moderada
Hemorragia interna	Ausente o mínima	Moderada o profusa
Hemorragia recurrente	Presente	Generalmente no progresiva
Tono del útero	Sin variación	Aumento de moderado a severo
Toxemia	Generalmente ausente	Frecuentemente presente
Placenta palpable	Si	No
Tendencia a hemorragia post-parto	Aumentada	Frecuentemente presente.
Frecuencia cardíaca fetal	Normal, disminuidas o ausentes.	Normal, disminuidas o ausentes.
Pronóstico fetal		Pobre

TRATAMIENTO

El tratamiento comprende reemplazo de líquidos por vía intravenosa, transfusión de sangre y control cuidadoso de la madre en búsqueda de síntomas de shock y de signos de sufrimiento fetal (ritmo cardíaco fetal muy alto, muy bajo o cambios anormales en el ritmo cardíaco del feto en relación con las contracciones).

Es posible que sea necesario practicar una cesárea debido al sufrimiento fetal o el sangrado de la madre. En caso de un feto inmaduro y ante la evidencia de un probable desprendimiento de placenta, la madre puede ser hospitalizada para observación y si no hay evidencia de que se presente el desprendimiento prematuro, se le puede dar de alta a los pocos días.

Si el feto es maduro, se puede realizar un parto vaginal si el sufrimiento fetal y de la madre es mínimo; de lo contrario, se puede optar por una cesárea para proteger a la madre y al bebé.

- Medidas de urgencia.
- Oxígeno, ventilación y circulación.
- Reanimación intravenosa.
- Oxitocina.
- Tener disponible unidades de sangre.
- Corregir la anemia, hipovolemia y la hipoxia materna.

PARTO VAGINAL

- Se recomienda si el desprendimiento es limitado cuando el feto está muerto.
- Contraindicado: Si la hemorragia es rápida e incontrolable.
- En caso de complicaciones obstétricas que contraindiquen el parto vaginal.

AMNIOTOMIA

Mediante la rotura prematura de membranas en el desprendimiento de la placenta, debido a que la salida de líquido amniótico reduce la hemorragia del lecho placentario y disminuye la penetración de tromboplastina del coágulo retroplacentario en la circulación materna.

CESAREA

- Se sugiere en caso de feto viable.
- Si las condiciones no son adecuadas para el parto vaginal rápido.
- Desprendimiento progresivo y grave.
- Dilatación cervical menor a 4 cm.

COMPLICACIONES

En general se observa después del alumbramiento la hemorragia, más tarde las alteraciones de la coagulación se manifiestan a todos los niveles: petequias, hematomas periféricos, epistaxis, gingivorragias, hemorragias viscerales (hematuria, hematemesis). Si no se corrige puede producirse la muerte de la paciente por la anemia.

La pérdida excesiva de sangre puede provocar shock y la posible muerte de la madre y/o feto. Si el lugar de fijación de la placenta comienza a sangrar después del parto y la pérdida de sangre no se puede controlar por otros medios, se hace necesario practicar una histerectomía (extirpación del útero).

UTERO DE COUVALAIRE

También denominada apoplejía útero-placentaria, esta unidad ocurre cuando existe extravasación de sangre dentro de la musculatura uterina y por debajo de la serosa. La lesión miométrial y la coagulación retro placentaria, se acompaña de liberación de grandes cantidades de tromboplastina en la circulación materna, lo que es en casos graves coagulación intravascular diseminada.⁴⁰

EMBOLIA DE LÍQUIDO AMNIÓTICO

La sangre del desprendimiento, puede abrirse paso a través de las membranas de la placenta, que puede ocasionar hemorragia hacia el líquido amniótico y así favorecer la embolia de líquido amniótico.

⁴⁰ Nuñez Maciel Dr., G.Eduardo. *Ginecología y Obstetricia Número*, Tercera edición México D.F, 1991, Pag.281-300.

COAGULOPATIA POR CONSUMO

Las causas más frecuentes de coagulopatía por consumo, es el desprendimiento placentario. Una hipofibrinogenemia manifiesta menos de 150 mg/dl de plasma, junto con niveles elevados de productos de degradación de fibrinógeno, fibrina y otros factores de coagulación, se encuentran cerca del 30% de las mujeres con desprendimiento prematuro de placenta.

INSUFICIENCIA RENAL

La insuficiencia renal aguda que persiste durante cierto tiempo, se observa en formas graves de desprendimiento placentario. La disminución significativa de la perfusión renal, es la consecuencia de la hemorragia masiva, isquemia, estado de choque, vaso espasmo y coagulación extravascular diseminada, la proteinuria es común, especialmente, en las formas graves de desprendimiento.

CHOQUE HIPOVOLÉMICO

El choque secundario a hemorragia obstétrica masiva, continua siendo en México una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna. En el desprendimiento prematuro de placenta, el sangrado puede desencadenar coagulopatía por consumo de factores e infiltración hepática del estroma uterino, que perpetua el sangrado.

MORBILIDAD Y MORTALIDAD PERINATAL

La tasa de muerte fetal varía del 20 al 35%. En aproximadamente el 15% de los casos, no se detecta el tono cardíaco fetal en el momento de ingresar al hospital.

El sufrimiento fetal aparece temprano en este trastorno en aproximadamente el 50% de los casos y los bebés que sobreviven tienen entre 40 y 50% de posibilidades de presentar complicaciones que van de leves a severas.

La mortalidad materna es poco común y su índice en diferentes lugares del mundo varía del 0,5 al 5%, pero el diagnóstico oportuno de la condición y una intervención adecuada deben disminuir dicho índice aún más.

Los factores desfavorables que pueden aumentar el riesgo de muerte de la madre o del feto son: sangrado vaginal en el embarazo que está oculto, pérdida excesiva de sangre que causa shock, ausencia del trabajo de parto, cuello uterino cerrado, al igual que un retraso en el diagnóstico y tratamiento.⁴¹

PRONOSTICO

- El pronóstico más grave, es para los embarazos complicados por una hemorragia.
- La cantidad de placenta desprendida es mayor al 50%, el pronóstico del embarazo es reservado.

PREVENCIÓN

Se recomienda evitar comportamientos de riesgo como consumir alcohol, fumar y consumir drogas durante el embarazo, al igual que procurar atención prenatal oportuna y continua. La identificación y manejo temprano de condiciones de la madre como diabetes mellitus e hipertensión también disminuyen el riesgo de desprendimiento prematuro de placenta.

⁴¹ Cañete Palomo M.L *Urgencias En Ginecología y Obstetricia*_Editorial Fiscam, Primera edición Madrid, España, año 2003.pag.672-680.