



Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON Y EL
PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA APLICADO
A UNA MUJER CON PREECLAMPSIA

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

MARIA DE LOURDES GORDILLO VAZQUEZ

No. de Cuenta 9562416-9

México, D. F.

Septiembre del 2000

2352416-9



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON Y EL PROCESO DE
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A UNA MUJER CON
PREECLAMPSIA

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:
MARÍA DE LOURDES GORDILLO VÁZQUEZ
No. de cta: 9562416-9

DIRECTORA DE TRABAJO:

LIC.EN ENF. ELIA ALJAMA CORRALES

MÉXICO, D.F.

SEPTIEMBRE DEL 2000

DEDICATORIAS

A Dios:

Por permitir alcanzar un objetivo más
en mi existencia .

A mi Madre:

Con amor, por darme la vida y
compensando con éste trabajo su
esfuerzo por darme una formación
profesional.

A mis Hijos:

Dagoberto y Lizzbeth, por todo el
amor y la ternura que se merecen..

A mis Hermanos:

Con cariño por el apoyo moral que
siempre me han brindado.

AGRADECIMIENTO

A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia por haberme dado formación profesional.

Lic. en Enfermería y Pedagogía.

Elia Aljama Corrales por su paciencia, asesoría y consejos en la elaboración de éste trabajo.

A los integrantes del jurado por sus aportaciones a éste trabajo.

A todas aquellas personas, que de una u otra forma contribuyeron en la elaboración de ésta tesis.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.

OBJETIVOS.

METODOLOGÍA.

I. MARCO TEÓRICO.

	Página
1. Enfermería y su evolución a través del tiempo.	1
2. Teorías y modelos.	4
Propósitos esenciales de las teorías de enfermería.	4
Escuelas participantes de la concepción disciplinar.	6
3. Aplicación del modelo de Virginia Henderson en el Proceso de Atención de Enfermería.	13
Valoración y Diagnóstico.	15
Factores que influyen la satisfacción de las necesidades.	17
Grado de Dependencia e Independencia en la satisfacción de las 14 necesidades.	17
Fuentes de dificultad.	19
4. Proceso de Atención de Enfermería en el campo profesional.	21
Valoración.	23
Diagnóstico.	28
Planeación.	30
Ejecución	32
Evaluación.	34

5. Conocimiento de otras disciplinas que apoyan al Proceso de Atención de Enfermería.	35
Datos epidemiológicos.	35
Causas y Factores Coexistentes.	36
Enfermedad Hipertensiva Aguda del Embarazo.	39
Los tres signos cardinales de la Preeclampsia.	41
Tratamiento de la Preeclampsia/Eclampsia.	46
Prevención de la Preeclampsia.	55
II. APLICACIÓN DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON A UNA PACIENTE CON PREECLAMPSIA.	
Valoración de las 14 necesidades básicas durante su estancia en el servicio de tococirugía y ginecología.	56
Presentación de los planes de cuidados de enfermería de acuerdo a las 14 necesidades de Virginia Henderson.	63
Planes de cuidados de Enfermería.	64
CONCLUSIONES	
SUGERENCIAS	
BIBLIOGRAFÍA	

INTRODUCCIÓN

No es nada nuevo plantear que en los últimos 20 años la evolución de la profesión de la Enfermería ha sido muy importante, ya que durante mucho tiempo se ha sobreentendido a la actividad Enfermera y por ende sus conocimientos, técnicas y prácticas como labor auxiliar de la medicina.

La profesión de Enfermería vive hoy momentos de oportunidades y desafíos únicos, mientras más se desarrollan los sistemas de salud y se vuelven más complejos, más imperativa se hace la necesidad de desarrollar al entorno Enfermera y salud.

En el presente trabajo se hace mención sobre el Proceso de Atención de Enfermería, como método sistemático y organizado por diferentes etapas que ayudan a precisar y a solventar de manera eficaz las necesidades de cada persona y que tiene como objetivo fundamental la adecuada planificación de cuidados orientados al bienestar de la persona.

Los profesionales de Enfermería somos plenamente conscientes de ello y por éste motivo consideramos el modelo de Virginia Henderson como modelo elegido, ya que fue desarrollado sistemáticamente. Además identifica las 14 necesidades fundamentales del individuo sano o enfermo.

También se pretende dar a conocer la aplicación teórica y práctica del Proceso de Atención de Enfermería a una persona con preeclampsia, ya que es uno de los problemas de salud materna y perinatal más frecuentes del servicio de gineco - obstetricia del hospital general de zona número 1 de la ciudad de Tapachula Chiapas, lugar en donde se desarrolló el presente trabajo.

OBJETIVO

Proporcionar un cuidado integral a una mujer con Preeclampsia a través del Proceso de Atención de Enfermería basándose en el modelo de Virginia Henderson.

METODOLOGÍA

Se recopiló información bibliohemerográfica, se estableció un fichero con 180 fichas de trabajo con un manejo de 20 autores en promedio. En lo que respecta a enfermería, y 12 textos con respecto a la preeclampsia que es parte del tema central en éste trabajo. Analizando la experiencia profesional se seleccionó a una mujer modelo y representativa a la que se le aplicó el Proceso de Atención de Enfermería.

El proceso se inició con la primera etapa de valoración el cual se realizó en el servicio de tococirugía del hospital general de zona número 1, y fue en el ingreso de la persona, ésta se llevó a cabo primeramente con la observación, se le realizó una entrevista teniendo un instrumento de valoración previo y terminé con la exploración física en la cual, se definió su estado de salud descubriéndose necesidades y/o problemas. Una vez teniendo los diagnósticos se enlistaron en forma prioritaria, de acuerdo a las necesidades de Virginia Henderson y con ello se estableció el plan de cuidados tomándose en cuenta el grado de dependencia e independencia y con ello se logró proporcionar cuidado integral a la persona.

MARCO TEÓRICO

1. ENFERMERÍA Y SU EVOLUCIÓN A TRAVÉS DEL TIEMPO.

Es muy probable que Enfermería sea una de las actividades más antiguas de la humanidad y se requiere una vivida imaginación para visualizar como ha ido evolucionando en los últimos tiempos en un mundo en continuo cambio.

En la historia contemporánea nos indica que antes de los años treinta existían pocas Enfermeras graduadas y eran las estudiantes de Enfermería quienes realizaban las acciones de éstas, siendo actividades que nada tenían que ver con la profesión como son: fregar suelos, llevar bandejas, limpiar equipos, etcétera; además del cuidado rutinario de los pacientes.

Hacia los años cuarenta la actividad de Enfermería, se veía más reflejada hacia los cuidados de salud, en sus funciones entraba la toma de la presión arterial, aspiraciones, transfusiones, administración de oxígeno, administración de los medicamentos, colaboraban en los quirófanos, en la sala de partos etcétera, en ésta década eran más las ingresadas en los hospitales ya que se vieron respaldadas por la aparición de los seguros hospitalarios y los planes de pago.¹

En ésta primera mitad del siglo veinte aparte de las dos guerras mundiales existieron otros acontecimientos que influyeron en el sistema de cuidados de salud y de quienes los ejercían.

En la década de los cincuenta el ejercicio profesional y la formación de Enfermería se enfrentaba a graves problemas como consecuencia del desarrollo tecnológico y del cambio social, la definición de la Enfermería se estaba obscureciendo. Según Abdellab, una de las principales barreras que

1. Donahue, M. Patricia, "La Enfermería la condición del arte" en Historia de la Enfermería p. 10

impedían que la Enfermería adquiriera un campo profesional era la ausencia de un cuerpo de conocimiento científico únicos para la Enfermería. La prestación de la asistencia a los pacientes estaba organizadas en torno a la identificación de las necesidades de la institución más que las del paciente. ²

Los modelos de plantilla estaban basados en las necesidades identificadas en los pacientes y tal como lo imaginó Abdellab, consistía en unidades de cuidados intensivos, de cuidados intermedios, de asistencias a crónicos, de auto ayuda y de asistencia a domicilio. Agrupando a los pacientes por necesidades similares no por el diagnóstico.

En los años sesenta Lidia Hall diseñó y desarrolló un centro que proporcionara cuidados de Enfermería continuos y de calidad con el fin de favorecer la curación, prevenir las complicaciones, promover la salud y evitar las recaídas y las nuevas enfermedades. ³

Con la aparición de la Enfermera enfocada a la atención primaria, las funciones de la Enfermera cambiaron en su totalidad, ya que ella asumía la responsabilidad de toda una gama de actividades con el paciente durante las 24 horas y los 7 días de la semana, además se incluían consultas, planificación y valoración de los cuidados, planificación del alta etcétera, igualmente era la más capacitada para situar al paciente en un entorno que le favoreciera la consecución de la salud.

2. ENEO - UNAM "Antología de Textos filosóficos y filosofía de Enfermería" p. 284.

3. ENEO - UNAM "Ob Cit" p. 294.

Virginia Henderson fue una de las primeras Enfermeras modernas que le dio definición a la profesión de Enfermería "la función propia de la Enfermera es de ayudar al individuo sano o enfermo para que realice aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su recuperación o a una muerte tranquila. 4

En los años setenta Enfermeras dedicadas a la atención primaria ejercen la práctica privada o comparten consulta con un médico. Aunque Enfermería ha dado un paso adelante los problemas siguen vigentes ya que no les deja de preocupar las largas horas de trabajo peligrosas, la imposibilidad de utilizar los propios conocimientos, toma de decisiones, bajos salarios y otras circunstancias que les impiden proporcionar cuidados de Enfermería de alta calidad.

La evolución de la profesión de la Enfermería se ha producido dentro de un contexto político que ha puesto mucho impedimento al proceso de desarrollo, por ello amerita la enseñanza a nivel superior debido al avance científico y tecnológicos así como la especialización de los procesos asistenciales que exigen otras capacidades de la Enfermera profesional como son saber buscar, procesar y comprender el conocimiento para enfrentar la solución de los problemas que competen al ejercicio profesional. Ya que hoy vive momentos de oportunidades y desafíos únicos, por ello debemos seguir en la línea de evidencias y dar a conocer el valor añadido que aportamos el valor a la salud. 5

4. Donahue, M. Patricia "La Enfermería y la Condición del Arte" p. 39

5. Marilyn Snaffner "El Arte de la Enfermería" Nursin, edición española p. 8

2. TEORÍAS Y MODELOS

El desarrollo de la teoría es considerada por muchas Enfermeras como una de las labores más cruciales a las que se enfrenta la profesión hoy en día.

La Enfermería es una profesión que está involucrada en la identificación de su base única de conocimientos o la también llamada ciencia de la Enfermería. Para tal identificación se requiere el desarrollo y el reconocimiento de los conceptos y teorías específicas de la Enfermería.

La teoría del desarrollo tuvo su momento en los años 60 y ha progresado narradamente desde entonces con la ayuda de muchas Enfermeras en las conferencias sobre la teoría y en la investigación para clarificar o hacer validez las teorías. ⁶

2.1. PROPÓSITOS ESENCIALES DE LAS TEORÍAS DE ENFERMERÍA

- Genera conocimientos que facilita mejorar la práctica.
- Organiza la información en sistemas lógicos.
- Descubre agujeros de conocimientos en el campo específico del estudio.
- Descubre el fundamento para la recogida de datos, fiable y verás, sobre el estado de salud de los clientes, los cuales son esenciales para que la decisión y su cumplimiento sean efectivos.
- Aporta una medida para evaluar la efectividad de los cuidados de Enfermería.
- Desarrolla de una manera organizada de estudiar la Enfermería.
- Guía la investigación en la Enfermería para ampliar los conocimientos. ⁷

6. Kozier Bárbara,.... en "Marco Conceptual y Teorías de Enfermería" en Introducción a la Enfermería p. 58

7. IDEM

Una teoría es un conjunto de proposiciones lógicamente conectadas entre sí empleado para describir, explicar y predecir una parte del mundo empírico.

Además permite explicar en forma sistemática métodos de atención de Enfermería y predecir los resultados.

Las teorías susceptibles de comprobación proporcionan una base de conocimientos a la ciencia de la Enfermería, conforme avance ésta ciencia, las Enfermeras podrán comprender más a fondo y explicar acontecimientos pasados, y dispondrán de una base para predecir y controlar los acontecimientos futuros, además la práctica basada en la ciencia, respalda la imagen de la Enfermería como una disciplina profesional. 8

Las grandes corrientes del pensamiento o maneras de ver o comprender el mundo, han sido llamados paradigmas, principalmente por el filósofo Kuhn (1970) y el físico Capra (1982). Éstos pensadores han precisado los paradigmas dominantes del mundo occidental, paradigmas que han influenciado en la disciplina Enfermera y éstas son: cuidado, persona, salud y entorno. 9

Las concepciones elaboradas para la profesión Enfermera permite precisar la relación entre éstos conceptos. Éstas concepciones son las formas de concebir el servicio específico que las Enfermeras prestan a la sociedad. Y cuando ésta concepción es completa y explícita, se denomina modelo conceptual.

Una concepción es completa y explícita cuando la teorizadora ha formulado enunciados para cada uno de los siguientes elementos:

8. Leddi Susan -Pepper J. Mac. "Bases Conceptuales de la Enfermería" p. 135

9. Kérohuac, M. Susane et, al El Pensamiento Enfermero.

- Los postulados y los valores subyacentes a la disciplina.
- La meta ideal y delimitada del servicio enfermero.
- El rol profesional.
- La manera de ver al beneficiario del servicio.
- La fuente de la dificultad del beneficiario.
- La orientación de las intervenciones Enfermeras.
- Consecuencias esperadas.

ESCUELAS PARTICIPANTES EN LA CONCEPCIÓN DISCIPLINAR:

Nightingale (1859-1969) fue la primera en presentar una concepción de la disciplina Enfermera que ha guiado la práctica, la formación y la gestión de los cuidados enfermeros durante varias generaciones. Hubo de esperar hasta los principios de la década de los años 50 para que otras Enfermeras teorizadoras propusiesen las concepciones de la disciplina Enfermera.

De ésta forma del pensamiento se desprendieron 6 escuelas sobre las cuales se desarrollaron los modelos de Enfermería:

- Escuela de necesidades.
- Escuela de interacción.
- Escuela de los efectos deseables.
- Escuela de la promoción de la salud.
- Escuela del ser humano unitario.
- Escuela de Caring.

Escuela de necesidades:

Las principales teorizadoras de ésta escuela son: Virginia Henderson, Dorothea Orem y Fave Abdellab.

En éstos modelos, el cuidado está centrado en la independencia de la persona, en la satisfacción de sus necesidades fundamentales (Henderson, 1964) o en la capacidad de llevar a cabo sus autocuidados (Orem, 1991).

La jerarquía de las necesidades de Maslow y las etapas de desarrollo de Erikson, han influenciado ésta escuela.

Según la concepción de Henderson:

El objetivo de la profesión Enfermera es: conservar y restablecer la independencia del cliente de manera que pueda satisfacer por sí mismo sus necesidades fundamentales.

Cuidados: Es la ayuda proporcionada a las personas enfermas o sanas en la ejecución de las actividades relacionadas con la satisfacción de sus necesidades fundamentales.

Persona: Es todo complejo presentando 14 necesidades fundamentales; cada necesidad tiene dimensiones de orden biofisiológico y psicosociocultural.

Salud: Es la capacidad que posee una persona de satisfacer de manera independiente sus 14 necesidades fundamentales.

Entorno: Es la naturaleza o el medio que actúa de manera positiva o negativa sobre la persona.

Escuela de interacción:

La escuela de la interacción apareció a finales de los años 50 y principios de los 60. Las Enfermeras teorizadoras que forman parte de ésta escuela se inspiraron en las teorías de la interacción, de la fenomenología y del existencialismo.

Las teorizadoras de esta escuela son: Hildegard Peplau, Josephine Paterson, Loretta Zderad, Ida Orlando, Joyce Travelbee, Ernestine Wiedenbach e Imogene King.

Cuidados: Es un proceso interpersonal terapéutico, de una relación humana entre una persona enferma o una persona que tiene necesidad de ayuda y una Enfermera formada de forma adecuada con el fin de reconocer sus necesidades de ayuda y de responderle a éstas.

Persona: Como un ser bio-psico-socio-espiritual que está en desarrollo constante, la cual tiene la capacidad de comprender su situación y de transformar su ansiedad en energía positiva que le permitirá responder a sus necesidades.

Salud: Como la representación del movimiento continuo de la personalidad y de otros procesos humanos en la dirección de una vida personal y comunitaria, creativa, constructiva y productiva.

Entorno: Peplau no ha definido claramente el entorno, pero sugiere a las Enfermeras tener en cuenta la cultura y las costumbres cuando la persona cambia de entorno (hospital).

Escuela de los efectos deseables:

Su objetivo consiste en restablecer un equilibrio, estabilidad, homeostasia o en preservar la energía. Las Enfermeras teorizadoras de ésta escuela son: Dorothy Johnson, Lidia Hall, Myra Levine, Callista Roy y Betty Neuman.

Se describe el modelo conceptual de la adaptación de Roy, uno de los más elaborados.

Cuidado: Es el de promover la adaptación de la persona en cada uno de los cuatro modos de adaptación; modo, fisiológico, autoimagen, función según los roles y de interdependencia.

Persona: Es un sistema adaptativo que utiliza los procesos internos con el fin de lograr sus objetivos individuales, es decir la supervivencia, el crecimiento, la producción y el desarrollo.

Salud: Es un estado y un proceso que permite a la persona ser o llegar a ser íntegro y unificado. El estado de salud es la adaptación según los cuatro modos que refleja ésta integración y ésta unidad.

Entorno: Es conceptualizado como un conjunto de circunstancias, de situaciones y de influencias que pueden modificar o influenciar la aparición de comportamientos específicos de las personas o grupos.

Escuela de promoción de la salud:

La teorizadora canadiense Mayra Allen su modelo conocido con el nombre de McGill es considerado como modelo conceptual y de intervención. La profesión Enfermera se da a conocer de éste modo, como un recurso primario de salud para las familias y la comunidad.

Cuidados: Es la promoción de la salud, mediante el mantenimiento, el fomento y el desarrollo de la salud de la familia y de sus miembros por la activación de sus procesos de aprendizaje. El enfoque de la Enfermera está basado en la interacción entre los principales conceptos del modelo: la familia, la salud, el aprendizaje y la colaboración.

Persona: Para Allen la persona es conceptualizada como la familia lo cual posee una gran influencia sobre sus miembros e inversamente, cada miembro influye en la familia. El individuo y la familia son sistemas abiertos en interacción constante el uno con el otro, con el entorno y la comunidad.

Salud: La salud óptima es la presencia de muchos elementos de salud y la ausencia de enfermedad. La salud es un proceso social que comprende los atributos interpersonales y los procesos de aprendizaje, de los cuales proceden el *COPING* y el desarrollo de la familia y sus miembros.

Entorno: Es el contexto social donde la persona y familia efectúan el aprendizaje.

Escuela del ser Humano Unitario:

Desde 1970, Martha Rogers presenta una concepción de la disciplina Enfermera que se desmarca de otras por su originalidad.

Rogers ha buscado en los conocimientos provenientes de numerosas disciplinas para crear su modelo conceptual del ser humano unitario.

La disciplina Enfermera es, a la vez una ciencia, un arte y una profesión que se aprende. Su objetivo de promover la salud y el bienestar de toda persona, sea cual sea su contexto.

Persona: Como un ser humano unitario, que es más grande que la suma de sus partes y diferentes a éstas. En éste sentido, la persona es un sistema abierto, un campo de energía que no cesa de cambiar.

Salud: Como un valor que varía según las personas y las culturas, de una persona a otra y de una sociedad a otra. La salud hace referencia al bienestar, la autorrealización, la actualización y la realización potencial de las personas por una participación consiente al cambio.

Entorno: Como un sistema abierto y un campo de energía en cambio continuo. Utiliza los principios de la homeodinámica para describir la naturaleza y la dirección del cambio de la persona y del entorno. Así los campos de energía están en interacción constante y en cambio simultáneo.

Escuela de Caring:

El caring está formado por un conjunto de acciones que permiten a la Enfermera descubrir de manera sutil los signos de mejora o de deterioro en la persona. Caring también significa facilitar y ayudar respetando los valores, las creencias, la forma de vida y la cultura de las personas.

Cuidado humano según Jean Watson:

La orientación de Watson es existencial, fenomenológica y espiritual; se inspira en la metafísica, las humanidades; además considera la disciplina Enfermera como una ciencia humana y como un arte. Watson postula que el amor incondicional y el cuidado son esenciales para la supervivencia y desarrollo de la humanidad.

Cuidado: Consiste en un proceso intersubjetivo de humano a humano que requiere un compromiso con el Caring, en cuanto a idea moral y sólidos

conocimientos. El objetivo es ayudar a la persona a conseguir el más alto nivel de armonía entre su alma, su cuerpo y su espíritu.

Persona: Es un ser en el mundo que percibe, que vive experiencias y que está en continuidad en el tiempo y espacio. Las tres esferas del ser en el mundo, el alma, el cuerpo y el espíritu, son influenciadas por un cambio en el autoconcepto.

Salud: Es la percepción y armonía del cuerpo, del alma y del espíritu. La salud está asociada al grado de coherencia entre el yo percibido y el yo vivido.

Entorno: Está constituido por el mundo físico material y el mundo espiritual.

Cuidado Transcultural, según Madeleine Leiniger:

Leiniger, sus numerosas investigaciones la han llevado a comprender el cuidado como acciones de asistencia, de apoyo y de facilitación a la persona que tiene necesidad de recuperar su salud o mejorar sus condiciones de vida.

El cuidado profesional de la Enfermera comporta, modos de ayuda basándose en una ciencia y en un arte humanista que se aprenden.

Cuidados: Comprenden comportamientos, funciones y procesos de cuidados personalizados dirigidos hacia la promoción y conservación de comportamientos de salud y de su recuperación, además están centrados en un cuidado humano, respetuosos de los valores culturales y del estilo de vida de las personas.

Persona: Es un ser que no puede ser separado de su bagaje cultural. Una persona tiene de modo natural, la tendencia a cuidar a los que le rodean.

Salud: Más que la ausencia de una enfermedad o un punto en un continuum (a las creencias, los valores y las formas de actuar que son

culturalmente conocidos y utilizados con el fin de prevenir y conservar el bienestar de un individuo o de un grupo, y ejecutar las actividades cotidianas.

Entorno: Se relaciona con todos los aspectos contextuales en los que la persona se encuentra con los aspectos físicos, ecológicos, sociales, igual que la visión del mundo y todo factor que tenga una influencia sobre el estilo de vida de la persona.¹⁰

3. APLICACIÓN DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON Y EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

Para los propósitos de éste trabajo y con base en el análisis de las corrientes de pensamiento que se presenta en la sección previa, se optó por aplicar el modelo de Virginia Henderson por lo que a continuación se mencionan los aspectos más sobresalientes de su enfoque del cuidado Enfermero.

Annie W. Goodrich: Nos animaba a mirar mas allá de la técnicas y tareas rutinarias. Además el descontento por el concepto de Enfermería como labor auxiliar de la medicina.

Caroline Stackpo- Le transmitió la importancia de mantener un equilibrio
ce: fisiológico.

Jean Broadhurst: La importancia de la higiene y de la asepsia.

Edward Thorndike: Reconoce que la enfermedad es más que un estado patológico y que en los hospitales no se atienden las necesidades más importantes.

10. Kerouác, Ob. Cit. p.p. 24-46

- George Deaver: Observó que la meta de la rehabilitación en instituto era la reconstrucción de la independencia del paciente.
- Berta Harmer: La definición de Harmer de 1922 enfatiza que la Enfermería se basa en las necesidades de la humanidad.
- Ida Orlando: Influye en su concepto de la relación Enfermera paciente "conque facilidad la Enfermera puede actuar con una idea equivocada de las necesidades del paciente si no comprueba su interpretación de las mismas con él".¹¹

Virginia Henderson nos insta a centrar nuestros cuidados en las necesidades de la persona sana o enferma, en la familia y la comunidad y en la utilización como método sistemático de trabajo del proceso de Enfermería como herramienta para conocer y valorar las necesidades del paciente y sus posibles alteraciones, y así poder modificar y evaluar los resultados de cuidados logrados.

En la actualidad podemos afirmar que en nuestro país existe un consenso generalizado respecto a la necesidad de adoptar un modelo de Enfermería como marco de referencia de la práctica, y el modelo elegido porque responde mejor a nuestro entorno cultural, es de fácil comprensión y cumple con la posibilidad de un alto grado de operatividad, es el modelo de cuidados de Virginia Henderson.

11. ENEO - UNAM Antología de Textos Filosóficos y Filosofía de Enfermería

Henderson considera que el proceso de Enfermería es el proceso de solución de problemas y ésta la divide en tres etapas:

1. Etapa de valoración y diagnóstico.
2. Etapa de planificación y ejecución.
3. Etapa de evaluación.

VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO:

En ésta etapa se determina:

- El grado de independencia / dependencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades.
- Las causas de la dificultad en tal satisfacción.
- La interrelación de unas necesidades con otras.
- La definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas. ¹²

La valoración puede realizarse en la observación directa o por medio de un guía de preguntas que sirven como modelo unificado en la recolección de datos de acuerdo a las 14 necesidades básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad y promover su desarrollo y crecimiento.

Necesidades básicas:

- Necesidad de oxigenación.
- Necesidad de nutrición e hidratación.
- Necesidad de eliminación.

12. Fernández Ferrín, Carmen, et. al. "El Modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería" p. 91

- Necesidad de moverse y mantener una buena postura.
- Necesidad de descanso y sueño.
- Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.
- Necesidad de termorregulación.
- Necesidad de higiene y protección de la piel.
- Necesidad de evitar peligros.
- Necesidad de comunicarse.
- Necesidad de vivir según sus creencias y valores.
- Necesidad de trabajar y realizarse.
- Necesidad de jugar / participar en actividades recreativas.
- Necesidad de aprendizaje.

Existen aspectos que el modelo de Henderson no trata de forma explícita, pero que es necesario describirlas y han sido agrupadas de la siguiente manera:

- Todo lo referente al aparato circulatorio ha sido incluido en la necesidad de oxigenación.
- El dolor es considerado en la necesidad de reposo y sueño.
- Los aspectos relativos al autoconcepto y autoimagen se incluyen en la necesidad de evitar peligros.
- Lo referente a los patrones de sexualidad de la persona han sido incluido en la necesidad de comunicarse.
- Los mecanismos de afrontamiento de la persona se contemplan en todas y cada una de las necesidades.
- La valoración de la ansiedad / estrés se incluye en todas las necesidades.

FACTORES QUE INFLUENCIAN LA SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES:

- Biofísicos:** Todo lo relacionado a las condiciones genéticas de la persona y al funcionamiento de sus aparatos y sistemas.
- Psicológicos:** Se refiere a sentimientos, pensamientos, emociones, inteligencia, memoria, nivel de conciencia, sensopercepción y habilidades individuales y de relación.
- Socioculturales:** Se refieren al entorno físico de la persona próximo y más lejano, además incluye los valores y normas que proporciona la familia, la escuela, las leyes y política por las que se rige la comunidad.

EL GRADO DE INDEPENDENCIA Y DEPENDENCIA EN LA SATISFACCIÓN DE CADA UNA DE LAS CATORCE NECESIDADES.

Independencia:

Es la capacidad de la persona para satisfacer por sí mismo sus necesidades básicas, es decir llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

Dependencia:

Es considerada en una doble vertiente, por un lado la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14

necesidades y por otro lado puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sea insuficiente para conseguir la satisfacción de las necesidades.

Se pueden identificar tres niveles en la relación Enfermera - paciente que varían desde una relación muy dependiente y otra marcadamente independiente.

1. La Enfermera como sustituto de algo necesario para el paciente (en caso de enfermedad grave).
2. La Enfermera como ayuda para el paciente (durante la convalecencia, la enfermera ayuda al paciente a adquirir o a recuperar su independencia).
3. La Enfermera como compañera del paciente (la Enfermera y el paciente elaboran el plan terapéutico). Las necesidades básicas existen a pesar del diagnóstico, patología y otras circunstancias como la edad, el temperamento, el estado emocional y la capacidad física e intelectual.

Virginia Henderson considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales, que en éste sentido buscan y tratan de lograr la independencia y con ello la satisfacción de las necesidades con el fin de mantener en estado óptimo la propia salud. Cuando esto no es posible aparecen obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades y éstas son falta de fuerza, falta de conocimiento o falta de voluntad.

Falta de fuerza:

La capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional, el estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual, etcétera.

Falta de conocimiento:

En lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

Falta de voluntad:

Entendido como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.

FUENTES DE DIFICULTAD

Cuando el ser humano trata de satisfacer sus necesidades, encuentra eventualmente ciertos obstáculos que le impiden responder a ellas en forma autónoma.

Éstas fuentes de dificultad pueden ser causadas por:

- Factores de orden físico.
- Factores de orden psicológicos.
- Factores de orden sociológicos.
- Factores que tienen repercusiones de orden espiritual.
- Factores ligados a una insuficiencia de conocimiento.

Factores de orden físico:

Éstas pueden ser intrínsecas o extrínsecas.

Intrínsecas: Son causadas por factores orgánicos, genéticos y fisiológicos propios del sujeto.

Extrínsecas: Comprende los agentes exteriores que, en contacto con el organismo humano, dañan el desarrollo normal de una de sus funciones o la conducen a reaccionar de tal forma que constituyen un problema para el sujeto.

Factores de orden psicológico:

Comprende los sentimientos y las emociones, en otras palabras, los estados de ánimo y del intelecto, que pueden influir en la satisfacción de ciertas necesidades fundamentales.

Factores de orden sociológico:

Comprenden problemas generados al individuo por sus relaciones con el entorno, con su cónyuge, con su familia, con su red de amigos, con sus compañeros de trabajo o de diversiones.

Factores que tienen repercusiones de orden espiritual:

Engloba todo lo que se refiere al espíritu, al sentido moral y a los valores cualquiera que estos sean.

Factores ligados a una insuficiencia de conocimientos:

El hecho de estar mal informado sobre su salud, su realidad persona, familiar o del entorno puede constituir para el cliente una fuente de dificultad importante, tanto del punto de vista físico como psicológico. 13

13. Planeuf Margó. "Las Necesidades Fundamentales" según el enfoque de Virginia Henderson en Cuidados de Enfermería. El Proceso de Atención de Enfermería

PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN:

El modelo se utiliza para formular objetivos de dependencia con base a las causas de dificultad encontradas, en la elección de la forma de intervención y en la determinación de las actividades de Enfermería. Henderson afirma que si el paciente no comprende ni acepta el programa tratado con él y para él no coopera para su desarrollo, se perderán gran parte de los esfuerzos del equipo.

14

EVALUACIÓN:

El modelo de Henderson ayuda a determinar los criterios que nos indicarán los niveles de independencia alcanzados, ya que nuestra meta será conseguirla para satisfacer sus propias necesidades lo más pronto posible de acuerdo a sus propias necesidades y recursos.

4. EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL CAMPO PROFESIONAL.

El proceso de Enfermería es un método sistemático organizado continuo e integrado por diferentes etapas ordenadas lógicamente para proporcionar cuidados eficaces y eficientes orientados al logro de los objetivos. Cabe destacar, sin embargo que las etapas, aunque pueden definirse y analizarse de forma independiente, en realidad están íntimamente relacionadas y son

26. Fernández Ferrín, Carmen et, al "El Modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería" p. p. 130-133

ininterrumpidas, puesto que el proceso de Enfermería implica una actuación constante y a todos los niveles para poder determinar y cubrir los requerimientos de la persona en todas sus dimensiones biofísica, psicológica, sociológica, cultural y espiritual.

Beneficios del uso del proceso de enfermería:

- Acelera el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud reales y potenciales reduciendo la incidencia (y la duración) de las estancias hospitalarias.
- Crea un plan con un coste efectivo tanto en términos de sufrimiento humano como de gastos económicos.
- Tiene requerimientos de documentación procesos diseñados para:
 - Mejorar la comunicación y prevenir errores, omisiones y repeticiones innecesarias
 - Dejar un rastro de papel que después permita evaluar la calidad de los cuidados del paciente y realizar estudios que hagan avanzar la Enfermería y mejoren la calidad y eficiencia de los cuidados de salud.
- Previene que los clínicos pierdan de vista la importancia del factor humano.
- Promueve la flexibilidad y el pensamiento independiente.
- Adapta las intervenciones al individuo y no a la enfermedad.
- Ayuda a:
 - La persona y a la familia a darse cuenta que su aportación es importante y a fijar los puntos fuertes.
 - La Enfermera a tener satisfacción de obtener resultados. 15

15. Alfaro - Lefevre, Rosalinda "Aplicación del Proceso de Enfermería, Guía Práctica" p. 141

Propósitos del proceso de Enfermería son:

- Promover, mantener o restaurar la salud o cuando no es posible, lograr una muerte digna.
- Permitir a la persona, conocer, participar y manejar sus propios cuidados de salud.
- Buscar la satisfacción del usuario por medio de los cuidados de salud.
- Aportar datos para validar, disprobar teorías e iniciar la construcción de otras.
- Proporcionar cuidados sustentados en las teorías de la propia Enfermería.

El proceso es el puente entre la teoría y los cuidados llevados a la práctica, sus etapas aunque están en constante interrelación, éste es siempre el mismo sin importar la teoría empleada para sustentarlo.

Etapas del Proceso de Atención de Enfermería:

El Proceso de Atención de Enfermería consta de cinco etapas: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación; a continuación se describen las acciones de cada una de ellas.

VALORACIÓN:

La etapa inicial del proceso de Enfermería de cuya correcta cumplimentación depende en buena parte su desarrollo global, la cual corresponde la recogida de datos mediante la recopilación de información la cual se realiza con la observación, la entrevista y la exploración física. Lo que pretendemos es realizar un inventario de todo lo referente a la persona,

familia y entorno con el fin de poder identificar y evaluar su estado de salud y sus necesidades.

Ésta etapa de valoración es aplicable a todos los grupos de paciente llámese a ellos individuos, familia o comunidad; ya que en éstos tres grupos el profesional de Enfermería tiene que incidir para proporcionar atención de calidad con bases sólidas o apoyadas en conocimientos científicos extraídos de varias disciplinas, teorías y normas de acción. 16

La obtención y recolección de datos pueden ser primarios o secundarios: en el primario participa directamente la persona en la observación directa, en la entrevista y la exploración física. En el secundario se encuentran la familia, los miembros del equipo de salud, expediente clínico, hojas de registros clínicos y bibliografías.

☞ Obtención de datos primarios:

- Observación:

Consiste en descubrir minuciosamente el estado de salud o enfermedad de la persona y el entorno físico o psicodinámico que lo rodea. Dicha observación debe iniciar desde el primer encuentro con la persona, para comenzar desde ese momento la fase de recolección de datos y ésta deberá continuar a través de la relación Enfermera - paciente. 17

16. Rosales Barrera - Reyes Gómez Fundamentos de Enfermería p. 203.

17. IDEM

- Entrevista:

Es una técnica o método observacional que permite aprender acerca de las personas a través de una comunicación dirigida hacia un fin que es el de proporcionar atención personalizada. Sabemos de antemano que a través de la entrevista se obtiene la historia clínica.

La obtención de datos basada en la información recogida durante la entrevista, el cual es punto fundamental de la fase de valoración que constituye el primer paso del proceso de Enfermería. El cual deberá realizarse en el momento apropiado para lograr una comunicación óptima, así como la elección del sitio donde se realiza, que permita lograr una privacidad física para alentar a que la persona muestre confianza y se sienta aceptado, comprendido y valorado ya que esto permite elaborar una historia de Enfermería completa.

En la entrevista se plantean preguntas directas sobre los puntos de interés, realizando una encuesta de valoración previo pero también se le da la oportunidad de expresarse libre y espontáneamente para conocer sus sentimientos y preocupaciones, sin pasar por alto la observación de sus expresiones faciales y gestos, así como su forma de comunicarse, puesto que todo ello nos brindará una información completa.

Pautas de comunicación en la entrevista:

- ✍ Escuchar atentamente, hablar claro y despacio.
- ✍ Utilizar un lenguaje entendible por la persona y aclarar puntos que no comprenda.
- ✍ Planificar las preguntas para que tengan una secuencia lógica.
- ✍ Preguntar solo una cosa a la vez.

- ✍ Dar oportunidad a la persona de ver las cosas tal y como le parecen a ella y no como las vea el entrevistador.
- ✍ No imponer a la persona los valores propios del que entrevista.
- ✍ Evitar usar ejemplos personales.
- ✍ Utilizar y aceptar el silencio para ayudar a la persona a pensar o a organizar sus pensamientos.
- ✍ Utilizar el contacto con la mirada, estar tranquilo y sin prisa.

- Exploración física:

Es otra fase de la recolección de datos, que nos conduce a una observación más precisa de los problemas que presenta la persona para obtener los datos, la exploración debe realizarse de cabeza a pies, ya sea por aparatos o sistemas, desde la determinación de las constantes vitales hasta los datos procedentes de los diversos métodos de inspección, auscultación, palpación y percusión que reflejen su estado de salud. 18

- ☞ Obtención de datos secundarios:

La familia: Los cuales pueden dar información al respecto de la persona, para complementar o verificar ésta, por lo tanto representa una fuente importante de datos.

- Los miembros del equipo de salud:

Todo el personal multidisciplinario pueden aportar información indispensables para la valoración, en ciertos servicios y/o turnos.

18. IBIDEM P. 204

- Expediente clínico:

Documento que tiene por objeto realizar la descripción individual de la persona, registrar las etapas y resultados de sus estudios, formular por escrito los programas de diagnóstico y tratamiento y consignar la evaluación del caso hasta su solución parcial o total.

- Hojas de registros clínicos:

La información y el registro detallado de los eventos y la valoración de los cuidados, se consideran actividades primordiales del personal de Enfermería.

El personal de Enfermería al comunicar sus observaciones y acciones a través de los registros ayudan a asegurar tanto calidad como continuidad de la atención; además permite que el resto de los integrantes del equipo interesados en la evaluación, conozcan con detalle los cambios que éste presenta.

También el registro de datos proporciona un medio para evaluar la calidad y eficacia de los cuidados de Enfermería, ya que éstos constituyen descripciones documentadas de las acciones de Enfermería, la calidad de atención puede evaluarse con base en la calidad de dichos registros. ¹⁹

- Bibliografía:

Ésta debe ser oportuna que permita adquirir o reforzar los conocimientos indispensables como son: libros, revistas especializadas así como recabar información conveniente de expertos o profesionales especializados en la materia.

19. IBIDEM p. 215.

La recogida de datos debe ser continua mientras persista la relación con la persona. El personal de Enfermería no debe dejar de observar, indagar, consultar, cuestionar y recopilar datos relativos a la persona.

Existen muchos modelos y marcos de Enfermería que guían la recopilación de datos a través de métodos estructurados de reconocimiento. Un ejemplo es el método de Virginia Henderson el cual se abordó anteriormente en el presente trabajo.

DIAGNÓSTICO:

1973, Gebbie y Lavin fundaron la primera conferencia nacional para la clasificación de los diagnósticos de Enfermería con el objetivo de identificar, desarrollar y clasificar los diagnósticos de Enfermería, para analizar la naturaleza de la misma y dotarla de un lenguaje preciso, común y propio.

En 1990, la NANDA, definió el diagnóstico de Enfermería de la siguiente manera.

"El diagnóstico de Enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a los problemas actuales o potenciales de salud. Los diagnósticos de Enfermería aportan las bases para la selección de las actuaciones de Enfermería, para conseguir los resultados por los que la Enfermera es responsable".

Diagnóstico: es la segunda fase del proceso de Enfermería en el cual corresponde al análisis e interpretación de los datos recogidos en la etapa previa. Su finalidad consiste en determinar el problema específico que presenta la persona y plantear los cuidados de Enfermería más oportunos.

El diagnóstico de Enfermería se basa en necesidades y problemas, es individualizado y específico, está sujeto a modificaciones según el estado de salud o enfermedad de la persona, descubre los efectos de los síntomas y estados patológicos sobre las actividades de la persona y sobre su forma de vida; su redacción puede ser descriptiva, predictiva o explicativa. 20

Formulación del diagnóstico: Cada diagnóstico de Enfermería consta de tres partes:

La primera comprende el enunciado del diagnóstico y se refiere a la alteración, dificultad o situación problemática que se recopiló en la fase de valoración el cual se intenta prevenir o corregir mediante los pertinentes objetivos de la intervención terapéutica, aunque existen diagnósticos que contemplan situaciones o patrones de normalidad.

El segundo corresponde a los "factores relacionados" o sea la etiología presumible, y éstas pueden ser elementos internos o externos (fisiológicos medioambientales, socioculturales, psicológicos o espirituales).

El tercero corresponde a los signos y síntomas que presenta la persona.

El diagnóstico de Enfermería puede ser real, potencial o posible:

Real:

Un diagnóstico real describe la categoría diagnóstica que ha validado la Enfermería, debido a las características de definición principal de signos y síntomas, es decir reúne todos los datos que confirma su existencia.

20. Rosales Barrera - Reyes Gómez Ob. Cit. p. 210

Potencial:

Describe un estado alterado que se pueda presentar si no se pone en práctica ciertas intervenciones de Enfermería.

Posibles:

Éste diagnóstico describe un problema que la Enfermera sospecha, pero que requiere la recopilación de datos adicionales para confirmarlo. 21

PLANEACIÓN

Ésta etapa del proceso de Enfermería está encaminada a planificar las estrategias para prevenir minimizar o corregir los problemas identificados durante la valoración y el diagnóstico, la planificación incluye las siguientes actividades:

- Establecimiento de prioridades.
- Identificación de objetivos.
- Planeación de Enfermería.

Establecimiento de prioridades:

En primer lugar la fase de planificación requiere el establecimiento de un orden de prioridades entre las necesidades identificadas. Además se facilita con la jerarquía de necesidades de Maslow.

21. Alfaro Rosalinda "Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería", guía práctica p.p. 77-79.

- Prioridad 1: Problemas que amenazan la vida y que interfieren con las necesidades fisiológicas (problemas con la respiración, circulación, nutrición, hidratación, eliminación, regulación de la temperatura y bienestar físico)
- Prioridad 2: Problemas que interfieren con la seguridad y protección (peligros ambientales, miedo).
- Prioridad 3: Problemas que interfieren con el amor y la pertenencia (el aislamiento o la pérdida de un ser querido).
- Prioridad 4: Problemas que interfieren con la autoestima (incapacidad para lavarse el pelo o para realizar las actividades de la vida diaria).
- Prioridad 5: Problemas que interfieren con la capacidad para lograr los objetivos personales. 22

Identificación de objetivos:

A partir de tal jerarquización pueden estipularse los objetivos que deben perseguir los cuidados de Enfermería para solventar los problemas de la persona.

El objetivo permite conocer específicamente lo que deba lograrse, el cual describe un resultado futuro de una acción particular. Que permita identificar el que, como, cuándo y quién del actuar de la Enfermera y el pacien-

22. Alfaro Lefevre, Rosalinda Ob. Cit. p. 61

te.

Para la elaboración de los objetivos, pueden ser de índole psicomotriz, cognitiva y/o afectiva y éstas pueden ser acorto o a largo plazo.

Planeación de Enfermería:

El plan de atención de Enfermería se considera como una herramienta básica para el trabajo profesional, además de ser un instrumento de comunicación y de unificación de las intervenciones del equipo de salud, ya que en él se plantean problemas, objetivos, oraciones y respuestas, y por lo tanto es el que dirige el actuar de la Enfermera para asistir al paciente en la solución de problemas o para cubrir sus necesidades.

La cooperación de la propia persona en la realización del plan de atención, ya que es muy importante para la estipulación de prioridades o como la determinación de los cuidados oportunos al igual que los familiares, ya que pueden colaborar de una manera activa y eficaz si se hacen partícipes del plan de actuaciones.

EJECUCIÓN

Es la aplicación real del plan de atención de Enfermería elaborado previamente y cuya meta es la de conducir al paciente hacia la óptima satisfacción de sus necesidades. En ésta fase la relación Enfermera - paciente adquiere su máxima significación ya que tiene la responsabilidad de enseñar a la persona la información y habilidades que necesita saber para ejecutar el plan de atención.

Existen diferentes situaciones en el cual la persona y la familia pueden intervenir en el cuidado, aún cuando en un primer tiempo los cuidados quedan exclusivamente en manos del personal de Enfermería (dependiente), y a medida que la evolución vaya siéndose positiva la persona irá adquiriendo capacidad para satisfacer sus necesidades (independiente).

- Validación del plan de atención:

El plan de cuidados no es fijo sino flexible y ésta debe estar bien redactada, ya que de esto dependerá el éxito de la atención a la persona.

- Fundamentación y razonamiento científico:

La fundamentación científica describe y explica la base de los cuidados, además de basarse en teorías y modelos, esquemas y principios científicos de las ciencias naturales, de la conducta y de las humanidades.

- Brindar cuidados de Enfermería:

Una vez teniendo el fundamento científico se estructura el cuidado que se le brindará a la persona. Sin embargo, en ocasiones pueden presentarse situaciones que interfieren en la ejecución puesto que se continúan obteniendo información sobre el estado de la persona y ello puede imponer una modificación o complementación de las estrategias.

- Continuidad del cuidado:

La ejecución de un plan de atención de Enfermería, contribuye a la continuidad del cuidado de la persona, ayuda en la habilidad consistente de la atención de la Enfermería, facilita la identificación de las metas y los objetivos

a corto y largo plazo logrados y apoya en una lista de las preferencias o expectativas de la persona para proponer enfoques de atención. 23

- Registros de Enfermería:

Puesto que los registros de Enfermería tienen varias funciones importantes, nunca remarcaremos el suficiente valor de unas anotaciones exactas y relevantes. Los registros de Enfermería sirven para:

- ✍ Facilitar la comunicación entre los profesionales de los cuidados de salud.
- ✍ Ayudar a identificar patrones de respuestas y cambios en el estado del paciente.
- ✍ Proporcionar bases para la evaluación, las investigaciones y la mejora en la calidad de los cuidados.
- ✍ Crear un documento legal que más tarde se pueden utilizar en un juicio para evaluar el tipo de cuidados proporcionados. Los registros pueden ser el mejor amigo o el peor enemigo.
- ✍ Sirven de validación para las compañías de seguros como reza el dicho "si no está escrito, no está hecho".

EVALUACIÓN:

Aquí concluimos el Proceso de Atención de Enfermería, en ésta fase se determina hasta que punto se alcanzaron los objetivos y si los resultados de intervenciones del plan de atención fueron negativas o positivas. Además debe

tomarse en consideración las reacciones de la persona a los cuidados y su grado de satisfacción.

La evaluación tiene como propósito:

- Determinar el adelanto del paciente para alcanzar las metas u objetivos establecidos.
- Juzgar la eficacia de los planes, estrategias y cuidados de Enfermería.

5. CONOCIMIENTO DE OTRAS DISCIPLINAS QUE APOYAN AL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

Datos epidemiológicos:

La incidencia de preeclampsia varía en diversas zonas del mundo y es siempre alta en la India, Jamaica y Tailandia y de menor nivel en Etiopía, Estados Unidos y Guatemala.

En México ocurre aproximadamente del 7-10% de los embarazos, representando así una de las complicaciones graves más comunes del embarazo, y es la causa más frecuente de morbilidad materna fetal, ya que constituye el 34.39% de las causas de mortalidad materna.²⁴

A pesar de las múltiples estrategias que se han establecido para la reducción de mortalidad materna, la tendencia de los indicadores han mostrado una discreta disminución. La tasa de mortalidad materna registrada en 1990 fue de 5.4 defunciones por 10,000 nacidos vivos registrados y en año de 1996, las

24. Segio Kuznick. et, al "Hipertensión y Embarazo diagnóstico. Fisiopatología y Tratamiento Revista de Hipertensión arterial, p. 3

cifras oficiales registraron una tasa de 4.8 por 10,000 nvr. En el Sistema Nacional de Salud en el año de 1997 se registraron 36,373 casos de morbimortalidad materna reportándose 415 defunciones por Eclampsia con una tasa de 1.53 por 10,000 nvr. ²⁵

Se ha identificado la existencia de ciertos factores o características que incrementan significativamente el riesgo de presentar preeclampsia-eclampsia.

Se considera como factores de riesgo a los siguientes:

- Nivel socioeconómico bajo.
- Madre soltera o no unida.
- Adolescentes y mujeres mayores de 35 años.
- Primigestas independientemente de su edad.
- Multigestas.
- Embarazo múltiple.
- Antecedentes personales o familiares de Preeclampsia.
- Enfermedades asociadas: renales, lupus, diabetes, obesidad, mola e hipertensión arterial de cualquier origen. ²⁶

CAUSAS Y FACTORES COEXISTENTES:

Se dice que la preeclampsia es la enfermedad de las teorías porque no hay ninguna hipótesis que explique de una manera total y aceptable la etiología y la fisiopatología del problema. Las teorías principales que tratan de explicar el origen de la preeclampsia, son las siguientes:

25. Secretaría de Salud/INEGI: mortalidad materna.

26. Rivas R. Y. Eclampsia en el Hospital de la Mujer Coloquio: Situación de la Preeclampsia-Eclampsia en México.

- La sobredistensión uterina.
- El aumento de la presión intra - abdominal.
- La isquemia útero - placentaria, con liberación de aminopresores.
- La alteración en la microcirculación placentaria.
- La disminución de la mono-amino-oxidasa, con el consecutivo aumento de vasopresores.
- La alteración del equilibrio.
- Vale la pena recalcar, que uno de los factores principales en la fisiopatología de la preeclampsia se cree que es:

Lecho útero placentario: constituye el elemento clave para conocer la causa y la patogenia de la Preeclampsia. El tejido Trofoblástico fetal emigra en dos fases hasta las arterias espirales de la madre, y desplaza la estructura elástica muscular de ellas. La migración se completa por las 20 semanas de la gestación, y ocasiona la dilatación de las arterias mencionadas, lo cual guarda relación con el bienestar fetal. La arteria espiral se transforma de un sistema de alta resistencia a otro de baja resistencia, lo cual ocasiona su dilatación y facilita el intercambio máximo de nutrimentos y gases. El defecto observado en la preeclampsia es la falta de invasión de los trofloblastos en las arterias espirales o la invasión incompleta de ellas. Éste es una de las lesiones básicas en el lecho uteroplacentario y se inicia en el momento de la implantación y puede considerarse como un defecto congénito adquirido. 27

27. Frederick P. Zuspan, Nuevos Conceptos en el Conocimiento de las Enfermedades Durante el Embarazo, p. 31

TIPOS DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL EMBARAZO:

1. Hipertensión arterial gestacional. Define como hipertensión arterial en la segunda mitad del embarazo, o en las primeras 24 horas del postparto, sin edema ni proteinuria y que persiste dentro de los diez días siguientes a la terminación del embarazo
2. Preeclampsia leve. Elevación sobre cifras basales en la presión sistólica mayor de 30 mmHg o diastólica mayor de 15 mmHg o mayor de 140/90.
3. Preeclampsia severa: Define como Hipertensión arterial de 160/110 o mayor junto con proteinuria y/o edema.
4. Eclampsia, define como el desarrollo de convulsiones y/o coma en pacientes con signos y síntomas de preeclampsia, en ausencia de otras causas de convulsiones.
5. Hipertensión arterial crónica. Define como hipertensión arterial crónica de cualquier etiología. Éste grupo incluye pacientes con hipertensión arterial preexistente, pacientes con una elevación persistente de la presión sanguínea de por lo menos 140/90 mmHg. En dos ocasiones (con un mínimo de 6 horas de diferencia) antes de la semana 20 de gestación o fuera del embarazo y en pacientes con hipertensión arterial que persiste más de 6 semanas postparto.
6. Preeclampsia recurrente: Paciente con diagnóstico previo de preeclampsia, en embarazo anterior. 28

1. López Llera. Méndez. Actualidades y Complicaciones en la Eclampsia. Coloquio: situación de la preeclampsia/eclampsia en Mexico. P. 36

Enfermedad Hipertensiva Aguda del Embarazo, cuya aparición debe ser después de la semana 20 de gestación y se divide en:

- Preeclampsia leve.
- Preeclampsia severa.
- Eclampsia.

PREECLAMPSIA LEVE:

- Tensión arterial de 140/90 mmHg o más, pero menos de 160/110, o elevación de 30 mmHg en la sistólica y 15 en la diastólica cuando se conocen las cifras basales previas. La medición se efectuará con la paciente sentada.
- Proteinuria de 300 mg/l o más pero, menos de 2 g o su equivalente en una tira reactiva.
- Edema leve o ausente.
- Ausencia de síndrome vasculoespasmódico (cefalea, fosfenos, acúfenos, amaurosis).

PREECLAMPSIA SEVERA:

- Tensión arterial de 160/110 mmHg. O más con la paciente en reposo en cama, en dos ocasiones con un mínimo de diferencia de 6 horas entre uno y otro registro.
- Proteinuria de 2 g o más en orina de 24 horas, o bien +++ a ++++ en examen cuantitativa con tira reactiva en una muestra de orina tomada al azar.
- Oliguria, diuresis de 24 horas menor de 400 ml (menos de 17 ml/hora).
- Trastornos cerebrales o visuales (como alteraciones en la conciencia, cefalea, fosfenos, visión borrosa, diplopia, amaurosis).

- Dolor epigástrico o en cuadrante superior derecho del abdomen (dolor en barra).
- Edema pulmonar.
- Cianosis.
- Función hepática alterada.
- Trombocitopenia.

ECLAMPSIA:

Se considera como eclampsia cualquier caso con uno o más de los datos de hipertensión arterial, edema y/o proteinuria, independientemente de las cifras en el cual se presenten convulsiones y/o coma. 29

LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA AGUDA DEL EMBARAZO SE CARACTERIZA:

- Desde un punto de vista clínico, por la tríada: hipertensión arterial, edema y proteinuria, signos que pueden aparecer aislados, agrupados de modo variable o constituyendo la tríada completa;
- Desde un punto de vista evolutivo: por la posibilidad de que aparezcan complicaciones paroxísticas (eclampsia y hematoma retroplacentario), de importantes repercusiones sobre el feto.
- Desde el punto de vista etiológico: por una fuerte oposición entre el síndrome específico del tercer trimestre de embarazo, del que puede

29. Williams, Cunningham F.G. "Embarazos en los Extremos de la Vida" en Ginecología y Obstetricia P. 362

decirse que aparece y desaparece con éste, y los síndromes vasculares y renales crónicos que existen antes de la gravidez.³⁰

Preeclampsia, antiguamente llamada toxemia gravídica. Se designa así a la enfermedad que surge en una mujer sin antecedentes vasculorenales, en el tercer trimestre del embarazo y que regresa por completo después del parto.

Se dice que es más frecuente en las primigestas jóvenes, pero más grave en las primigestas añosas.

LOS TRES SIGNOS CARDINALES DE LA PREECLAMPSIA

Hipertensión:

Se define hipertensión arterial en el embarazo como una presión sanguínea sistólica de 140 mmHg o más y una presión sanguínea diastólica de 90 mmHg o más, por lo menos en dos registros con un mínimo de diferencia de 6 horas entre uno y otro, o bien una elevación de 30 mmHg o más en la presión sistólica y 15 mmHg o más en la presión diastólica.

Variabilidad de la presión arterial:

Puesto que la presión arterial puede variar con la actividad, el sueño y las emociones (hipertensión de la bata blanca), cuando se encuentra una presión alta, es aconsejable volver a medirla tras unos 20 minutos de reposo. Además, la presión arterial varía a lo largo del día. Durante el embarazo no se puede medir la presión arterial en decúbito dorsal, a raíz del síndrome hipotensivo de

30. Fournié Alain et, al, Síndromes Vasculorrenales del Embarazo. Enciclopedia Médico Quirúrgica p. 1

decúbito. Así pues, la paciente debe estar sentada y se le ha de medir la presión arterial en el brazo derecho.

En definitiva, los valores que definen la patología son 140/90 mmHg, registrados en buenas condiciones de reposo y verificados en una segunda serie de mediciones, tras un intervalo de varias horas.

PROTEINURIA:

El aumento de la filtración glomerular puede provocar una leve pérdida de proteínas con la orina, generalmente inferior a 100 mg/24h. Ésta proteinuria fisiológica, que no debe superar los 300 mg/24h varía a lo largo del día, con valores máximos entre las 14 y 20 horas, y varía también por efecto de la postura, el estrés, el frío, la actividad, etcétera.

Para detectar la proteinuria se utiliza las tiras reactivas bililabstix. Que sin embargo no sirven para cuantificarla. Pueden haber falsos positivos cuando la orina es alcalina (pH superior a 6) o cuando se han utilizado amonios cuaternarios para la limpieza local. La lectura de las tiras resulta un tanto subjetiva, especialmente si la proteinuria es escasa. Cuando la reacción indica +, hay entre un 6 y un 18% de falsos positivos. Cuando indica ++ o +++, seguramente hay una proteinuria patológica, pero es difícil evaluar su magnitud.

Para formular el diagnóstico, se ha de medir la proteinuria en la orina de las 24 horas. Se puede verificar la fiabilidad de la muestra dosificando la excreción de creatinina. Siempre que en el curso de un embarazo se detecte una proteinuria, se deberá hacer un examen citobacteriológico urinario, para identificar una eventual infección urinaria.

EDEMA:

Los edemas no se hayan integrados en las estadísticas ni en las definiciones, porque su estudio tiene un carácter subjetivo. La presencia de edemas no siempre es patológica, se les observa en el 80% de las mujeres normales, en los miembros inferiores, por posturas que comprimen las vías venosas de retorno o porque los estrógenos provocan un aumento de la permeabilidad capilar. En el 40% de los embarazos normales se observan edemas generalizados. Los edemas fisiológicos pueden aparecer muy temprano a partir del segundo trimestre. Pero cuando aparecen o se agravan de modo brusco tienen un carácter patológico, generalmente, la curva ponderal es lineal entre las 12 y las 36 semanas de amenorrea, y los edema fisiológicos, no modifican ésta característica, en cambio los edemas patológicos es la acumulación excesiva y generalizada de líquidos en los tejidos (espacio intersticial), y debe ser investigado en las áreas pretibial, lumbosacra, abdominal y/o en cara y manos. El edema es significativo, solo si hay signo de godete, el cual se demuestra mejor aplicando presión con un dedo sobre el tercio inferior tibial por cerca de 30 segundos, puede ser demostrado también sobre la pared abdominal y en el área sacra, puede ocurrir hasta en el 40% de las pacientes normotensas, pero puede ser el primer signo de preeclampsia.

Se le clasifica en cruces:

- + Edema pretibial, maleolar o de pies.
- ++ Edema de pared abdominal o región lumbosacra.
- +++ Lo anterior y o edema facial o de manos.
- ++++ Anasarca.

El edema preeclínico puede manifestarse como ganancia excesiva de peso (en cualquier etapa del embarazo) de más de 1 Kg por semana, o una ganancia total de más de 15 Kg en todo el embarazo.

Incremento de peso recomendado:

Primer trimestre: 1.0 a 1.5 Kg en todo el trimestre.

Segundo trimestre: 1.0 a 1.5 Kg por cada mes.

Tercer trimestre: de 1.5 a 2.0 Kg por cada mes.

El total de incremento de peso normal es de 8.5 a 12 Kg en todo el embarazo.

A medida que va avanzando el grado de la preeclampsia, se van presentando datos anexos que hay que valorar y ellos son: cefalea, acufenos, fosfenos, oliguria, cristaluria y cilindruria, y trastornos visuales, como el edema de la papila, el espasmo arteriolar y el desprendimiento de la retina.

Los sistemas de gravedad clásicos son:

- Presión sistólica igual o superior a 160 mmHg y/o presión diastólica igual o superior a 100 mmHg, medidas varias veces, con no menos de 6 horas de intervalo estando la paciente en reposo.
- Proteinuria igual o superior a 5 g/24h (algunos ya le atribuyen un carácter grave cuando es igual a 2 g en 24 horas).
- Oliguria, definida por una diuresis inferior a 400 ml/24 h.
- Signos funcionales de HTA maligna, es decir: cefaleas y trastornos visuales, las primeras son invalidantes, pulsátiles, frontales o en forma de casco, y bilaterales. Los trastornos visuales, pueden consistir en fosfenos o amaurosis, por vaso constricción arteriolar, retiniana, a veces asociadas a un espasmo local.

- Dolor epigástrico en forma de barra (signo de Chaussier) localizado en el hipocondrio derecho y en la región epigástrica. El fuerte dolor que se despierta al sacudir el hígado posiblemente se debe a que se han formado hematomas subcapsulares como consecuencia de los trastornos de coagulación. Puede observarse una subictericia o una ictericia.

Estado materno

La hipertensión arterial severa pone en peligro la vida de la madre ya que provoca lesiones de las arteriolas y de las arterias.

La hipertensión arterial se suma al estado hipercinético para favorecer las complicaciones cardiovasculares (insuficiencia cardíaca, edema agudo de pulmón).

La preeclampsia ha sido una enfermedad potencialmente grave, con una evolución muy variable. Puede ser leve durante cierto tiempo y luego agravarse en un lapso más o menos breve. Ésta gravedad potencial es la primera razón por la cual no hay tratamiento ambulatorio de la preeclampsia. Gracias a la hospitalización es posible controlar a la paciente, adaptar los tratamientos e intervenir a tiempo.

Estado fetal

El sufrimiento fetal crónico se debe a la disminución del flujo útero placentario. Lo ideal será un tratamiento para mejorar dicho flujo, aunque se piensa que el tratamiento antihipertensivo disminuye aún más el flujo a menos que la caída de la tensión arterial sea súbita y confusa. Por otra parte cuando la corrección de la hipertensión demasiado intensa lleva a valores inferiores a 120/80, aparece un riesgo de parto prematuro y aumenta la mortalidad

neonatal. Todos los fármacos atraviesan la placenta y son por lo tanto potencialmente capaces de producir efectos sobre el feto. ³¹

TRATAMIENTO DE LA PREECLAMPSIA/ECLAMPSIA.

Mantenimiento de las funciones vitales maternas:

1. Ayuno absoluto.
2. Mantener vena permeable.
3. Instalar sonda vesical de Foley abierta a permanencia.
4. Vigilancia clínica: tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, coloración, reflejos osteotendinosos, reflejos pupilares, diuresis (cantidad y características), alteraciones de la piel (petequias y equimosis) y estado de la conciencia.
5. Vigilancia materna - fetal por laboratorio y gabinete.
6. Mantenimiento de la permeabilidad de las vías respiratorias superiores y la ventilación.
7. Evitar traumatismo durante la crisis convulsiva.
8. Minimizar estímulos.

Control de crisis hipertensiva:

Objetivo:

Prevenir un accidente vascular cerebral, sin comprometer el flujo útero-placentario. Se utilizará únicamente los siguientes fármacos, dependiendo de su disponibilidad y de la experiencia de quién prescribe:

31. Instituto Mexicano del Seguro Social. "Dirección de prestaciones médicas. Norma técnica médica para la prevención del manejo de la preeclampsia - eclampsia. P. 16.

Nifedipina una cápsula sublingual de 10 mg, si persiste la crisis hipertensiva, se pueden administrar nuevas dosis cada 20 a 30 minutos, hasta 4 dosis.

Hidralazina en bolo con dosis de 10 a 20 mg en solución fisiológica vía intravenosa con vigilancia estrecha de la presión arterial. Se podrá repetir cada 20 minutos de acuerdo a cifras tensionales.

Alfametildopa: Se empieza en dosis de 250 mg a 1 g que se aumenta progresivamente, sin superar los 2 g/día en tomas fragmentadas a lo largo de las 24 horas. Actúa al cabo de 2 a 3 horas, con un máximo entre 4 y las 8 horas. Y el efecto dura de 10 a 12 horas.

Diazóxido: Su acción se acompaña de una taquicardia y un aumento de flujo cardiaco. Los efectos secundarios son: retención de sodio y agua e hiperglucemia por inhibición de la liberación de la insulina. El diazóxido es tocolítico.

Se aconseja utilizar dosis de 30 mg, fraccionando el bolo para inyectarlo cada 2 minutos o en perfusión continua. Aun así, el diazóxido puede provocar una gran hipotensión.

Nitropusiato de sodio: se puede suministrar en perfusión intravenosa o con jeringa eléctrica, siendo el flujo inicial $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{minuto}$ y la dosis medida de 3 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{minuto}$. Es preciso proteger el producto de la luz, que provoca su degradación y aun así cambiarlo cada 6 horas.

Resulta de empleo muy práctico por la rapidez y la brevedad de su acción. Se halla indicado cuando hay edema pulmonar o en los casos que resisten a las otras terapéuticas o que amenazan el pronóstico vital. Se emplea así mismo durante periodos breves, a fin de preparar a una paciente para una intervención quirúrgica urgente.

El metabolismo hepático, da lugar a la formación de tiocianatos que son tóxicos para el sistema central, y que al atravesar la barrera placentaria, resulta potencialmente tóxico para el feto. ³²

Prevención y/o control de las crisis convulsivas

Los siguientes fármacos, dependiendo de su disponibilidad, en orden decreciente: sulfato de magnesio, puede ser utilizado cualquiera de los siguientes esquemas de administración.

1. Esquema intramuscular de Pritchard
Impregnación 4 mg IV en 3 a 5 minutos + 10 gr IM.
Mantenimiento 5 gr intramuscular cada 4 horas (en concentración al 50%).
2. Esquema intravenoso de Zuspan
Impregnación 4 gr IV en 3 a 5 minutos + 10 gr IM.
Mantenimiento de 1 a 2 gr IV por hora.
3. Esquema intravenoso de Sibai
Impregnación 6 gr IV en 10 minutos diluido en 100 ml de solución glucosada al 5% y/o solución fisiológica.
Mantenimiento 2 a 3 gr IV por hora.

32. Fournie Alain et, al "Síndromes Vasculorrenales del Embarazo" Enciclopedia Médico Quirúrgica p. 17.

4. Esquema de Zuspan modificado:

Impregnación 4 gr IV diluidos en 250 ml de solución glucosado al 5% en 20 minutos.

Mantenimiento 1 a 2 gr IV por hora, administrados en infusión intravenosa continua, esto se puede lograr preparando una solución de 900 ml de glucosada al 5% + 10 ampolletas de 1 gr (10 ml cada una) de sulfato de magnesio (que hacen un total de diez gramos de fármaco y 1000 ml de líquido) total de la solución 1000 ml con 10 g de sulfato de magnesio, administrar 1 a 2 g por hora en infusión continua.

Antídoto para el sulfato de magnesio: Gluconato de calcio:

Dosis de 10 ml de solución al 10% e inyectarlo durante 3 minutos, sea el antídoto de elección cuando se produce una depresión respiratoria inducida por hipermagnesemia. ³³

Interrupción del embarazo:

El único tratamiento etiológico de la preeclampsia - eclampsia, es la interrupción del embarazo, sin embargo, dicha interrupción se valora en cada caso en particular, de acuerdo a los siguientes criterios.

a) Razones para permitir la continuación del embarazo.

Presencia del feto aún sin madurez.

- La madurez pulmonar fetal se alcanza entre las semanas 35 a 36, es deseable e ideal poder alcanzar esa edad gestacional.

33. Instituto Nacional de Perinatología. "Normas y Procedimientos" en Ginecología y Obstetricia p. 32.

- Cuando esto no es posible, sería cuando menos deseable alcanzar la semana 33 con un feto de aproximadamente 1.350 Kg.
- Cuando esto tampoco es posible sería deseable alcanzar etapa entre las semanas 28 y 32, que es cuando existen receptores a nivel del alvéolo pulmonar fetal a los corticosteroides (inductores de madurez pulmonar fetal).

Esquemas:

Dexametasona 4 mg IM por 6 dosis (1 cada 8 horas), o bien:

Dexametasona 12 mg IM en dos dosis (1 cada 24 horas).

Betametasona 12 mg IV repitiendo la misma dosis a las 24 horas después.

En caso de interrupción del embarazo, procurar que ésta sea 24 horas después de la última dosis de corticoesteroide y dentro de los siguientes 7 días.

Madre en buen estado.

- Forma leve de preeclampsia.
- Hipertensión arterial leve inducida por el embarazo (o algún caso de hipertensión arterial severa inducida por embarazo por que ha tenido buena respuesta al tratamiento).

Mayor posibilidad de parto.

Cuando mayor sea la edad del embarazo, más probabilidad de parto vaginal existirá; mejores condiciones cervicales y mejor respuesta a la oxitocina.

Estado fetal aceptable.

Estado fetal aceptable.

- No existencia de retardo en el crecimiento intrauterino (RCIU).
- No existencia de sufrimiento fetal crónico.
- No existencia de oligohidramnios.
- Pruebas biofísicas normales.
- Frecuencia cardiaca fetal y movimientos fetales normales.

b) Razones para interrumpir el embarazo:

Maternas:

Deterioro en cualquiera de los siguientes territorios:

- Cardiovascular:

TA diastólica de 110 o más. Crisis hipertensivas, cefalea intensa, síndrome vasculo - espasmódico severo, hemorragia retiniana en el fondo de ojo.

- Neurológico:

Crisis convulsivas, coma, amaurosis, hipertensión intracraneana.

- Renal:

Oliguria severa (menor de 500 ml en 24 horas ml/24) que no mejora con el tratamiento.

Proteinuria de 5 g/l o más.

Retención azoada (aumento anormal de la urea y la creatinina).

Depuración de creatinina menor de 50 ml/min.

Hiperuricemia igual o mayor de 10 mg /dl.

- Hematología:

Plaquetopenia de menos de 50,000.

Hemólisis micrangiopática (HELLP).

Ictericia (HELLP).

Evidencia de CID: hematuria, melena, petequias, equimosis, gingivorragias, hemorragia conjuntival, epistáxis, sangrado de los sitios de venopunción.

- Hepático:

Dolor en epigástrico o hipocondrio derecho (dolor en barra).

Insuficiencia hepática.

Hematoma subcapsular o rotura hepática.

- Placentario:

El desprendimiento prematuro de placenta normoinserta constituye una indicación tanto materna como fetal.

Fetales:

- Retardo en el crecimiento intrauterino severo, diagnosticado por ultrasonido.
- Oligohidramnios severo (por ultrasonido).
- Sufrimiento fetal agudo.
- Sufrimiento fetal crónico agudizado (cardiotocografía), prueba sin estrés: trazo no reactivo desacelerativo, trazo silente.
- Hallazgo de meconio en la amniocentésis.
- Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.
- Evidencia de un feto ya maduro.
- Óbito fetal.

Vía de interrupción del embarazo:

La elección de la vía de interrupción del embarazo (parto o cesárea), depende de varias condiciones.

1. Urgencia de la interrupción: cuando la terminación del embarazo sea urgente (ejemplo DPPN, inminencia de eclampsia) con cervix desfavorable.
2. Condiciones cervicales: si son favorables podrá intentarse la inducto - conducción.
3. Edad gestacional: ante casos de preeclampsia temprana con fetos no viables, es deseable el nacimiento por vía vaginal.
 - En embarazadas con fetos prematuros:
Se prefiere la cesárea por dos razones cervix desfavorable y evitar traumatismo obstétrico a un feto prematuro.
4. Estado del feto, vivo o muerto: no realizar cesárea para extraer un óbito (excepción: DPPNI por urgencia materna).
5. Presencia o no de sufrimiento fetal: un feto con sufrimiento fetal agudo o crónico agudizado, no tolerará el parto.
6. Presencia o no de distócia de origen fetal: un feto en situación transversa u oblicua, en presentación pélvica o de cara, debe ser extraído mediante cesárea.
7. Presencia de distócia dinámica. Falta de progresión de trabajo de parto.
8. Presencia de distócia de partes blandas.
9. Otras condiciones obstétricas: en el embarazo múltiple, desproporción céfalo - pélvica y la presencia de cicatrices uterinas previas, la vía de elección será la abdominal.

10. La presencia o no de trabajo de parto: tiene mejor pronóstico de tener un nacimiento por vía vaginal la paciente que ya desencadenó el trabajo de parto espontáneamente que aquella en la que se va a intentar la inducto - conducción. ³⁴

Control en el postparto:

Se ha de controlar atentamente a la paciente durante las 24 horas tomándole los reflejos osteotendinosos, ya que puede sufrir una eclampsia del postparto. En algunos casos se observan una gran inestabilidad tensional. Se debe proseguir el tratamiento anterior.

En las formas severas pueden aparecer complicaciones debidas a los trastornos de la hidratación o a una sobrecarga, por ello es preciso llevar un estricto control de líquidos. También se puede producir un edema agudo de pulmón debido a una sobrecarga intravascular o más raramente a una alteración de la permeabilidad capilar.

Antes de que la paciente salga de la maternidad, se realiza un estudio de la función renal, del hemograma y de la coagulación. Por lo general, en un plazo que varía según las pacientes, se puede disminuir la dosis de los antihipertensores. Los anticonceptivos estropogestacionales quedan formalmente contraindicados. ³⁵

34. Instituto Mexicano del Seguro Social. Dirección de Prestaciones Médicas. Norma Técnica Médica para la Prevención y manejo de Preeclampsia y Eclampsia.

35. Fournie Alain et, al, "Síndromes Vasculorrenales del Embarazo" en Enciclopedia Médico Quirúrgica p. 20.

Prevención de la preeclampsia:

Régimen alimentario:

Se ha propuesto modificar los ingresos de sodio, potasio, magnesio, zinc y calcio, para disminuir el vasoespasmo y la reactividad vascular. La suplementación de calcio disminuye la presión arterial en proporción a la cantidad aportada diariamente.

Intentos farmacológicos:

Aspirina: suministrada diariamente en pequeñas dosis, inhibe específicamente las ciclooxigenasa plaquetaria. En dosis de 60 y 80 mg, no se han detectado efectos sobre el feto ni complicaciones en la madre.

El problema es más complicado en mujeres que presentan un segundo embarazo y tiene antecedentes de preeclampsia. También cuando se trata de pacientes nulíparas, hay que hacer una selección: el ácido acetilsalicílico, se reserva para aquellas que tienen antecedentes o que según lo indican las pruebas farmacológicas, se hallan predispuestas a la patología vascular del embarazo.

Calcio: los investigadores han indagado la relación que existe entre la ingesta de calcio por persona al día, y la incidencia de eclampsia en diferentes países y han identificado que existe relación inversa entre el mayor ingreso de dicho mineral y la incidencia de eclampsia. Se ha propuesto suministrar de 600 mg a 2 g de calcio suplementario diariamente durante todo el embarazo. ³⁶

36. IBIDEM p.p. 20-21

Complicaciones de la preeclampsia y eclampsia:

- Síndrome de HELLP.
- Coagulación intravascular diseminada (CID).
- Insuficiencia Renal Aguda (IRA).
- Hemorragia Hepática (Hematoma subcapsular o ruptura del hígado).
- Accidente Vascular Cerebral (Hemorragia, Trombosis, Isquemia, Infarto).
- Edema Cerebral (Hipertensión Intracraneana).
- Edema Agudo Pulmonar Cardiogénico y no Cardiogénico.
- Insuficiencia Cardíaca.
- Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta (DPPNI).

II. APLICACIÓN DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON A UNA PERSONA CON PREECLAMPSIA.

VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES BÁSICAS DURANTE SU ESTANCIA EN EL SERVICIO DE TOCOCIRUGÍA Y GINECOLOGÍA.

DATOS GENERALES.

NOMBRE: Ingrid

EDAD: 28 años

OCUPACIÓN: Cajera.

ESTADO CIVIL: Casada.

RELIGIÓN: Católica.

ESCOLARIDAD: 4° semestre de universidad de administración.

El presente proceso de Enfermería se realizó a una mujer con embarazo de 38 semanas de gestación más diagnóstico médico de Preeclampsia severa. Ingresando al servicio de tococirugía el día 21-06-06 a las 17:00 horas en el Hospital General de Zona Número 1 de Tapachula Chiapas.

ANTECEDENTES PERSONALES DE INTERÉS:

Paciente que acudió a su control prenatal en cinco ocasiones, tiene dos dosis de toxoide tetánico su grupo sanguíneo O+.

ANTECEDENTES GÍNECO-OBSTÉTRICOS:

Menarca a los 12 años IVSA a los 24 años, una pareja sexual, no se ha realizado papanicolao, no ha llevado método de planificación familiar, gesta 1, para 0, aborto 0, cesárea 0, FUR 28-oct-99. FPP, 5 de julio del 2000, embarazo de 38 semanas de gestación.

SIGNOS VITALES Y SOMATOMETRÍA.

Peso anterior al embarazo: 72 kg.

Talla: 1.60 cm.

Peso durante el embarazo: 91 kg.

FCF: 148/minuto.

T/A: 160/100.

Pulso: 88/minuto.

Resp: 22/minuto.

Temperatura: 36.5°C.

Fu: 28 cm.

Ingreso al servicio de tococirugía: 22-06-00 17:00 horas.

Intervención quirúrgica: 23-06-00 2:00 am

Egreso del servicio: 25-06-00 12:00 horas

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN:

Femenino de 26 años de edad, casada hace 2 años. No fuma, ni convive con fumadores. Cursa con embarazo de 38 semanas de gestación con diagnóstico médico preeclampsia severa. Con sobrepeso de acuerdo a su talla y edad gestacional. Es una persona que presenta dificultad respiratoria al realizar ejercicios pesados, como caminar de prisa o a una distancia larga. No conoce ni utiliza técnicas que mejoren su respiración. Duerme con dos almohadas de cabecera y en decúbito lateral por dificultad de la misma.

NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN:

Es una persona que ha tenido problemas con su peso desde antes del embarazo, ya que anteriormente realizaba ejercicios y dieta el cual refiere que muy poco le funcionaba. Come acompañada de sus familiares por la mañana y en la noche, ya que la comida del medio día la realiza en su trabajo con sus compañeras, en ocasiones carga lunch. Refiere que su alimentación es completa y variada cuando ésta la realiza en su casa. Pero, cuando come en la calle, ingiere alimentos pocos nutritivos como son: tortas, tacos, pastelitos, galletas, chocolates, etcétera. Refiere tomar de 1 a 2 litros de agua al día. Tiene problemas para masticar, ya que presenta encías hiperémicas y edematizadas.

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN:

Cuenta con casa de material y techo de lámina, su baño se encuentra fuera de la casa. Refiere no tener problemas con sus evacuaciones, ya que defeca cada 3° día de consistencia sólida.

Por los cambios fisiológicos del embarazo, micciona frecuente, en poca cantidad además micciona de 2 a 3 veces por la noche, y ésta la realiza en un cómodo dentro de su cuarto, ya que cuando llueve el patio se pone resbaloso. A la observación paciente con edema de miembros inferiores.

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA:

Trabaja en una tienda comercial de cajera, por el cual, la mayor parte del tiempo se mantiene sentada, es una persona que se le dificulta agacharse y/o pararse. Se observa marcha cansada con cambios posturales. Refiere que desde hace una semana se le empezaron a edematizar sus pies sin ponerle gran importancia, ya que creía que era por la misma posición que se mantenía.

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO:

Paciente que duerme únicamente de 5 a 6 horas, ya que tiene dificultad para conciliar el sueño, debido a que micciona constantemente por las noches. Duerme con su pareja. Entorno físico próximo con poca ventilación y clima caluroso, duerme con ventilador. Se observa facies de cansancio, ojeras y somnolienta. Refiere descansar una hora aproximadamente por las tardes, y ésta la realiza en una mecedora con sus pies en alto, ya que se le edematizan.

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS:

Mujer que por su sobrepeso y su embarazo, su ropa es confeccionada por modista, la cual es de tela delgada y holgada, refiere que no le preocupa su

aspecto físico en éstos momentos de su embarazo. Actualmente con bata hospitalaria semiabierta por su sobrepeso y su edad gestacional, con botas de tela, un poco incómoda por la falta de ropa interior.

NECESIDAD DE TERMOREGULACIÓN:

Trabaja en una tienda comercial, en ella cuenta con aire acondicionado, la cual refiere estar a gusto en ella. Entorno físico próximo cerrada, pequeña, sin contar con clima acondicionado, en éstos momentos aumento de la temperatura de la piel, agotada y sudoración excesiva.

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Se baña de 2 a 3 veces al día, con cambio de ropa diaria, utilizando shampoo y desodorante. Se lava los dientes 2 veces al día ya que la crema dental le irrita las encías, su aseo de las manos las realiza antes de comer y después de ir al baño.

Se observa aspecto general limpia con bata institucional, uñas largas sin esmalte. Con venoclisis en miembro superior izquierdo. A la exploración abdomen gestante con estrías, además se observan piquetes de zancudos y edema de miembros inferiores.

NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS:

En todo su embarazo acudió por 5 ocasiones para su control prenatal, la cual refiere que le dieron a conocer signos y síntomas de alarma obstétrico y

cambios fisiológicos del embarazo, cuenta con su segunda dosis de toxoide tetánico.

Tiene problemas en uno de sus órganos de sus sentidos que es la vista, por el cual usa lentes, conoce todas las medidas de protección en caso de desastres naturales así como de direcciones de los albergues. En casa, su baño se encuentra en el patio y éste se pone resbaloso cuando llueve.

Presenta cefalea intensa, además refiere hipomotilidad fetal, atemorizada y angustiada por la situación en que se encuentra ella y su bebé.

NECESIDAD DE COMUNICARSE:

Casada hace dos años vive con su esposo en casa de su mamá y su hermana, mantiene buena relación con sus familiares, compañeras de trabajo y sus vecinos de su casa. Describe ser alegre, bromista, extrovertida, con facilidad de palabras. En éstos momentos, preocupada, ya que sus familiares ignoran la situación y el lugar donde ella se encuentra.

NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES:

Casada por la iglesia hace dos años. Acude a la iglesia a escuchar misa acompañada de su mamá, en ocasiones sábados por las tardes o domingos por las mañanas, refiere tener altar con sus santos como son: San Judas Tadeo, la Virgen de Guadalupe, San Martín Caballero, Sagrado Corazón, además de celebrar todas las fiestas tradicionales. Pero en éste momento en que está presentando la sintomatología, tiene una sensación de vacío espiritual al

sentirse desamparada y preocupada respecto a la alteración que pueda presentar su bebe al nacer.

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Dejó la escuela por la situación económica que estaba presentando. Inició su trabajo hace 5 años en una tienda comercial como dependiente, actualmente es cajera, y con lo que gana apoya al gasto familiar, ha pensado en renunciar por el nacimiento de su hijo.

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

Realizaba ejercicios (aerobics) 3 veces a la semana, así como caminar acompañada de una vecina antes de su embarazo. En sus tiempos libres camina por las tardes acompañada de su esposo y en ocasiones ésta la acompaña al campo para verlo jugar futbol.

NECESIDAD DE APRENDIZAJE:

Dejó sus estudios por problemas económicos, acudió a su control prenatal por cinco ocasiones, en el cual recibió orientación sobre signos y síntomas de alarma obstétricos. Refiere que desde que salió embarazada no pudo seguir con su dieta, ni con sus ejercicios, aunado con la vida sedentaria que lleva debido a su trabajo, se fue incrementando su peso, aun conociendo los riesgos que presentaba esta.

2.2. PRESENTACIÓN DE LOS PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE ACUERDO A LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON.

A continuación se describen los pasos acerca de como se realizó el plan de cuidados.

Se inició con la valoración con el apoyo de un instrumento que fue modificado de acuerdo a las circunstancias de la persona, tomando en cuenta los factores biofisiológicos, psicológicos y socioculturales, además de la observación directa a través de la cual se pudo identificar el estado de salud y así descubrir sus capacidades y problemas reales y potenciales, y con ello poder diferenciar su dependencia e independencia. Valorando al mismo tiempo las causas de dificultad y con ello elaborar el diagnóstico de Enfermería.

Una vez teniendo identificadas las capacidades y problemas, se desarrolló el plan de acción en el cual se tomó en cuenta las necesidades de acuerdo a la teoría de Virginia Henderson, para ir priorizando los problemas que necesitan atención inmediata, y con ello establecer los objetivos que se pretenden alcanzar. Posterior a ello se realiza la ejecución y la intervención de Enfermería que nos ayudan a lograr nuestros objetivos. Por último evaluamos si nuestro objetivo y nuestras intervenciones de Enfermería ayudaron a lograr su independencia parcial o total de nuestra paciente. Además se realiza una evolución de los cuidados de Enfermería en la cual se redacta como fue evolucionando durante su estancia hospitalaria y en su domicilio.

HOJA DE PLAN DE CUIDADOS

NECESIDADES	MANIFESTACIÓN DEL PROBLEMA	CAUSAS DE LA DIFICULTAD			DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
		F	C	V					
EVITAR PELIGROS	<p>DEPENDENCIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Cefalea intensa -Angustia -Temor. <p>INDEPENDENCIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Conoce signos y síntomas de alarma. -Cuenta con segunda dosis de toxoide tetánico. 	X	X X		Cefalea intensa relacionado con el aumento del volumen circulante (dilatación y distensión de las arterias cerebrales), manifestado por angustia y temor.	La paciente disminuirá cifras tensionales hasta la normalidad.	<ul style="list-style-type: none"> -Instalación de venoclisis. -Toma de presión arterial cada hora. Administración de antihipertensivos. -Vigilancia estrecha. 	<ul style="list-style-type: none"> -Instalación de venoclisis con punzocat no. 17 en miembro superior izquierdo y toma de laboratorios. -Toma de presión arterial en posición semifowler o sentada en brazo derecho. -Reposo absoluto en decúbito lateral izquierdo. -Vigilar signos y síntomas vasculoespasmódicos. -Administración de antihipertensivos. 	No se logra normalizar cifras tensionales con medicamentos antihipertensivos por vía oral.

HOJA DE EVOLUCIÓN DE LA NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS:

22-06-00, Ingrid ingresa al servicio con cefalea frontal, hipertensión y edema de miembros inferiores. Administrándose nifedipina sublingual. Se realiza venopunción en miembro superior izquierdo, para instalación de venoclisis y toma de muestras de laboratorio.

La presión arterial, es tomada cada hora en posición semifowler y en brazo derecho anotándose en hoja especial, no logrado nuestro objetivo ya que ni con los medicamentos, vía oral y sublingual, Ingrid, continúa manifestando cefalea intensa, además de mantener cifras tensionales altas de 160/110.

22-06-00 a las 23:05 pm, se proporcionando la última toma por vía oral, ya que inició por infusión endovenosa.

Medicamentos administrados vía oral.

Hidralazina 30 mg vía oral cada 6 horas. 18 horas.

Alfametildopa 250 mg vía oral cada 8 horas. 18 horas.

Nifedipina 1 cápsula cada 8 horas. 18 horas.

Nifedipina sublingual, si la presión arterial diastólica es mayor o igual de 110 mmHg. 17:00, 19:00, 22:00, 22:45, 23:05 horas.

22-06-00 24 horas, No cediendo en ningún momento la cefalea.

HOJA DE PLAN DE CUIDADOS

NECESIDADES	MANIFESTACIÓN DEL PROBLEMA	CAUSAS DE LA DIFICULTAD			DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
		F	C	V					
EVITAR PELIGROS	DEPENDENCIA: -Crisis hipertensivas. -Alto riesgo de convulsiones.	X			Alto riesgo de convulsiones relacionado con crisis hipertensivas altas.	La paciente aceptará la administración de antihipertensivos por infusión continua que le permitan estabilizar cifras tensionales.	Administración de Antihipertensivos por infusión continua. -Vigilancia estrecha.	Administración de antihipertensivos por infusión continua. -Toma de presión arterial cada hora y anotación en hoja especial. -Vigilar signos y síntomas vasculoespasmódicos (amaurosis, acúfenos y fosfenos).	Se logra estabilizar la presión arterial y se prepara para la interrupción del embarazo.
	INDEPENDENCIA: -Conciente y alerta.	X							

HOJA DE EVOLUCIÓN DE LA NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS:

Se suspende la administración del medicamento por vía oral y se inicia por infusión continua.

22-06-00 21:45 horas

4 mg de sulfato de magnesio en 100 ml de solución glucosada al 5 % para pasar en 20 minutos.

22-06-00 22:10 horas

10 mg de sulfato de magnesio en 900 ml de solución glucosada al 5 % para pasar 1mg/hora con un goteo de 33 gotas por minuto.

Vigilando estrechamente los efectos colaterales del medicamento.

Una vez teniendo estabilizada la presión arterial, se le explica a Ingrid el motivo de la interrupción del embarazo, la cual pide que se le avise a sus familiares. Se procede a proporcionar cuidados inmediatos y preoperatorios.

23-06-00 a las 2:00 horas, pasa a quirófano bien requisitada. Con presión arterial de 150/90.

23-06-00 a las 5:00 horas, sube al servicio de Gineco obstetricia con presión arterial de 140/80.

28-06-00, en su domicilio, se toma la presión arterial encontrándose cifra de 130/80.

HOJA DE PLAN DE CUIDADOS

NECESIDADES	MANIFESTACIÓN DEL PROBLEMA	CAUSAS DE LA DIFICULTAD			DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
		F	C	V					
EVITAR PELIGROS	<p>DEPENDENCIA:</p> <p>-Riesgo potencial.</p> <p>-Hipomotilidad fetal.</p> <p>INDEPENDENCIA:</p> <p>-Frecuencia cardiaca fetal presente.</p>	X			Riesgo potencial de sufrimiento fetal agudo relacionado con déficit de la circulación sanguínea manifestado por hipomotilidad fetal.	Establecer medidas de vigilancia de la motilidad fetal.	<p>-Reposo absoluto.</p> <p>-Monitorización fetal continua.</p> <p>-Verificar la toma de ultrasonido obstétrico y hepático.</p>	<p>-Reposo absoluto en posición decúbito lateral izquierdo.</p> <p>-Se proporciona oxígeno con catéter nasal a 3 l/minuto.</p> <p>-Monitorización cardiaca fetal continua.</p> <p>-Se manda a la paciente en silla de ruedas para efectuar ultrasonografía.</p>	Se logra percibir motilidad fetal.

HOJA DE EVOLUCIÓN DE LA NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS:

22-06-00, Ingrid acepta posición semifowler y decúbito lateral izquierdo. Se administra oxígeno a 3 litros por minuto con catéter de puntas nasales continuo. Ingrid es llevada para la toma de ultrasonido obstétrico y hepático en una silla de ruedas, el cual reporta:

- Embarazo de 38.4 semanas de gestación.
- Placenta corporal anterior grado III.
- Frecuencia cardiaca fetal de 138/minuto con movimientos activos al momento del estudio.
- Oligoamnios moderado.

Hígado con aumento moderado de tamaño:

- Vena porta dilatada.

22-06-00 a las 19:00, Paciente que se mantuvo con monitorización cardiaca fetal, hasta la interrupción del embarazo, manteniendo variaciones de la frecuencia cardiaca fetal de 132 a 146/minuto.

HOJA DE PLAN DE CUIDADOS

NECESIDADES	MANIFESTACIÓN DEL PROBLEMA	CAUSAS DE LA DIFICULTAD			DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	PLANEACION DE LOS CUIDADOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
		F	C	V					
EVITAR PELIGROS	<p>DEPENDENCIA: -Temor.</p> <p>INDEPENDENCIA: -Edad reproductiva. -Tiene pareja sexual.</p>		X	X	<p>Temor al próximo embarazo relacionado a patología presentada.</p>	<p>La paciente conocerá los riesgos reproductivos a su siguiente embarazo.</p>	<p>-Proporcionar consejería en salud reproductiva.</p>	<p>-Se proporciona orientación sobre métodos anticonceptivos existentes en el servicio. -Espaciar los embarazos de 3 a 4 años mínimos. -Limitar oportunamente el número de hijos. -Condiciones de salud. -Evolución del embarazo actual.</p>	Logrado.

HOJA DE EVOLUCIÓN DE LA NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS:

22-06-00, Ingrid conoce los métodos anticonceptivos al igual que su pareja, se le proporciona orientación sobre la prevención de la preeclampsia en su siguiente embarazo, ya que tiene un riesgo alto de manifestar el mismo problema del actual. Por lo pronto, debe acudir a sus citas de Ginecología para la vigilancia de su evolución de la Preeclampsia.

Se le da orientación sobre el método anticonceptivo ideal para su problema como el dispositivo intrauterino, el cual se le informa sus ventajas, seguridad y eficacia, efectos y desventajas del mismo. Aceptando ponerse el dispositivo posterior a la cesárea.

28-06-00, en su domicilio, recuerda que tiene cita al servicio de ginecología el 13 de julio, la cual aprovechará para su instalación del DIU.

HOJA DE PLAN DE CUIDADOS

NECESIDADES	MANIFESTACIÓN DEL PROBLEMA	CAUSAS DE LA DIFICULTAD			DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
		F	C	V					
ELIMINACIÓN	<p>DEPENDENCIA:</p> <p>-Edema de miembros inferiores.</p> <p>-Orina frecuentemente</p> <p>INDEPENDENCIA:</p> <p>-Micciona en forma espontánea.</p>	X	X		Déficit de la eliminación urinaria relacionado con la retención hídrica y la alteración de la excreción de sodio manifestado por edema de miembros inferiores.	La paciente logrará mantener un balance hídrico adecuado.	<p>-Instalación de Sonda Foley.</p> <p>-Control de líquidos con balances negativos para la paciente.</p> <p>-Vigilancia estrecha.</p> <p>-Labstix por turno.</p>	<p>-Instalación de Sonda Foley número 16 a derivación continua, previo aseo vulvar.</p> <p>-Cuantificación de diuresis horaria y anotar en hoja especial.</p> <p>-Anotar ingresos y egresos de líquidos realizando balance hídrico cada 8 horas.</p> <p>-Vigilar edema así como características de la piel.</p> <p>-Toma de labstix.</p>	Logrado parcialmente.

HOJA DE EVOLUCIÓN DE LA NECESIDAD DE ELIMINACIÓN:

22-06-00, La instalación de sonda foley, se realiza previa asepsia en región vulvar y posterior a la toma de un bililástix obteniendo reactivo con proteínas de ++, mandándose muestras de orina al laboratorio con resultados de proteínas +++.

La diuresis se cuantificó cada hora anotándose en hoja especial de control de líquidos, y ésta fue realizada hasta el día 24-06-00. El edema de miembros inferiores no cede durante su estancia hospitalaria.

24-06-00, Se tomó un último bililástix, obteniéndose proteínas (trazas).

28-06-00, Ya en su domicilio.

El edema de miembros inferiores, aún no desaparecen.

HOJA DE PLAN DE CUIDADOS

NECESIDADES	MANIFESTACIÓN DEL PROBLEMA	CAUSAS DE LA DIFICULTAD			DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN		
		F	C	V							
OXIGENACIÓN	<p>DEPENDENCIA:</p> <p>-Dificultad para respirar.</p> <p>-Sobrepeso.</p> <p>-Fatiga.</p> <p>INDEPENDENCIA:</p> <p>-Automatismo respiratorio presente.</p>	X		X	Dificultad para respirar relacionado con abdomen gestante y sobrepeso manifestado por fatiga.	La paciente disminuirá su problema respiratorio al adoptar posición adecuada.	-Medidas que propician bienestar respiratorio.	-Dar posición semiowler y decúbito lateral izquierdo.	-Cambio frecuente de posición.	-Se proporciona orientación sobre técnicas de la respiración.	Logra desaparecer la dificultad respiratoria al adoptar la posición semifowler.

HOJA DE EVOLUCIÓN DE LA NECESIDAD DE OXIGENACIÓN:

22-06-00, Ingrid acepta posición semifowler en decúbito lateral izquierdo, el cual le es un poco incómoda realizar sus cambios de posición, ya que las camas hospitalarias del servicio de tococirugía, son altas, angostas y sin barandales. Logra desaparecer la dificultad respiratoria con la posición brindada.

23-06-00:

Ingrid, en posición libremente escogida posterior a la cesárea, en el cual no existe dificultad respiratoria.

HOJA DE PLAN DE CUIDADOS

NECESIDADES	MANIFESTACIÓN DEL PROBLEMA	CAUSAS DE LA DIFICULTAD			DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
		F	C	V					
VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES	<p>DEPENDENCIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Vacío espiritual. -Preocupación. <p>INDEPENDENCIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Acude a la iglesia los domingos. -Tiene fé en Dios. -Tiene altar en su domicilio. -Cree en los santos. 	X	X	X	Vacío espiritual relacionado con la complicación del embarazo, y manifestado por preocupación.	Que la paciente continúe sus prácticas espirituales.	<ul style="list-style-type: none"> -Preparación psicológica incrementando su creencia espiritual. 	<ul style="list-style-type: none"> -Escuchar sus sentimientos negativos. -Ofrecer a rezar con ella. -Responder a sus preguntas con la mayor honestidad posible, manteniendo una visión positiva y esperanzada. 	Se logra.

HOJA DE EVOLUCIÓN DE LA NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES:

22-06-00, Ingrid se encuentra más tranquila, pero continúa con cierta preocupación por su complicación del embarazo.

23-06-00, posterior a la cesárea.

Arrepentida de haber dudado de la presencia espiritual, ya que su bebe, nació en buenas condiciones.

HOJA DE PLAN DE CUIDADOS

NECESIDADES	MANIFESTACIÓN DEL PROBLEMA	CAUSAS DE LA DIFICULTAD			DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	PLANEACION DE LOS CUIDADOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
		F	C	V					
NUTRICIÓN	<p>DEPENDENCIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Malos hábitos alimenticios. -Dificultad para controlar su peso. -Ingiere alimentos pocos nutritivos. <p>INDEPENDENCIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Come acompañada de sus familiares y compañeras de trabajo. -Ingiere líquidos de 1 a 2 litros al día. 		X	X	Alteración de la alimentación por exceso relacionado con los cambios fisiológicos del embarazo y malos hábitos alimenticios manifestado por sobrepeso.	La paciente mejorará sus hábitos alimenticios para estabilizar su peso posterior al embarazo.	<ul style="list-style-type: none"> -Educación sobre hábitos higiénicos alimenticios. -Se canaliza el servicio de nutrición. 	<ul style="list-style-type: none"> -Se explica la importancia de llevar una dieta completa y variada. -Que aumente el consumo de frutas y verduras. -Servirse pequeñas porciones de alimentos. -Evitar comer entre comidas y preferir el agua. -Hacer cena ligera. -Comer en horarios regulares. -Estimular en la realización de ejercicio 30 minutos como mínimo al día. 	No logrado hasta el momento.

HOJA DE EVOLUCIÓN DE LA NECESIDAD DE NUTRICIÓN:

22-06-00 18:00 horas, Ingrid queda en ayuno hasta nueva orden por las cifras tensionales altas que ha presentado, la cual se hidrata por vía parenteral, con solución glucosada al 5 % de 500 ml para pasar en 20 minutos, y posterior queda con solución glucosada al 5 % de 1000 ml para 8 horas.

23-06-00 por la tarde, inicia con líquidos claros a tolerancia, por la noche inicia blanda hiposódica e hiperproteica hasta su egreso. Quedando satisfecha con la calidad y cantidad de alimentos que se le proporcionan en el servicio.

25-06-00, Es dada de alta, y lleva cita a la consulta externa de nutrición para el día 13 de julio del 2000 a las 9:00 horas.

28-06-00, tiene confianza en ella misma, y posterior, saldrá a caminar, por lo pronto hace 3 comidas en horas regulares.

HOJA DE PLAN DE CUIDADOS

NECESIDADES	MANIFESTACIÓN DEL PROBLEMA	CAUSAS DE LA DIFICULTAD			DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
		F	C	V					
COMUNICACIÓN	<p>DEPENDENCIA: -Preocupación.</p> <p>INDEPENDENCIA: -Apoyo familiar.</p>		X		Preocupación relacionado con la falta de comunicación con sus familiares.	La paciente disminuirá su preocupación para mantenerse relajada.	-Avisar a trabajo social para la localización de sus familiares.	Se le explica adecuadamente de todo lo que se le va a efectuar, y la importancia de mantenerse relajada. -Movilización en cama para comunicarse con sus familiares.	-Logra comunicarse con sus familiares.

HOJA DE EVOLUCIÓN DE LA NECESIDAD DE COMUNICACIÓN:

22-06-00, Se avisa a trabajo social para localizar a los familiares de Ingrid, proporcionando número telefónico. La cual acude su mamá y su esposo, estando muy pendiente de ella, los cuales se les da información sobre el estado de salud de Ingrid por el especialista firmando hoja de autorización para la intervención quirúrgica.

Ingrid se encuentra un poco preocupada por la cirugía, el cual se proporciona preparación psicológica recibiendo la bendición de su mamá y un beso de su esposo.

Familiares que reciben orientación por trabajo social sobre normas hospitalarias proporcionando pase de 24 horas y quedando únicamente la mamá como acompañante en el servicio de ginecoobstetricia.

23-06-00, Una vez estando en el servicio de gineco obstetricia, Ingrid, se mantenía relajada, ya que recibía visitas por sus familiares y compañeras de trabajo.

HOJA DE PLAN DE CUIDADOS

NECESIDADES	MANIFESTACIÓN DEL PROBLEMA	CAUSAS DE LA DIFICULTAD			DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	PLANEACION DE LOS CUIDADOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
		F	C	V					
<p>APRENDIZAJE</p>	<p>DEPENDENCIA: -Incremento de peso. -Riesgo obstétrico.</p> <p>INDEPENDENCIA: -Orientada en tiempo, lugar y espacio. -Acudió por 5 ocasiones a su control prenatal. -Conoce signos y síntomas de alarma.</p>	<p>X</p> <p>X</p>		<p>X</p> <p>X</p>	<p>Incremento del riesgo obstétrico relacionado con la falta de voluntad para llevar a cabo indicaciones prenatales.</p>	<p>La paciente tomará consciencia de la importancia de llevar las indicaciones prenatales.</p>	<p>Fomentar el autocuidado. Educación para la salud.</p>	<p>-Explicar adecuadamente todo lo relacionado a Preeclampsia, sus complicaciones así como la prevención de las mismas, así como los factores de riesgo.</p>	<p>Logrado.</p>

HOJA DE EVOLUCIÓN DE LA NECESIDAD DE APRENDIZAJE:

22-06-00:

Ingrid logra entender los factores de riesgos del embarazo, se le hace hincapié mantener su peso estable, ya que se le duplica el riesgo de volver a presentar la preeclampsia. Se explica que es muy importante llevar un buen control prenatal pero sobre todo el autocuidado de su salud.

28-06-00:

Se le anima y se le motiva para salir a caminar como mínimo una hora por las mañanas y llevar una dieta balanceada.

HOJA DE PLAN DE CUIDADOS

NECESIDADES	MANIFESTACIÓN DEL PROBLEMA	CAUSAS DE LA DIFICULTAD			DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	PLANEACION DE LOS CUIDADOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
		F	C	V					
MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA	DEPENDENCIA: -Dificultad para agacharse. -Sobrepeso de acuerdo a edad gestacional. -Cambios posturales dificultosos. -Marcha cansada.	X			Riesgo de lesiones por dificultad para inclinarse y pararse relacionado con sobrepeso y edad gestacional.	La paciente logrará medios de seguridad.	Utilización de mecánica corporal.	-Debe utilizar apoyo para inclinarse. -Enseñar la forma correcta de inclinarse para disminuir el riesgo de lesiones.	Logrado.
	INDEPENDENCIA: - Tienen ánimo para tolerar el deterioro de la movilidad.	X	X	X					

HOJA DE EVOLUCIÓN DE LA NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA:

22-06-00, Paciente que desde que ingresa al servicio de tococirugía se le proporciona cama hospitalaria quedando en reposo absoluto.

23-06-00, Una vez estando en el servicio de gineco obstetricia, se proporciona ayuda para levantarse de la cama, así como para pararse, inclinarse enseñándole a la vez las técnicas para realizarlas. Ha tenido familiares durante toda su estancia hospitalaria, la cual ha sido un apoyo para ella.

24-06-00, una vez retirando la venoclisis, Ingrid se siente más cómoda para levantarse y deambular.

Refiere que una vez estando en su domicilio caminará por lo menos por las mañanas, ya que su tiempo se lo dedicará a su bebe.

HOJA DE PLAN DE CUIDADOS

NECESIDADES	MANIFESTACIÓN DEL PROBLEMA	CAUSAS DE LA DIFICULTAD			DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
		F	C	V					
DESCANSO Y SUEÑO	<p>DEPENDENCIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Micción frecuente. -Cansancio. -Ojeras. -Somnolienta. -Descansa una hora aproximadamente por la tarde. <p>INDEPENDENCIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Duerme acompañada de su esposo. -Duerme con ventilador. 	X			Alteración del patrón del sueño relacionado con micción frecuente manifestado por cansancio, ojeras y somnolienta.	La paciente dormirá sus 8 horas tranquilas.	Restricción de líquidos vespertinos.	<ul style="list-style-type: none"> -Explicar la importancia de no ingerir líquidos 2 horas antes de dormir. -Instalación de sonda foley. 	Paciente que se le instala sonda foley a su ingreso.

HOJA DE EVOLUCIÓN DE LA NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO:

Se explica que la micción frecuente a esta edad gestacional, es normal, ya que el útero gestante comprime la vejiga, y esto hace las ganas de miccionar.

22-06-00, En el servicio de tococirugía se le instaló sonda foley número 16 a derivación continua siendo ésta un poco molesta para realizar sus cambios de posición, ya que la sonda se había fijado en su pierna derecha, cambiándose ésta a la izquierda y fijando ésta un poco más larga.

Con relación al entorno físico, el servicio de tococirugía es pequeña, que cuenta con 8 camas, no cuenta con aire acondicionado, los colchones son de plástico, aunado con el sobrepeso de Ingrid y el reposo absoluto no se logra corregir el problema en ese momento.

Ingrid ingresa al servicio de gineco obstetricia recuperada de los efectos de anestesia, la cual se le dio una cama a la orilla de la ventana, y ésta se mantuvo abierta durante su estancia para la entrada de corrientes de aire. Con la ayuda de la naturaleza (lluvia), logra refrescar un poco el entorno por la noche.

HOJA DE PLAN DE CUIDADOS

NECESIDADES	MANIFESTACIÓN DEL PROBLEMA	CAUSAS DE LA DIFICULTAD			DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
		F	C	V					
TERRMOREGULACIÓN	<p>DEPENDENCIA:</p> <p>-Aumento de la temperatura de la piel.</p> <p>-Agotada.</p> <p>-Sudoración excesiva.</p> <p>-Entorno físico próximo con poca ventilación.</p> <p>INDEPENDENCIA:</p> <p>-Ropa personal y de cama limpia.</p> <p>-Baño diario.</p>	X			Molestia a la temperatura del medio ambiente exaservada por su sobrepeso, reposo absoluto e hipertensión.	La paciente logrará un confort adecuado.	-Baño. -Cambio de ropa.	-Se acompaña para ir al baño y realizar su aseo personal. -Se proporciona una cama a orilla de la ventana. -Se retiran botas desechables, se apaga la luz para disminuir el calor.	Parcialmente logrado.

HOJA DE EVOLUCIÓN DE LA NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN:

22-06-00, Ingrid que por su sobrepeso y edad gestacional, en reposo absoluto aunado con cama de colchón de plástico, cuarto cerrado y pequeño, no se puede lograr nuestro objetivo.

23-06-00, Una vez ingresando al servicio de gineco obstetricia, nuestro objetivo se logra parcialmente, ya que después del baño, Ingrid se mantenía más tiempo fuera de la cama. Gracias a la naturaleza (lluvia), por la noche el entorno físico se mantenía fresco, el cual Ingrid no podía desperdiciar el momento para descansar. Aunque esto le favoreció únicamente 2 noches.

HOJA DE PLAN DE CUIDADOS

NECESIDADES	MANIFESTACIÓN DEL PROBLEMA	CAUSAS DE LA DIFICULTAD			DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	PLANEACION DE LOS CUIDADOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
		F	C	V					
PRENDAS DE VESTIR	<p>DEPENDENCIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ropa holgada más grande que la habitual. -Restricción de ciertos modelos. <p>INDEPENDENCIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Cuenta con medios económicos para confeccionarse su ropa. -No le afecta su aspecto físico. 	X		X	Alteración en el vestido relacionado con el embarazo y sobrepeso manifestado con la incomodidad de normas hospitalarias.	La paciente conocerá normas hospitalarias.	-Dar a conocer normas hospitalarias.	-Se explica que todas las pacientes que son ingresadas al hospital, no llevan ropa interior ni alhajas, además el servicio de tococirugía es exclusivo para mujeres, por el cual no le debe darle pena ya que esto facilita también la valoración del médico. -Se estimula su autoestima de imagen física actual.	Logrado.

HOJA DE EVOLUCIÓN DE LA NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS:

22-06-00, Éste problema no se corrige en su totalidad, ya que Ingrid por su sobrepeso y edad gestaciona, las batas hospitalarias le quedaban un poco ajustadas y semiabiertas, la cual se detenía que adherir con tela adhesiva, ya que por el mismo clima caluroso, Ingrid no aceptada doble bata ni la sabana clínica.

23-06-00, Ingrid aunque refiere que no le preocupa su aspecto físico en éstos momentos, asegura bajar de peso, caminando y disminuyendo las golosinas una vez regresando a su domicilio.

Un poco más relajada y con confianza por la falta de ropa interior al ver que la sala únicamente es de mujeres y que es necesario para la valoración del médico especialista (ginecólogos).

28-06-00, en su domicilio, la encuentro con bata de maternidad.

HOJA DE PLAN DE CUIDADOS

NECESIDADES	MANIFESTACIÓN DEL PROBLEMA	CAUSAS DE LA DIFICULTAD			DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
		F	C	V					
TABAJAR Y REAIZARSE	<p>DEPENDENCIA:</p> <p>-Preocupación por su situación económica.</p> <p>-Nacimiento de su bebe.</p> <p>INDEPENDENCIA:</p> <p>-Apoyo familiar.</p>		X		Preocupación relacionado a la situación económica secundario al nacimiento de su hijo.	La paciente disminuirá su preocupación de su situación económica.	Orientación sobre alternativas para mantener su trabajo.	-Se le aconseja que hable con su mamá y su esposo ya que tiene el apoyo de ellos, o ya sea en la inscripción a guarderías maternas o en buscar alguna persona que se encargue de cuidar a su bebe.	No logrado hasta el momento.

HOJA DE EVOLUCIÓN DE LA NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE:

Por lo pronto Ingrid gozará de 90 días de incapacidad tiempo necesario para pensar en las alternativas que se le proporcionaron.

28-06-00, está en busca de muchacha para que le cuide a su bebe con el apoyo de su mamá.

HOJA DE PLAN DE CUIDADOS

NECESIDADES	MANIFESTACIÓN DEL PROBLEMA	CAUSAS DE LA DIFICULTAD			DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
		F	C	V					
NUTRICIÓN	<p>DEPENDENCIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Dificultad para masticar. -Hiperemia, edema. -Ayuno por intervención quirúrgica. <p>INDEPENDENCIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sin dificultad para deglutir. 	X			Alteración de la masticación relacionado con hiperemia y edema de ensías, manifestado por dificultad para masticar.	La paciente disminuirá la dificultad para masticar una vez iniciada la dieta.	-Colutorios bucales.	-Colutorios bucales con agua bicarbonatada cada 8 horas. -Se aconseja el cepillado de dientes con un cepillo de cerdas suaves.	No logrado.

HOJA DE EVOLUCIÓN DE LA NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN:

Paciente que no se realiza aseo bucal ni con cepillo ni crema dental durante su estancia hospitalaria, aceptando únicamente colutorios bucales con agua bicarbonatada, logrando disminuir en lo mínimo su problema.

Se le aconseja que en su domicilio se cepille los dientes con cepillo de cerdas suaves.

28-06-00, refiere continuar con las molestias de sus encías, únicamente al cepillado de los dientes.

HOJA DE PLAN DE CUIDADOS

NECESIDADES	MANIFESTACIÓN DEL PROBLEMA	CAUSAS DE LA DIFICULTAD			DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	PLANEACION DE LOS CUIDADOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
		F	C	V					
<p>MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA</p>	<p>DEPENDENCIA: -Disminución de actividad física. -Dolor y miedo. -Herida quirúrgica.</p> <p>INDEPENDENCIA: -Conciente, orientada en sus tres esferas.</p>	X	X		Dificultad para deambular relacionado con intervención quirúrgica manifestado con dolor.	La paciente logrará deambular al disminuir el dolor.	<p>-Ejercicios de relajación.</p> <p>-Apoyo para la deambulación.</p> <p>-Administra ción de analgésicos</p>	<p>-Inhalación profunda, manteniendo la respiración por un momento y luego exale con lentitud.</p> <p>-Colocar en decúbito dor-sal, apoyarse con el codo para ayudarse a flexionar las rodillas y sentarse 10 minutos en la orilla de la cama.</p> <p>-Se proporciona banco de altura.</p> <p>-Administración de dipirona 1 g IV por razón necesaria.</p>	Logrado.

HOJA DE EVOLUCIÓN DE LA NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER BUNA POSTURA:

23-06-00, Ingrid refiere dolor y miedo el primer día de su intervención quirúrgica, por el cual se negada a la deambulacion, se explica la importancia de la deambulacion precoz. Se apoya subiendo a la cama a posición fowler y flexionando sus piernas para bajarlas a la orilla de la cama, quedando así 10 minutos como mínimo, posterior se proporciona banco de altura y se apoya para bajarse a la silla. Deambula con apoyo dentro de la sala a la orilla de su cama, conforme fue tomando confianza en sí misma, salió al pasillo con ayuda personal y posterior con su familiar.

Una vez retirando venoclisis, Ingrid bajaba y subía sola de la cama para deambular después de ingerir sus alimentos. Y posterior a ello, se acostaba en posición libremente escogida hasta su egreso.

HOJA DE PLAN DE CUIDADOS

NECESIDADES	MANIFESTACIÓN DEL PROBLEMA	CAUSAS DE LA DIFICULTAD			DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
		F	C	V					
HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL	<p>DEPENDENCIA:</p> <p>-Presencia de venoclisis en miembro superior izquierdo.</p> <p>-Herida quirúrgica en abdómen.</p> <p>INDEPENDENCIA:</p> <p>-Conciente.</p>	X			Alteración de la integridad cutánea relacionado con venoclisis en miembro superior izquierdo e intervención quirúrgica, manifestado por falta de autocuidado.	Obtener buena cicatrización de herida quirúrgica.	<p>-Deambulación precoz.</p> <p>-Baño.</p> <p>-Curación.</p> <p>-Vigilancia estrecha para detectar signos de infección.</p>	<p>-Se compañía para bañarse.</p> <p>-Curación de herida quirúrgica.</p> <p>-Valoración del fondo uterino y su grado de involución.</p> <p>-Vigilar sangrado por herida quirúrgica y tras-vaginal.</p> <p>- Aseo vulvar por las noches.</p>	Evaluación logrado.

HOJA DE EVOLUCIÓN DE LA NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL:

22-06-00 no se le encuentra problema a su ingreso.

23-06-00 Ingrid posoperada de cesárea, con gasa de herida quirúrgica limpia y seca.

Se administra analgésico: Dipirona 1 g IV por razón necesaria.

Se proporciona ayuda para levantarse dando posición a la cama. Se acompaña para su aseo general, ayudándose a desvestirse, ya que trae venoclisis el miembro superior derecho, se apoya en su baño, ya que no puede inclinarse por la herida quirúrgica, se le retiran las gasas dejando al descubierto para poderse lavar con agua y jabón. Se proporciona toalla para secarse y bata limpia, se lleva a su cama ayudándole y se procede a secar la herida quirúrgica cubriéndola con gasas limpias y telas adhesivas. Se le proporciona toalla testigo para vigilar sangrado tras vaginal.

24-06-00, Se le retira venoclisis y queda con analgésicos vía oral, lo cual permitió su autocuidado.

25-06-00 a las 12:00 horas, Ingrid es egresada del servicio con herida quirúrgica limpia aun con sus puntos de sutura.

28-06-00, en su domicilio, la encuentro con herida limpia y seca con puntos de sutura, loqueos normales, se observa cama con pabellón.

HOJA DE PLAN DE CUIDADOS

NECESIDADES	MANIFESTACIÓN DEL PROBLEMA	CAUSAS DE LA DIFICULTAD			DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	PLANEACION DE LOS CUIDADOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
		F	C	V					
DESCANSO Y SUEÑO	<p>DEPENDENCIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Somnolienta. -Entorno físico próximo caluroso. <p>INDEPENDENCIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Duerme en compañía de su esposo. -Duerme con ventilados 		X		Alteración del patrón de descanso relacionado con entorno físico caluroso manifestado por somnolencia.	La paciente logrará un confort adecuado.	<ul style="list-style-type: none"> -Baño. -Cambio de ropa de cama y de bata. 	<ul style="list-style-type: none"> -Se acompaña para bañarse por la tarde con cambio de ropa general. - se habren las ventanas para favorecer corrientes de aire. -Dar oportunidad para que exprese sus sentimientos y emociones. 	Se logra parcialmente.

HOJA DE EVOLUCIÓN DE LA NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO:

23-06-00, Ingrid ingresa al servicio de gineco obstetricia recuperada de los efectos de anestesia, la cual se le dio una cama a la orilla de la ventana, y ésta se mantuvo abierta durante su estancia para la entrada de corrientes de aire. Con la ayuda de la naturaleza (lluvia), logra refrescar un poco el entorno por la noche.

28-06-00, se observa ventilador encendido hacia la pared, Ingrid refiere bañarse 2 veces al día. Se levanta de dos a tres veces por la noche para amamantar a su bebe.

VISITA DOMICILIARIA:

Se realiza visita domiciliaria el día 28 de junio del 2000 a las 10:00 horas de la mañana 6 días posteriores a la cirugía. Encontrando a Ingrid en sus actividades del hogar, se observa mancha cansada con cambios posturales por la herida quirúrgica.

Se explora a Ingrid encontrando herida quirúrgica limpia aun con sus puntos de sutura, loqueos normales, el edema de miembros inferiores, aun no desaparecen. Se toma presión arterial encontrándose cifras de 130/80 mmHg, las micciones frecuentes han desaparecido, refiere continuar con las molestias de sus encías únicamente al aseo bucal con el cepillo.

La encuentro con bata de maternidad y abundante galactorrea, se observa además cama con pabellón. Con respecto a su trabajo, está buscando muchacha para que le cuide a su bebe con el apoyo de su mamá.

Recuerda que tiene cita al servicio de ginecología el 13 de julio el cual aprovechará para ir al módulo de planificación familiar y aplicarse el dispositivo intrauterino.

Ingrid agradece las atenciones brindadas durante su estancia hospitalaria, y tiene confianza en sí misma para bajar de peso y que en unos días más saldrá a caminar por las mañanas. Se le recuerda que acuda a su cita en el servicio de nutrición.

CONCLUSIONES

A las puertas de un nuevo siglo y configurándose la sociedad en la que nos movemos con importantes cambios, Enfermería acorde con ésta evolución, ha venido realizando cambios y uno de ellos ha sido la modificación de los cuidados de enfermería enfocado al individuo en todas sus dimensiones, y en la elaboración del proceso de atención de enfermería basado en un modelo, el cual permite la delimitación propia de su hacer.

Es pertinente considerar que los modelos de Enfermería en la práctica profesional implica tener conocimientos teóricos de los conceptos fundamentales como son: persona, cuidado, salud y entorno, ya que son elementos básicos para desarrollar nuestra práctica con un alto grado de profesionalidad.

Al realizar el Proceso de Atención de Enfermería a Ingrid con el diagnóstico de Preeclampsia, me hizo reflexionar y analizar cada una de sus etapas. El Proceso de análisis me llevó a consultar información en general y en especial el modelo de Virginia Henderson, porque a mi criterio considero que es el que abarca todo los aspectos biofisiológicos, psico y sociocultural del individuos sano o enfermo.

Una de mis limitantes fue continuar las acciones de enfermería del siguiente turno, ya que pude constatar que existe gran diferencia en la forma en que se concibe y se desarrolla el cuidado basándose únicamente en los signos y síntomas, en el cual existe ausencia de diagnóstico de enfermería y esto ocasiona que no se le proporcione un cuidado especializado al individuo.

SUGERENCIAS

- En el plan de estudios de la carrera de Enfermería básica, incluir como materia el Proceso de Atención de Enfermería y hacer énfasis en la valoración tomando en cuenta al individuo en todas sus dimensiones y no solamente físicamente como se vienen realizando en las instituciones de salud.
- Que en las sesiones clínicas que se realizan en las instituciones de salud dar a conocer los modelos de Enfermería existentes y unificar criterios para la utilización de uno en particular con el fin de brindar un cuidado con fundamento científico tomando en cuenta al individuo en una dimensión holística.
- Que en el control prenatal, la enfermera encargada de la EMI (Enfermera Materno Infantil), ponga especial atención en las acciones educativas del autocuidado, así como en la detección temprana de los factores de riesgo para evitar complicaciones que conlleven a la mortalidad materna.

BIBLIOGRAFÍA

- ☞ Alfaro Rosalinda. Aplicación del Proceso de Enfermería. Guía Práctica, 3^o ed. Mosby - Doyma, Madrid España, 1996.
- ☞ Colliere M. Francoise. Promover la vida, edit. Interamericana, España, 1993.
- ☞ Donahue M. Patricia "La Enfermería, La Condición del Arte" Historia de la Enfermería, Tr. María Picazo y Cármen Hernández. Edit. Doyma, Barcelona, 1988.
- ☞ Fernández F. Carmen, et, al, El Modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería. Edit. Masson - Salvat, Barcelona, España, 1995.
- ☞ Fournie Alain. et al, Síndromes vasculorenales del embarazo. Enciclopedia Médico Quirúrgica, 1995.
- ☞ Henderson Virginia A. La Naturaleza de la Enfermería, Edit. Interamericana, Mac Graw - Hill, Barcelona, 1994.
- ☞ Instituto Mexicano del Seguro Social, Dirección de Prestaciones Médicas, Norma Técnica Médica para la Prevención y Manejo de Preeclampsia/Eclampsia. México, D.F. 1995.
- ☞ Instituto Nacional de Perinatología, Normas y Procedimientos en Ginecología y Obstetricia, México, D.F. 1998.
- ☞ Kérouac, M. Susane. et, al, El Pensamiento Enfermero, ed. Masson, España, 1996.
- ☞ Koziere. Bárbara, et, al, Enfermería Fundamental 4^o ed. Edit interamericana Mc Graw - Hill, Madrid España, 1993.
- ☞ Kuznick Sergio. et, al. Hipertensión y Embarazo Diagnóstico. Fisiopatología y Tratamiento. Revista de Hipertensión Arterial, año II, No. 1, Mayo 1995.
- ☞ Ledy Susan - Pepper J. Mc Bases Conceptuales de la Enfermería, México, Ops, 1989.

- ☞ López Llera. Méndez, Actualidades y Complicaciones en la Eclampsia. Coloquio: Situación de la Preeclampsia/ Eclampsia en México. Hospital de la Mujer.
- ☞ Marilyn Snalfer, "El Arte de la Enfermería" en Nursing, ed. Española, 1996.
- ☞ Phaneuf Margot. Las Necesidades Fundamentales según el Enfoque de Virginia Henderson, en Cuidados de Enfermería, El Proceso de Atención de Enfermería, Tr. Por Carlos Ma. López González y Julia López Ruiz, edit. Mc Graw - Hill, Madrid, 1993.
- ☞ Rivas R. Y. "Eclampsia en el Hospital de la Mujer" Coloquio: Situación de la Preeclampsia - Eclampsia en México.
- ☞ Rosales Barrera - Reyes Gómez. Fundamentos de Enfermería. México, Manual Moderno, 1999.
- ☞ Secretaría de Salud/INEGI: Mortalidad Materna, México, D.F. 1990-1997.
- ☞ Viggiano, Carlos H. et,al, Preeclampsia: Su análisis en razón de las modificaciones hemorreológicas, Argentina, 1998.
- ☞ William, Cunningham F. G. Embarazo en los extremos de la vida Ginecología y Obstetricia, 4ª ed. Masson. 96, México D.F. 1998.