

79



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MEXICO

ESCUOLA NACIONAL DE ENFERMERÍA
Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

" PREECLAMPSIA GRAVE "

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

NEREYDA CALINDO GONZÁLEZ

ASESOR ACADÉMICO:

LIC. MA. MAGDALENA MATA CORTÉS

296382

MEXICO D F 2001





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 AUTÓNOMA DE MÉXICO.

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA.

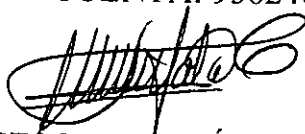
PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.
PREECLAMPSIA GRAVE.

PARA OBTENER TITULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

PRESENTA:

NEREYDA GALINDO GONZÁLEZ

No. DE CUENTA: 9562401-1



ASESOR ACADÉMICO

LIC. MA. MAGDALENA MARTA CORTÉS

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
Coordinación de
Servicio Social

México, 2007.

I N D I C E.

I

INTRODUCCION.....	1
JUSTIFICACION.....	3
OBJETIVOS.....	5

I.- MARCO TEORICO.

1.1 PROCESO DE ENFERMERIA.....	7
1.2 OBJETIVO DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA...	9
1.3 ORGANIZACIÓN DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA.....	10
1.4 GENERALIDADES DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.....	36.

II.- METODOLOGIA.

2.1 VALORACION.....	74.
2.2 DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA.....	84
2.3 PLANEACION.....	89
2.4 EJECUCIÓN.....	94
2.5 EVALUACION.....	98

ANEXOS.....	111
GLOSARIO.....	122
BLBLOGRAFIA.	128

INTRODUCCION

El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado para brindar cuidados eficaces y eficientes orientados al logro de objetivos.

La enfermera proporciona sus cuidados a través de un proceso intelectual compuesto de distintas etapas, ordenadas lógicamente que tiene como objetivo planificar cuidados orientados al bienestar del paciente; el modelo conceptual de Virginia Henderson facilita de forma extraordinaria la identificación de las necesidades del cliente en el plano bio-sico-social, cultural y espiritual, la búsqueda de fuentes de dificultad que impiden su satisfacción. Igualmente permite poner en practica intervenciones capaces de reducir la influencia de las fuentes de dificultad y de satisfacer las necesidades en la medida de lo posible.

El modelo conceptual de Virginia Henderson nos proporciona todos los elementos para que nuestro objetivo de dar cuidados de calidad y calidez se cumpla, ya que este le permite al profesional de los cuidados establecer una relación enfermera-paciente, que sea calidad y adaptada a su condición.

El presente Proceso Atención de Enfermería se elaboro basado en el modelo conceptual de Virginia Henderson aplicado a una paciente con diagnóstico medico de Preeclampsia Grave.

Su estructura consta de cuatro partes, cada una de las cuales se explicará continuación:

En la primera parte se desarrolla el marco teórico en el cual se desarrollan los conceptos del proceso atención de enfermería y se describe el modelo conceptual de Virginia Henderson.

En la segunda parte se describe paso a paso la metodología a utilizar en el proceso atención de enfermería.

En la tercera parte se aplica el Proceso Atención de Enfermería en la paciente con preeclampsia grave, se hace una valoración de la paciente, se analizan los datos obtenidos, se hacen los diagnósticos de enfermería, se realiza el plan de cuidados de enfermería y se formula un plan de alta.

En la cuarta parte se hacen las conclusiones y se dan sugerencias del proceso realizado, se ponen anexos que contienen básicamente la patología de preeclampsia grave y un protocolo de enfermería que se maneja en el hospital central militar.

JUSTIFICACION.

En el Hospital Central Militar, se estudió a 124 muertes maternas ocurridas entre 1968 y 1999, encontrando que el 21.8% fallecieron por esta enfermedad, colocándola en la segunda causa de muerte materna en ese hospital y en el Hospital de la Mujer en el periodo de 1990 a 1994, en un total de 52,282 partos se encontró que el 15.9% de paciente fallecieron a causa de H.I.E, colocándose de esta manera en la primera causa de muerte materna en ese nosocomio

En la actualidad podemos decir que la eclampsia y las formas graves de Preeclampsia continúan siendo causa importante de morbi-mortalidad materno-perinatal y todo hace pensar que estas tendencias seguirán manteniéndose al comenzar el siglo XXI, pero con alarmantes consecuencias para las poblaciones de escasos recursos.

Es por estas razones se elabora el presente Proceso Atención de Enfermería con la finalidad dar Cuidados de Enfermería de calidad a este grupo de pacientes; para lo cual la enfermera debe poseer gran número de conocimientos y habilidades los cuales deben estar basados en un modelo conceptual definido; siendo éste una dimensión esencial de las bases en que se apoya el ejercicio de la enfermería; ya que este vincula los postulados y valores que forman los cimientos teóricos en que se apoya el concepto de los cuidados, mismos que constituyen el cómo y el porqué de la profesión de enfermería.

En el presente trabajo se utilizó el modelo conceptual de Virginia Henderson por que nos proporciona todos los elementos para que nuestro objetivo de dar cuidados de calidad y calidez se cumpla, ya que este permite al profesional de los cuidados establecer una relación enfermera-paciente, que sea calidad y adaptada a su condición.

Además posee postulados y valores que le confieren validez mismos que ha continuación se mencionan:

Postulados.

- 1.- Todo ser humano tiende hacia la independencia y la desea.
- 2.- El individuo forma un todo que se caracteriza por sus necesidades fundamentales.
- 3.- Cuando una necesidad permanece insatisfecha el individuo no esta completo, entero o independiente.

Valores:

- 1.- La enfermera tiene sus funciones que le son propias.
- 2.- Cuando la enfermera usurpa la función del medico, cede a su vez sus funciones propias a un personal no calificado.
- 3.- La sociedad espera de la enfermera un servicio especial que ningún otro trabajador le puede prestar.

Todo esto teniendo como base que los cuidados de enfermería según Henderson deben asumir un rol de suplencia de la persona cuidada en la satisfacción de sus necesidades fundamentales, que deben favorecer el camino hacia la autonomía del cliente y/o paciente; para esto se necesita estar empapado de un espíritu de disponibilidad, de una voluntad de ayuda y de una apertura al otro, que contribuyen a un clima especial en que se desarrolla la actividad de la enfermera. Esta relación debe permitir establecer una comunicación funcional, pedagógica y terapéutica.

OBJETIVO GENERAL:

Elaborar un proceso atención de enfermería, encaminado a descubrir los problemas que causan dependencia en una paciente con Preeclampsia grave encamada en el área de tococirugía del hospital central militar, utilizando el modelo conceptual de Virginia Henderson con la finalidad lograr la satisfacción de sus necesidades Biológicas, Psicológicas, Sociales y Espirituales para lograr a su independencia total.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

Aplicar el modelo de Virginia Henderson para contribuir a la pronta independencia de una paciente con preeclampsia grave.

Identificar los problemas de Alto Riesgo que causarían dependencia en la paciente para prevenir o reducir el daño los mismos.

Elaborar un Proceso Atención Enfermería que sirva de guía para proporcionar cuidados a la paciente preecláptica grave en el área de tococirugía.

I.- MARCO TEORICO.

1.1. PROCESO DE ENFERMERIA.

1.1.1 HISTORIA.

El Proceso de Enfermería ha evolucionado hacia un proceso de cinco fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión. Hall (1955) lo describió por primera vez como un proceso distinto. Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiendenbach (1963), desarrollaron un proceso de tres fases diferentes que contenía elementos rudimentarios del proceso de cinco fases actual. En 1967, Yura y Walsh fueron autores del primer texto en el que se escribía un proceso de cuatro fases: valoración, planificación, ejecución y evaluación. A mediados de los años 70, Bloch (1974), Roy (1975), Munding y Jauron (1975) y Aspinall (1976) añadieron la fase diagnóstica, dando lugar a un proceso de cinco fases. Desde ese momento, el Proceso de Enfermería ha sido legitimado como el sistema de la práctica de la enfermería. La ANA (Asociación Americana de enfermería) utilizó el Proceso de Enfermería como guía para el desarrollo de las pautas de la asistencia.

La ciencia de la Enfermería se basa en un amplio sistema de teorías y el Proceso de Enfermería es el método mediante el cual se aplica este sistema a la práctica de enfermería; mismo que se trata de un enfoque deliberativo para la resolución de problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales y va dirigido a cubrir las necesidades del paciente y/o cliente o del sistema familiar. El Proceso de Enfermería consta de cinco fases sucesivas e interrelacionadas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Estas fases integran las funciones intelectuales de la resolución del problema en un intento por definir las acciones de enfermería (1).

1.- W. Iyer, B.J. Taptich, D. Bernocchi-Losey. Proceso y Diagnostico de enfermería. Editorial Interamericana Mc.GRAW-HILL. 3ª. Edición. Pag. 9.

1.1.2 CONCEPTO DE PROCESO ATENCION ENFERMERIA.

El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado para brindar cuidados eficaces y eficientes orientados al logro de objetivos. Es la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados de enfermería. Es organizado y sistemático por que consta de cinco pasos secuenciales e interrelacionados –valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación- en los cuales la enfermera realiza acciones intencionadas pensadas para maximizar los resultados a largo plazo (2).

El proceso de enfermería es el sistema de la práctica de la enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del paciente a los problemas reales o potenciales de salud (3).

(2) .- Rosalinda Alfaro-Lefevre, MSN, RN. Aplicación del Proceso de Enfermería. Guia Practica. Editorial MOSBY 3/a. Edición. Pag. 3.

(3) .- P.W. Iyer. Op Cit. ... Pa'g. 11.

1.2 OBJETIVO DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA.

El objetivo principal del Proceso de Enfermería es proporcionar un sistema dentro del cual se pueden cubrir las necesidades individuales del paciente, de la familia y de la comunidad. El Proceso de Enfermería consiste en una relación de interacción entre el paciente y el profesional de enfermería, este valida las observaciones con el paciente y de forma conjunta utilizan el Proceso de Enfermería. Esto ayuda al cliente a enfrentarse a los cambios en el estado de salud y da lugar a una asistencia individualizada (4)

1.3 ORGANIZACIÓN DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA.

El Proceso de Enfermería consta de cinco fases sucesivas e interrelacionadas:

VALORACION.

DIAGNOSTICO.

PLANIFICACION.

EJECUCION.

EVALUACION.

Estas fases integran las funciones intelectuales de la resolución del problema en un intento por definir las acciones de enfermería.

1.3.1 VALORACION.

Para enfrentarse a un problema, lo primero es determinar en que consiste el problema. Por lo tanto, la primera fase del proceso de resolución de problemas es la valoración (6).

En esta etapa se reúne y examina la información procedente del paciente, familia y comunidad sobre problemas de salud, comienza cuando el paciente ingresa a las unidades hospitalarias, con el fin de obtener todos los hechos necesarios para identificar las necesidades, problemas, preocupaciones o el estado de salud del mismo y describir sus capacidades y problemas. Consta de dos componentes:

- 1.- Recolección de datos.
- 2.- Documentación.

Durante la valoración, el profesional de enfermería recoge cuatro tipos de datos: subjetivos, objetivos, históricos y actuales. Una base de datos completa y exacta suele incluir una combinación de todos estos. Durante esta fase los datos proceden de diferentes fuentes las cuales se clasifican en primarias y secundarias (14).

(6) Merriner , Ann . El Proceso de atención de enfermería, un enfoque científico. Traducción de la 2ª Edición. Editorial Manual Moderno, México; 1990. Pag.26.

(7). P.W. Iycr.- Op Cit.....Pagina 9.

Una valoración de enfermería completa puede identificar muchas respuestas reales o potenciales del cliente que exigen una intervención de enfermería. La valoración de cada una de ellas puede ser poco realista o difícil de manejar. Por tanto, será preciso establecer un sistema para determinar que datos deben reunirse en primer lugar. Uno de estos mecanismos es la jerarquía de necesidades humanas de Maslow que las describió en cinco niveles: fisiológicas, de inocuidad o seguridad, sociales, de estima y de autorrealización.

Richard Kalish (1983) mejoró aun más el sistema de Maslow dividiendo las necesidades fisiológicas en necesidades de supervivencia y necesidades de estimulación. Esta división resulta especialmente útil para ayudar al profesional de enfermería a establecer prioridades al recoger los datos.

Kalish identificó las necesidades de supervivencia como las relacionadas con alimentos, aire, agua, temperatura razonable, eliminación, descanso y supresión de calor. Cuando se produce un déficit en cualquiera de estas áreas, el cliente tiende a utilizar todos sus recursos disponibles para satisfacer esa necesidad en concreto. Sólo entonces podrá preocuparse por necesidades de un nivel más elevado, como la inocuidad o la estima.

Este autor sugiere que entre las necesidades de estimulación se encuentran las relacionadas con el sexo, la actividad, la exploración, la manipulación y la innovación. Cuando están satisfechas las necesidades de supervivencia, el cliente intentará satisfacer las necesidades de estimulación antes de ascender en la jerarquía (8).

(8).- Ibidem Pagina 13-14.

1.2.1.1 METODOS DE RECOLECCION DE DATOS.

La enfermera utiliza técnicas e instrumentos que le proporcionan los datos en forma sistematizada para el diagnóstico y la elaboración del plan de atención de enfermería, las cuales son:

LA ENTREVISTA.
OBSERVACION.
EL EXAMEN FISICO.
HISTORIA CLÍNICA. (9)

Estas técnicas proporcionan al profesional de enfermería un enfoque lógico, sistemático y continuo en la recolección de los datos necesarios para el posterior diagnóstico de enfermería y planificación de los cuidados (10).

Los datos se recogen de forma sistemática, utilizando la entrevista, la exploración física, los resultados de laboratorio y otras fuentes registradas en la historia de enfermería (11).

(9).- P.W. Iyer, B.J. Taptich, D. Bernocchi-Losey. Proceso y Diagnóstico de enfermería. Editorial Interamericana Mc.GRAW-HILL. 3ª. Edición .Pagina 9.

(10).- Ibidem.- Pagina 42, 43.

(11).- Ibidem.- Pagina 42, 43.

ENTREVISTA.

La entrevista es una técnica observacional y es el método que permite aprender acerca de las personas a través de una comunicación intencionada y dirigida hacia un fin.

La entrevista de enfermería se desarrolló en un esfuerzo por proporcionar un cuidado personalizado. Su propósito es animar al paciente a que exprese sus ideas, sus sentimientos y los hechos que permiten identificar sus necesidades inmediatas, a corto y largo plazo. La enfermera se enfoca en el paciente y lo estimula a que reconozca sus necesidades y sus metas. Con esto, la enfermera le da al paciente la oportunidad de encontrar la solución para satisfacer sus propias necesidades de salud. La información obtenida se incorpora al plan de cuidados de enfermería (12).

Con esta técnica se podrán recopilar los testimonios orales de la paciente y sus familiares, además permitirá la captación de datos. Se refiere a un encuentro previsto entre el o los investigadores y la o las personas a investigar. (13)

(12) Luis Vázquez Camacho "El método científico en la investigación en las ciencias de la salud". Pag. 110. México 1989.

(13) Merriner, Ann. Op. Cit.- Pag.26

LA ENTREVISTA CONSTA DE TRES SEGMENTOS:

INTRODUCCION.

CUERPO.

CIERRE.

INTRODUCCION.

En la fase introductoria, el profesional de enfermería y el paciente y/o paciente comienzan a desarrollar una relación terapéutica. Su actitud profesional probablemente sea el factor más significativo en la creación de un ambiente en el que se pueda desarrollar una relación positiva. Su enfoque debe transmitir respeto por el paciente y/o cliente.

CUERPO.

Durante esta segunda parte de la entrevista, el diálogo se enfocara a áreas concretas dirigidas a obtener los datos necesarios. Habitualmente esto comienza con el principal motivo de queja del paciente y/o cliente, añadiéndose después otras áreas como la historia medica pasada, la historia familiar y los datos religiosos y culturales.

CIERRE.

Es la fase final de la entrevista. La enfermera intentara terminar la entrevista en forma que transmita afecto y agradecimiento.(13)

(13) P.W. Iyer, Op. Cit ... 54, 55, 56.

TIPOS DE ENTREVISTA.

NO ESTRUCTURADA.

Tiene un marco de flexibilidad dentro del cual se puede mover la entrevista facilitando la sencillez, espontaneidad y accesibilidad de entrevistador y entrevistado.

ESTRUCTURADA.

En esta técnica se cuenta con instrumentos de captación, por tanto resulta más precisa, concreta y objetiva.

Cuando se estructura una entrevista, se aconseja que esta tenga una secuencia lógica en las preguntas, que sea intencionada, de tal manera que resulte objetiva y permita respuestas concretas.(14)

(14) Luis Vázquez Camacho; Op. Cit... Pag. 110.

OBSERVACION.

La observación sistemática consiste en el uso de los sentidos para adquirir información sobre el paciente, sus seres queridos, el entorno y las interacciones entre estas tres variables. (15)

Una descripción minuciosa de lo observado es básica para el cuidado del paciente y/o cliente, la cual requiere del uso de todos los sentido. La enfermera utiliza la vista para percatarse de cambios de coloración, de tumefacciones, del color y cantidad del material drenado, de las características de la respiración y de la comunicación no verbal. La audición es otro medio principal de observación. Es de vital importancia para la enfermera escuchar lo que el paciente dice. A través del tacto puede infundírsele al paciente una sensación de estima al tocarlo, al mismo tiempo la enfermera puede advertir si su piel esta caliente o fría, además puede determinarse el tamaño, la forma y la textura de una protuberancia localizada o de un órgano aumentado de volumen.

La enfermera debe adquirir habilidad para observar signos y síntomas, aparentes o no, de los problemas. Los síntomas son objetivos o subjetivos.

La observación es esencial para planear los cuidados de enfermería, pero no es adecuada por sí misma. Este en un proceso continuo acompañado de inferencias minuciosas y acciones apropiadas. Aunque la observación no es su única obligación, la enfermera debe tomarla como responsabilidad primaria debido a sus conocimientos, habilidades y proximidad con el paciente.(16).

(15).- P.W. Iyer, Op. Cit... Pagina 56.

(16) .-Merriner, Ann. OP. cit... Pag.26.

EXPLORACION FISICA.

La exploración profesional de enfermería se concentra en:

1).-La mayor definición de la respuesta del cliente al proceso de la enfermedad, especialmente aquellas respuestas susceptibles a las intervenciones de enfermería.

2).- El establecimiento de los datos básicos para la evaluación de la eficacia de las intervenciones de enfermería.

3).- Comprobación de los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista o cualquier otra interacción profesional de enfermería con el paciente y/o cliente.

TECNICAS DE EXPLORACION FISICA.

Durante la exploración se utilizan cuatro técnicas concretas:

- INSPECCION.
- PALPACION.
- PERCUSION.
- AUSCULTACION.

INSPECCIÓN.

Exploración visual de un paciente para determinar estados o respuestas normales y no habituales o anormales (17).

(17).- P.W. Iyer, B.J. Op cit...Pagina 42, 43.

PALPACIÓN.

El uso del tacto para determinar características de estructuras del organismo.

PERCUCION.

Golpear una superficie del cuerpo con los dedos para producir sonidos.

AUSCULTACION.

Escuchar los sonidos producidos por el organismo sólo con el oído o con un estetoscopio (18).

(18).- Ibidem.-.Pagina 42, 43.

HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA.

Con este instrumento se podrá obtener datos importantes de él padecimiento específico y general, y del estado psicológico y socioeconómico del paciente, para definir y jerarquizar sus problemas.

Elaborar una historia clínica a través de la entrevista con el paciente le proporciona a la enfermera la oportunidad de establecer una relación enfermera - paciente positiva, de obtener información sobre el paciente y de observar el estado y comportamiento de éste.

La historia clínica de enfermería es un registro escrito de la información acerca del paciente. Facilita los datos sobre los que se valoran los problemas reales y potenciales del paciente y es la base para planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería.

La enfermera debe estar capacitada para recopilar la información con rapidez, evitando duplicar la información ya recogida por otros miembros del equipo de salud.

Cierta información puede registrarse al lado del paciente encamado; después pueden añadirse otros datos (19).

(19).- Rosalinda Alfaro-Lefevre, MSN, RN. Aplicación del Proceso de Enfermería. Guía Práctica. Editorial MOSBY 3/a. Edición. Página 4,5.

1.3.2 DIAGNOSTICO.

Obtenida la información necesaria, se determinan las capacidades y problemas de salud reales y potenciales. También determinara que problemas se pueden resolver mediante intervenciones independientes de enfermería y cuales requerirán actuaciones que deben ser prescritas por un médico u otro profesional de los cuidados de la salud.

Durante esta fase, se analizan e interpretan de forma crítica los datos reunidos durante la valoración. Se extraen conclusiones en relación con las necesidades, problemas, preocupaciones y respuestas humanas del paciente y/o cliente. Se identifican los diagnósticos de enfermería que proporcionan un foco central para el resto de las fases. Se diseña un plan de cuidados basado en él diagnostico de enfermería, que se ejecuta y se evalúa (20)

CONCEPTO.

Él diagnóstico de enfermería es un juicio clínico respecto a las respuestas del individuo o comunidad a problemas de salud o a procesos vitales reales o potenciales. Él diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de las intervenciones de enfermería, con el fin de alcanzar los resultados que son responsabilidad de la enfermera (NANDA, 1990) (21).

(20).- Rosalinda Alfaro-Lefevre. MSN, RN. Or cit... Pagina 4.5.

(21.-) L.J. Carpenito. Diagnostico de Enfermería. Editorial Interamericana. McGRAM-HILL. 5ª. EDICION. Pagina 6-15.

1.3.2. TIPOS Y COMPONENTES DE LOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA.

El diagnostico de enfermería es tanto una estructura como un proceso. La estructura de un diagnostico de enfermería (sus componentes) depende de su tipo:

REAL.

ALTO RIESGO.

POSIBLE.

DE BIENESTAR O DE SÍNDROME.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA REAL.

Un diagnostico de enfermería real representa un estado que ha sido clínicamente valido mediante características definitorias principales identificables. Este tipo de diagnostico de enfermería tiene cuatro componentes:

Enunciado.

Definición.

Características que lo definen.

Factores relacionados.

ENUNCIADO.

El enunciado debe ser descriptivo de la definición del diagnóstico y de las características que lo definen. Siempre que sea posible, debe contener un calificador preciso, como alteración, deterioro, déficit, inefectivo o disfuncional en lugar de un modificador más vago y subjetivo, como inadaptado, escaso o inadecuado. El término real no forma parte del enunciado de un diagnostico de enfermería real (22).

(22) - L. J. Carpenito. Ibidem Pagina 6-15.

DEFINICION.

Al expresar un significado claro y preciso del diagnóstico, la definición puede ayudar a diferenciar un diagnóstico particular de otros similares. La definición debe ser conceptual y coherente con el enunciado y las características que lo definen.

CARACTERISTICAS QUE LO DEFINEN.

En un diagnóstico de enfermería real, las características que lo definen hacen referencia a los datos clínicos (signos subjetivos y objetivos, o síntomas) que, en conjunto, apuntan a ese diagnóstico.

FACTORES RELACIONADOS.

En los diagnósticos de enfermería reales, los factores relacionados son factores etiológicos y otros factores concurrentes que han influido en el cambio de estado de salud. Dichos factores pueden agruparse en cuatro categorías; fisiopatológicos (biológicos o psicológicos), relacionados con el tratamiento, de situación (ambientales o personales) y de maduración.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA CON ALTO RIESGO.

Según lo definió la NANDA un diagnóstico de enfermería de alto riesgo es un juicio clínico de que un individuo, una familia o una comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. En el pasado todos los diagnósticos de enfermería potenciales comenzaban con la frase potencial de, actualmente éstos diagnóstico de enfermería potenciales comienzan por Alto riesgo de (23).

(23).- L. J. Carpenito. - Ibidem Pagina 15- 26

ENUNCIADO.

En un diagnóstico de enfermería de alto riesgo, la descripción concisa de estado de salud alterada del cliente va precedido por el término Alto riesgo.

DEFINICION.

Como en un diagnóstico de enfermería real, en un diagnóstico de enfermería de alto riesgo la definición expresa un significado claro y conciso del diagnóstico. Esta debe ser conceptual y coherente con la denominación y los factores de riesgo, para permitir diferencia entre diagnósticos similares.

FACTORES DE RIESGO.

Los factores de riesgo para los diagnósticos de enfermería de alto riesgo representan situaciones que aumentan la vulnerabilidad de un cliente o un grupo.

FACTORES RELACIONADOS.

Los factores relacionados para los diagnósticos de enfermería de alto riesgo son los mismos factores de riesgo previamente explicados.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA POSIBLES.

Los diagnósticos de enfermería posibles son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La palabra posible se utiliza en muchos diagnósticos de enfermería para describir problemas que pueden existir pero que requieren datos adicionales para ser confirmados o descartados (24).

(24).- L.J. Carpenito. Ibidem pagina 26-38.

Los diagnósticos de enfermería posibles son enunciados de dos parte que consta de:

El diagnóstico de enfermería posible.

Los datos en relación con que llevan a la enfermera a sospechar el diagnóstico.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA DE BIENESTAR.

Según la NANDA; un diagnóstico de enfermería de bienestar es un juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Para que una persona o grupo tengan un diagnóstico de bienestar, deben estar presentes dos hechos:

Deseo de un mayor nivel de bienestar.

Estados o función actuales eficaces.

Este comienza con "Potencial de favorecer" seguido por el mayor nivel de bienestar que la persona o grupo desean.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA DE SINDROMES.

Los diagnósticos de enfermería de síndromes son enunciados de una parte, con la etiología o factores concurrentes para el diagnóstico contenidos en la denominación diagnóstica, p.e. síndrome traumático de violación.(25)

(25).- L. J. Carpenito. Ibidem. Pagina 38-46.

1.3.3 PLANEACION

Identificadas las capacidades y problemas, se comienza a trabajar con el paciente (y familia) para desarrollar un plan de acción que reducirá o eliminará los problemas y promoverá la salud.

La fase de planeación del proceso de enfermería comienza con el diagnóstico de enfermería, que se efectúa recabando y evaluando datos que tienen repercusiones sobre las actividades de enfermería. Una vez identificadas las necesidades del paciente, deben clasificarse en un orden de prioridad que establezca preferencias para la distribución del trabajo de enfermería (26).

La planificación consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo, identificadas en el diagnóstico de enfermería. Esta fase comienza después de la formulación del diagnóstico y concluye con la documentación real del plan de cuidados.

Durante la fase de planificación, se elaboran los objetivos y las intervenciones de enfermería. Los objetivos indican lo que será capaz de hacer el cliente con las intervenciones de enfermería.

Las intervenciones de enfermería describen la forma en que el profesional de enfermería puede ayudar al cliente a conseguir los objetivos (27).

(26).- Merriner, Ann. Op. Cit. Pag.26-35.

(27) .- P.W. Iyer. Op. cit. Pagina 157, 158, 159.

LA PLANEACION CONSTA DE CUATRO ETAPAS.

- 1.- ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES.
- 2.- ELABORACION DE OBJETIVOS.
- 3.- DESARROLLO DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.
- 4.- DOCUMENTACION DEL PLAN.(28)

PRIMERA ETAPA. ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES.

¿Que problemas necesitan atención inmediata? ¿Qué problemas deben abordarse en el plan de cuidados? ¿Qué problemas deban derivarse? (29)

Una meticulosa valoración de enfermería es capaz de identificar numerosas respuestas reales o potenciales que exigen una actuación de enfermería.

El mecanismo más habitual para el establecimiento de prioridades es la jerarquía de necesidades, desarrollada por Maslow (1943) y modificada por kalish (1983).

NECESIDAD DE SUPERVIVENCIA.

NECESIDAD DE ESTIMULACION.

SEGURIDAD.

AMOR Y PERTENENCIA.

AUTORREALIZACION. (30)

(28) - Rosalinda Alfaro-Lefevre. MSN. RN.. Op cit. Pagina 4.5.

(29) - P.W Iyer. Op cit. Pagina 157. 158. 159

(30) -W. Iyer. Ibidem Pagina 157. 158. 159.

SEGUNDA ETAPA: REDACCION DE OBJETIVOS.

¿Qué es exactamente lo que la enfermera y el paciente esperan conseguir y en que momento esperan lograrlo?(31)

Los objetivos son un componente importante de la fase de planificación del Proceso de Enfermería. También se pueden llamar objetivos meta y objetivos de la conducta.

Los objetivos se deben obtener de los diagnósticos de enfermería. Igualmente, deben ser mensurables, formulados por el cliente y los prestadores de asistencia sanitaria, realistas y realizables, incluir cálculos de tiempo y marcar la dirección para la continuidad de la asistencia. Los objetivos se pueden referir a respuestas individuales, incluyendo aspecto y funcionamiento del cuerpo, síntomas específicos, conocimientos, habilidades psicomotoras y estado emocional. La consideración de estos factores permitirá al profesional de enfermería formular objetivos que sean individualizados y continuar el proceso de enfermería desarrollando intervenciones para su consecución y evaluar su eficacia.(32)

(31).- Rosalinda Alfaro-Lefevre, MSN, RN. Op cit. Pagina 4,5.

(32).- P.W. Iyer. Op cit. Pagina Pag.186

A continuación se mencionan las directrices para la formulación de objetivos:

1.- Los objetivos se obtienen de los diagnósticos de enfermería.

2.- Los objetivos se documenta como metas mensurables.

3.- Los objetivos se formulan conjuntamente con el cliente y los prestadores de la asistencia sanitaria, cuando sea posible.

4.- Los objetivos son realistas en relación con las capacidades actuales y potenciales del cliente.

5.- Los objetivos son realizables en relación con los recursos disponibles del cliente.

6.- Los objetivos incluyen un cálculo de tiempo para su consecución.

7.- Los objetivos marcan la dirección para la continuidad de la asistencia.(33)

ETAPA TRES: DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE ENFERMERIA.

DEFINICION.

Las intervenciones de enfermería son estrategias concretas diseñadas para ayudar al cliente a conseguir los objetivos. Se basa en el factor o factores identificados en las exposiciones de diagnósticos de enfermería.
(34)

TIPOS DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.

INDEPENDIENTES.

INTERDEPENDIENTES.

INTERVENCIONES INTERDEPENDIENTES.

Definen las actividades que el profesional de enfermería realiza en cooperación con otros miembros del equipo de atención sanitaria.

INTERVENCIONES INDEPENDIENTES.

Actuaciones independientes son las actividades que pueden llevar a cabo los profesionales de enfermería sin una indicación del médico. El tipo de actividad que el profesional de enfermería puede ordenar de forma independiente esta definida por los diagnósticos de enfermería. Estas son las respuestas que el profesional de enfermería esta autorizado a tratar en virtud de su educación y su experiencia. (35)

(34).- Rosalinda Alfaro-Lefevre, MSN, RN. Op cit. Pagina 4,5.

(35) .- P.W. Iyer, B.J. Op cit. Pagina Pag.186

ETAPA CUATRO: DOCUMENTACION DEL PLAN.

La cuarta etapa y final de la fase de planificación es el registro de los diagnósticos de enfermería, de los objetivos y de las intervenciones de una forma organizada. Esto se consigue mediante la documentación del plan de cuidados.

DEFINICION.

El plan de cuidados es un método de comunicación de la información importante sobre paciente. El formato del plan ayuda a procesar la información obtenida durante las fases de valoración y de diagnóstico.

El plan sirve de centro receptor cuando lo utiliza para documentar los resultados de la fase de planificación. Facilita la comunicación mediante la identificación de la información oportuna. También proporciona un mecanismo para la evaluación de los cuidados prestados. El desarrollo de planes de cuidados adecuados exige habilidades de valoración, diagnósticas, de razonamiento crítico y de comunicación.

OBJETIVO.

El plan de cuidados sirve como anteproyecto para dirigir las actividades de enfermería hacia el cumplimiento de las necesidades de salud del paciente. Proporciona un mecanismo para la prestación de una atención constante y coordinada y se utiliza como instrumento de comunicación entre los profesionales de enfermería y otros miembros del equipo de atención sanitaria. Además, proporciona unas normas para la documentación de las notas de las enfermeras y para la evaluación de la eficacia de los cuidados.

CARACTERISTICAS.

Independientemente del marco en el que estén escritos, los planes de cuidados tienen ciertas características deseables, como son:

- Están escritos por enfermeras tituladas universitarias.
- Son iniciados después de la primera interacción con el paciente.
- Fácilmente accesibles.
- Actual.(37)

(37).- P.W. Iyer, B.J. Op cit. Pagina 197.

1.3.4. EJECUCION.

DEFINICION.

Es el comienzo del plan de cuidados de enfermería para conseguir objetivos concretos. La fase de ejecución comienza después de haberse desarrollado el plan de cuidados y está enfocado en el inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al cliente y/o paciente a conseguir objetivos deseados. Se ejecutan intervenciones de enfermería concretas para modificar los factores que contribuyen al problema del paciente.

La ejecución se lleva a cabo en tres etapas:

1.- PREPARACION.

2.- INTERVENCION.

3.- DOCUMENTACION.(38)

(38).- P.W. Iyer, B.J. Op cit Pagina 224.

Durante esta etapa se pondrá el plan en acción, lo que implica las siguientes actividades:

1.- Valorar el estado actual del paciente.

¿El plan de cuidados escrito continúa siendo el apropiado? ¿hay nuevos problemas? ¿Hay algún cambio que requiera una modificación en el plan?

2.- Realizar las intervenciones y actividades prescritas durante la fase de planificación.

3.- Seguir valorando al paciente.

Determinar las respuestas iniciales a sus acciones. ¿Cuál ha sido la respuesta? ¿Es la que se esperaba? ¿Hubo alguna variación? ¿Tiene que cambiar algo? Para introducir cambios no tiene que esperar al momento fijado formalmente para la evaluación si es obvio que debe hacerlos hoy.

4.- Comunicar y anotar.

Comunicar cualquier cambio que pueda indicar la necesidad de tratamiento adicional. Anotar las actividades de enfermería, la respuesta del paciente y otros datos significativos de valoración. Una sola enfermera no estará allí las 24 horas del día y las demás enfermeras como profesionales de la salud necesitan conocer cómo evoluciona el paciente y como está actuando el plan de cuidados (39).

(39).- Rosalinda Alfaro-Lefevre, MSN, RN. Op cit. Edición. Pagina 4.5.

1.3.5 EVALUACION.

La evaluación es el proceso de valorar:

1.- El progreso del paciente hacia los objetivos de salud.

2.- La calidad de atención que recibe la paciente en una institución hospitalaria.

3.- La calidad de la atención de enfermería individual a través de auto evaluación, así como el desempeño personal completo.

Es la última etapa del proceso de enfermería. Es un proceso continuo para determinar en que medida se han alcanzado los objetivos.

La enfermera y el paciente deben decidir si el plan ha sido eficaz y si hay que hacer algún cambio.

¿Ha aparecido algún problema nuevo? ¿Hay nuevas prioridades de cuidados que requieren objetivos distintos?

¿Se han alcanzado los objetivos que se habían fijado durante la fase de planificación? ¿Podría haber avanzado más de lo previsto en un principio? ¿Debería fijar nuevos objetivos? ¿Qué es lo que ha hecho que el plan funcione? ¿Podía haberse hecho alguna otra cosa para facilitar el plan? ¿Reconoce que ha habido logros? Ha reforzado con éxito las estrategias de autocuidado?.

¿Han logrado los objetivos sólo parcialmente o no los han logrado en absoluto? En tal caso, ¿por qué no los han logrado? ¿Los objetivos eran realistas? ¿El paciente estaba de acuerdo con ellos? ¿Aun son importantes los objetivos? ¿Ha tenido tiempo suficiente? ¿Han surgido otros problemas que le hayan impedido progresar? ¿Se prescribieron las intervenciones adecuadas? ¿Se realizaron las intervenciones tal como estaban prescritas? ¿Qué cambios va a introducir? (40).

(40) .- Rosalinda Alfaro-Lefevre, MSN, RN. Pagina 10-30.

1.4 GENERALIDADES DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.

Henderson inicialmente no pretendió elaborar una teoría de Enfermería, ya que en su época tal cuestión no era motivo de especulación. Lo que a ella le llevó a desarrollar su trabajo fue la preocupación que le causaba el constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera. Ya que desde la época de estudiante, sus experiencias teóricas y prácticas le llevaron a preguntarse qué es lo que deberían hacer las enfermeras que no pudieran hacer otros profesionales de la salud. El modelo absolutamente medicalizado de las enseñanzas de enfermería de aquella época, le creaba insatisfacción por la ausencia de un modelo enfermero que le proporcionara una identidad profesional propia.

A partir de la revisión bibliográfica existente en aquellos años sobre enfermería, se dio cuenta de que los libros que pretendían ser básicos para la formación de las enfermeras, no definían de forma clara cuales eran sus funciones y que sin este elemento primordial –para ella- no se podían establecer los principios y la práctica de la profesión.

Para Henderson la única función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, conocimientos o voluntad necesaria. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible.(41)

(41).- Carmen Fernández Ferrín; Gloria Novel Martí. Proceso Atención de Enfermería. Estudio de Casos. Ediciones Científicas y Técnicas, S:A. Masson, Salvat 1ª edición. 1993. Pág. 1-10.

A partir de esta definición se extraen una serie de conceptos y subconceptos básicos del modelo de Henderson:

PERSONA.

Necesidades Básicas.

SALUD.

Independencia.

: Dependencia.

Causas de la dificultad o problema.

ROL PROFECIONAL.

Cuidados básicos de enfermería.

Relación con el equipo de salud.

ENTORNO.

Factores ambientales.

Factores socioculturales (43).

(43) Carmen Fernández Ferrín; Op cit. Pag. 1-10.

LA PERSONA Y LAS 14 NECESIDADES BASICAS.

De acuerdo con la definición de la función propia de la enfermera, y a partir de ella, Henderson precisa su conceptualización del individuo o persona, objeto de los cuidados. A sí, cada persona se configura como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que tiene 14 Necesidades Básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad (física y psicológica) y promover su desarrollo y crecimiento:

1. Necesidad de Oxigenación.
2. Necesidad de Nutrición e Hidratación.
3. Necesidad de Eliminación.
4. Necesidad de moverse y Mantener una buena postura.
5. Necesidad de descanso y sueño.
6. Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.
7. Necesidad de termorregulación.
8. Necesidad de higiene y protección de la piel.
9. Necesidad de evitar peligros.
10. Necesidad de comunicarse.
11. Necesidad de vivir según sus creencias y valores.
12. Necesidad de trabajar y realizarse.
13. Necesidad de jugar/participar en actividades recreativas.
14. Necesidad de aprendizaje (43).

(43).- Carmen Fernández Ferrín; Op cit. Pag. 1-10.

NECESIDAD DE RESPIRAR.

DEFINICION.

Respirar es una necesidad del ser vivo que consiste en captar el oxígeno indispensable para la vida celular y eliminar el gas carbónico producido por la combustión celular. Las vías respiratorias permeables y el alvéolo pulmonar permiten satisfacer esta necesidad.

INDEPENDENCIA EN LA SATISFACCION DE LA NECESIDAD.

Para satisfacer su necesidad de respirar, el ser humano posee un sistema respiratorio que permite la inspiración y la espiración del aire a través de vías respiratorias permeables y una fisiología respiratoria adecuada.

RESPIRACION.

Es el conjunto de mecanismos a través de los cuales el organismo utiliza el oxígeno y se deshace de su gas carbónico. El proceso fundamental de esta función es la oxidación, a través del oxígeno, de sustancias de la célula ricas en energía (substratos tales como glucosa y ácidos) que resulta de la producción y acumulación de grandes cantidades de energía. La combustión completa de un substrato se traduce por la disminución de producción de agua y gas carbónico.

La inhalación del aire se hace durante la inspiración y la exhalación durante la espiración. La circulación del aire se efectúa gracias a la permeabilidad de las vías respiratorias (nariz, faringe, laringe, tráquea, bronquios y alvéolos) y a los movimientos de los músculos de la caja

torácica y el diafragma, los cuales crean una presión negativa en el árbol respiratorio.

El proceso fundamental de la respiración puede dividirse en tres partes: la ventilación, pulmonar, la difusión de los gases y el transporte del oxígeno y el gas carbónico.

La ventilación pulmonar es un proceso que permite el paso de oxígeno a los pulmones y el retorno de los gases carbónicos al aire atmosférico.

Difusión de los gases es un proceso que permite el intercambio entre los alvéolos y los capilares.

El oxígeno debe ser transportado desde los pulmones a los tejidos y el gas carbónico debe retornar de los tejidos a los pulmones.

La respiración, juega un papel muy importante en el funcionamiento del organismo. La respiración normal (eupnea) es silenciosa, rítmica y sin esfuerzo. Para dilucidar un poco mejor el funcionamiento de la respiración normal estudiaremos el ritmo, la frecuencia, y la amplitud de la respiración, los ruidos respiratorios, el color de los tegumentos, la tos y las mucosidades (44).

(44).- Lise Riopelle, inf. M:N; Louise Grondenm enf. M.ed.; Margot Phaneuf, inf. M.A. Cuidados de enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona. Editorial. McGraw-Hill-Interamericana.Pag. 8-11.

NECESIDAD DE BEBER Y COMER.

DEFINICION.

Beber y comer es la necesidad de todo organismo de ingerir y absorber alimentos de buena calidad y en buena cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía suficiente.

INDEPENDENCIA EN LA SATISFACCION DE LA NECESIDAD

Para mantenerse sano, el ser humano tiene necesidad de una cantidad adecuada de alimentos que contengan los nutrientes indispensables para la vida. La cantidad y la naturaleza de los nutrientes está relacionada con el sexo, edad, corpulencia y talla del individuo. Una alimentación adecuada debe contener los cinco elementos siguientes: glúcidos, lípidos, prótidos, vitaminas y sales minerales. Se han establecido normas alimentarias internacionales con el fin de guiar a los individuos para poder escoger sus alimentos y procurarse una alimentación equilibrada para satisfacer sus necesidades nutritivas. Cuatro grupos de alimentos básicos pertenecen a esta guía: leche y productos lácteos, pan, cereales, carne y sustitutos, frutas y legumbres. Los individuos deben comer, cada día, alimentos escogidos de entre cada uno de los grupos, según sus necesidades energéticas. El aporte de líquidos es indispensable para la supervivencia del organismo. El agua desempeña los siguientes roles: mantiene el equilibrio electrolítico y la temperatura corporal, conserva la humedad de la piel y mucosas, favorece la eliminación de los desechos metabólicos y es un componente esencial del protoplasma celular (45).

(45).- Lise Riopelle, inf. M:N; Op cit pag. 14-19.

NECESIDAD DE ELIMINAR.

DEFINICION.

Eliminar es la necesidad que tiene el organismo de deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo. La excreción de desechos se produce principalmente por la orina y las heces, y también por la transpiración y la espiración pulmonar. Igualmente, la menstruación es una eliminación de sustancias inútiles en la mujer no embarazada.

INDEPENDENCIA DE LA NECESIDAD.

El mantenimiento de la composición del medio (líquido extracelular) de forma continua, se efectúa por el proceso de omeostasis. Todo el cambio en el volumen extracelular conlleva modificaciones en la composición líquida de la célula: es esencial que el medio interno tenga una composición constante, es cual se lleva a cabo sobre todo en pulmones, que controlan el CO_2 y el O_2 , y a los riñones, que mantienen la composición química de los líquidos del organismo en un nivel normal. Así, los riñones son los órganos principales de la omeostasis, puesto que mantiene el equilibrio del medio interno y dejan libre de desechos producidos por el metabolismo de cuerpos nitrogenados y de sustancias tóxicas para el organismo. Por su rol de excreción, la piel completa la eliminación renal extrayendo desechos (urea) y agua.

El organismo también elimina desechos de la digestión. El quimo intestinal, cuando llega al intestino grueso, contiene sustancias indigestas como las fibras celulósicas de las legumbres, células intestinales y pigmentos biliares. Las sustancias útiles al organismo como el sodio y agua, son absorbidas por osmosis, solo quedan los residuos que sufren la acción de las bacterias antes de ser eliminadas al exterior.

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.

DEFINICION.

Moverse y mantener una buena postura es una necesidad para todo ser vivo, estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados, y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia de las diferentes funciones del organismo. La circulación sanguínea se ve favorecida por los movimientos y las actividades físicas.

INDEPENDENCIA EN LA SATISFACCION DE LA NECESIDAD.

La movilidad o una postura dinámica, dependen de la coordinación de los músculos y de los nervios, los huesos actúan como palanca y proporcionan los puntos de apoyo de los ligamentos y de los músculos.

Estos deben contraerse para producir un movimiento. Los nervios conducen los impulsos del sistema nervioso central. La habilidad que posee el individuo para moverse libremente la permite evaluar su estado de salud y su forma física. La actividad matriz es además un medio de eliminar sus emociones (gestos, expresiones faciales), particularmente en el niño.

El adulto en general ha aprendido a controlar sus emociones y a menudo los elimina por el movimiento o los ejercicios físicos que tienen un efecto benéfico para su organismo particularmente acelerando la circulación lo que favorece la oxigenación celular (46).

(46).- Lise Riopelle, inf. M:N; OP cit. Pag. 18-29.

NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR.

DEFINICION.

Dormir y descansar es una necesidad para todo el ser humano, que debe llevarse a cabo en las mejores condiciones y en cantidad suficiente a fin de conseguir un buen rendimiento del organismo.

INDEPENDENCIA EN LA SATISFACCION DE LA NECESIDAD.

Una parte importante en la vida de los seres humanos está dedicada al sueño y al reposo. En los primeros meses de su vida el niño duerme la mayor parte del tiempo, los periodos de sueño disminuyen a lo largo de su crecimiento y desarrollo para llegar a ocupar la tercera parte en el adulto.

El sueño es esencial para el crecimiento y la recuperación del organismo. Durante el sueño, las actividades fisiológicas decrecen, hay, pues disminución del metabolismo basal, el tono muscular de la respiración, del pulso y de la presión arterial. Además, hay aumento de la secreción de hormonas de crecimiento sobre todo en la pubertad. El sueño libera al organismo de sus tensiones, tanto físicas como psicológicas, y le permite encontrar la energía necesaria para sus actividades cotidianas. Los periodos de reposo, que tienen caso los mismos efectos benéficos que el sueño, son también muy importantes para todos los individuos (47).

(47).- Lise Riopelle, inf. M:N; Op cit. Pag.29-32.

NECESIDAD DE VESTIRSE Y DESVESTIRSE.

DEFINICION.

Vestirse y desvestirse es una necesidad del individuo. Este debe llevar ropa adecuada según las circunstancias (hora del día, actividades) para proteger su cuerpo del rigor del clima (frío, calor, humedad) y permitir la libertad de movimiento. En ciertas sociedades el individuo viste por pudor. Si la ropa permite asegurar el bienestar y proteger la intimidad sexual de los individuos, representa también el pertenecer a un grupo, a una ideología o a un status social. La ropa puede también convertirse en un elemento de comunicación por la atracción que suscita entre los individuos.

INDEPENDENCIA EN LA SATISFACCION DE LA NECESIDAD.

El ser humano, a diferencia de los animales, no tiene ni plumas ni escamas, ni pelaje para proteger su cuerpo. Por esto, si quiere sobrevivir debe llevar ropas para protegerse de rigor del clima. Así, por el cuidado de la salud, el individuo escoge las ropas apropiadas según las circunstancias y la necesidad.

La ropa asegura también la integridad del individuo preservando su intimidad sexual. Las costumbres varían de una cultura a otra, y el lenguaje del pudor se manifiesta a través de comportamientos variados, de forma que el modo de vestir juega un papel importante en este sentido.

El vestido preocupa cada vez más, puesto que forma parte importante de la estética del individuo, contribuye a la expresión corporal y participa significativamente en la comunicación (48).

(48).- Lise Riopelle, inf. M:N; Op cit. Pag. 32-35.

NESECIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DE LOS LIMITES NORMALES.

DEFINICION.

Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales es una necesidad para el organismo. Este debe conservar una temperatura más o menos en constante oscilación normal en el adulto sano se sitúa entre 36.1 y 37°C para mantenerse en buen estado.

La temperatura corporal normal es el equilibrio entre la producción y la pérdida de calor a través del organismo. El mantenimiento de este equilibrio está asegurado gracias al funcionamiento de centros termorreguladores situados en el hipotálamo. El calor y el frío captados o percibidos por receptores cutáneos, transmiten los impulsos al hipotálamo, que actúa regularizando la temperatura corporal cuando ésta se eleva, los centros anteriores del hipotálamo inhiben la producción de calor y aumentan la pérdida de calor provocando una vasodilatación muscular, una estimulación de la glándulas (sudoración) y aumento de la respiración. Cuando la temperatura corporal desciende, los centros posteriores del hipotálamo aumentan la producción de calor y conservan el calor del cuerpo provocando una vasoconstricción de los vasos cutáneos, contracciones musculares (escalofríos) y una inhibición de las glándulas sudoríparas (49).

(49).- Lise Riopelle, inf. M:N; Op cit. Pag. 35-40.

NECESIDAD DE ESTAR LIMPIO, ASEADO Y PROTEGER SUS TEGUMENTOS.

DEFINICION.

Estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos es una necesidad que tiene el individuo para conseguir un cuerpo aseado, tener una apariencia cuidada y mantener la piel sana, con la finalidad que ésta actúe como protección contra cualquier penetración en el organismo de polvo, microbios, etc.

INDEPENDENCIA EN LA SATISFACCION DE LA NECESIDAD.

La piel tiene un papel muy importante a realizar en el organismo, es la encargada de regularizar la temperatura corporal, participa en la eliminación de residuos (sudor, etc.), refleja el equilibrio electrolítico del organismo y transmite las sensaciones térmicas, de tacto, de presión y de dolor.

Para cumplir estas funciones, la piel debe estar limpia, aseada y cuidada. La piel se protege a través de las mucosas que protegen los orificios (la nariz, ojos, orejas, vagina y recto) que deben estar aseados y cuidados para asegurar el bienestar del individuo y facilitar el buen funcionamiento de los órganos. La piel tiene también la función de absorción de ciertas sustancias como cremas hidratantes. Además, el organismo posee faneras (pelos, cabellos, uñas, dientes) que, estando limpios y cuidados, participan en la protección del organismo contra la penetración de sustancias perjudiciales o nocivas (50).

(50).- Lise Riopelle, inf. M:N; Op cit. Pag. 41-44.

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.

DEFINICION.

Evitar peligros es una necesidad de todo ser humano. Debe protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física y psicológica.

INDEPENDENCIA EN LA SATISFACCION DE LA NECESIDAD.

Los individuos, a lo largo de su vida, están amenazados por estímulos que provienen de su entorno físico y social. Deben protegerse continuamente contra toda clase de agresiones, ya sea las que provienen de agentes físicos, químicos o microbianos como también de aquellas que provienen de otros seres humanos. Para defenderse, el ser humano posee numerosos medios naturales como la piel, los pelos (a nivel de orificios) y las secreciones que impiden la penetración de agentes externos en el organismo. Sin embargo el ser humano, para protegerse mejor, añade a sus medios naturales defensas, medidas preventivas para mantener su integridad biológica, psicológica y social. El ser humano se ve amenazado en su propia integridad por estímulos que provienen de su entorno físico, social y también de sus propias reacciones, con el fin de mantener su integridad, utiliza mecanismos de defensa (51).

(51).- Lise Riopelle, inf. M:N; Op cit. Pag. 44-49.

NECESIDAD DE COMUNICAR.

DEFINICION.

La necesidad de comunicar es una obligación que tiene el ser humano, de intercambio con sus semejantes. Comunicarse es un proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a otras, llegar a la puesta en común de sentimientos, opiniones, experiencias e información.

INDEPENDENCIA DE LA SATISFACCION DE LA NECESIDAD.

El ser humano tiene necesidad de otros para responder al conjunto de sus necesidades vitales y para satisfacer sus aspiraciones superiores. En efecto, para su desarrollo físico como psicológico, al inicio de la vida y más tarde a los intercambios con sus semejantes que pueden asegurar la satisfacción de sus necesidades fundamentales. La familia, el entorno y el conjunto de la misma sociedad concurren, por medio de la comunicación, a hacer del niño un ser humano en toda plenitud. Los cuidados de los primeros meses de vida, educación y más tarde todas las interacciones sociales se apoyan en esta capacidad de intercambio y de comprensión mutua entre las personas. La realización de la comunicación se basa, en un conjunto de condiciones bio - psicosociales sin las cuales no sería posible su existencia. La persona capaz de comunicarse con sus semejantes es físicamente apta para recibir estímulos intelectuales, afectivos y sociales que se desprenden de su entorno (52).

(52).- Lise Riopelle, inf. M:N; Op cit. Pag. 49-55.

NECESIDAD DE ACTUAR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES.

DEFINICION.

Actuar según sus creencias y sus valores es una necesidad para todo individuo; hacer gestos, actos conformes a su noción personal del bien y del mal y de la justicia, y la persecución de una ideología.

INDEPENDENCIA EN LA SATISFACCION DE LA NECESIDAD DE ACTUAR SEGÚN SUS CREENCIAS Y SU VALORES.

El ser humano aislado no existe, Está en interacción constante con los otros individuos, los miembros de la sociedad y con la vida cósmica o el ser supremo. Los seres humanos interactúan continuamente con los demás, aportando en esta relación su experiencia de vida, sus creencias y sus valores que de una parte o de otra favorecen la realización de sí mismo y el desarrollo de la personalidad (54).

(53).- Lise Riopelle, inf. M:N; Op cit. Pag. 55-57.

NECESIDAD OCUPARSE PARA REALIZARSE.

DEFINICION.

Ocuparse para realizar es una necesidad para todo individuo; éste debe llevar a cabo actividades que le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo. La gratificación que el individuo recibe una vez realizadas sus acciones, puede permitirle llegar a una total plenitud.

INDEPENDENCIA EN LA SATISFACION DE LA NECESIDAD.

El ser humano siente el deseo de llevar a cabo cosas útiles que responden a un ideal en el que cree, lo que implica de parte del individuo el escoger la carrera, o bien escoger pertenecer a ciertos grupos filantrópicos para llevar a cabo obras que le permitan realizarse. Para hacer esto, el individuo debe aprender a conocerse, a conocer a los demás y a controlar el entorno. La satisfacción de esta necesidad implica la autonomía del individuo, la tomo de decisión consciente e inmediata y la aceptación de las consecuencias de las decisiones. Esta necesidad puede estar relacionada a los roles sociales vividos y dominados por el individuo. Además, éste tiene la impresión de no realizarse plenamente cuando siente la desaprobación de los demás frente a sus acciones, puesto que tiene la necesidad de seguridad, de consideración y de amor. La capacidad del individuo de realizarse es personal y única, esto significa que ciertos individuos tienen siempre necesidad de los demás para sentirse valorados, mientras que otros pueden prescindir y encontrar en el interior de ellos mismos una gratificación que les permite controlar eficazmente el entorno (54).

(54).- Lise Riopelle, inf. M:N; Op cit. Pág. 59-63.

NECESIDAD DE RECREARSE.

DEFINICION.

Recrearse es una necesidad para el ser humano; divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.

INDEPENDENCIA EN LA SATISFACION DE LA NECESIDAD.

Desde hace milenios, los seres humanos han dado una gran importancia a la diversión. El ser humano ha sido siempre consciente de la necesidad de ocupar una parte de su tiempo con actividades recreativas para liberarse de la tensión engendrada por su trabajo diario. Las diferentes maneras de recrearse han cambiado con la evolución de las sociedades. En nuestros días, el avance de la ciencia y de la tecnología ha tenido como consecuencia la aparición de multitud de actividades de diversión y de ocio que son accesibles a muchos. El individuo puede entonces escoger los medios de recrearse que correspondan a sus aspiraciones. Por el contrario, ciertos individuos experimentan una gran satisfacción al trabajar y olvidan recrearse.

(55).- Lise Riopelle, inf. M:N; Op cit. Pag. 63-66.

NECESIDAD DE APRENDER.

DEFINICION.

Aprender es una necesidad para el ser humano de adquirir conocimientos, actitudes y habilidades para modificación de sus comportamientos o la adquisición de nuevos comportamientos con el objetivo de mantener o de recobrar la salud.

INDEPENDENCIA EN LA SATISFACCION DE LA NECESIDAD

A lo largo de toda su vida, el ser humano debe adaptarse continuamente a los cambios del entorno, adoptando las medidas necesarias para mantenerse en salud. El autoconocimiento, es pues, esencial para el individuo con el fin de llegar a analizar sus hábitos de vida y verificar si toma las medidas adecuadas para mantenerse en salud. Después de este análisis, el individuo experimenta la necesidad de aprender los medios más eficaces para conseguirlo. Cuando ha adquirido los conocimientos, las actitudes y las habilidades para mantener se salud, el individuo experimenta un sentimiento de seguridad, siendo así capaz de luchar contra la enfermedad, el estrés y la ansiedad de la vida cotidiana.

Las diferencias personales en la satisfacción de las 14 Necesidades Básicas vienen determinadas por los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, inherentes a cada persona, así como por la estrecha interrelación existente entre las diferentes necesidades, que implica que cualquier modificación en cada una de ellas puede dar lugar a modificaciones en cada una de ellas pueda dar lugar a modificaciones en las restantes (56).

(56) .- Lise Riopelle, inf. M:N; Op cit. Pag. 68-70.

LA SALUD. INDEPENDENCIA/ DEPENDENCIA Y CAUSAS DE LA DIFICULTAD.

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

Falta de fuerza.

Falta de conocimiento.

Falta de voluntad.

INDEPENDENCIA.

Capacidad de la persona para satisfacer por si misma 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.

Los niveles de independencia en la satisfacción de necesidades son específicos y únicos para cada individuo. Deben ser considerados de acuerdo con las características específicas de cada persona, las cuales varían según los aspectos biofisiológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales (57).

(57) Carmen Fernández Ferrín; Op. Pag. 5.

DEPENDENCIA.

Puede ser 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 el otro lado puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.

LAS CAUSAS DE LA DIFICULTAD.

Son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades.

Henderson las agrupa en tres posibilidades.

Falta de fuerza.

Falta de conocimientos.

Falta de voluntad.

La presencia de estas tres causas o de alguna de ellas puede dar lugar a una dependencia total o parcial así como temporal o permanente, aspectos estos que deberán ser valorados para la planificación de las intervenciones correspondientes. El tipo de actuación (de suplencia o ayuda) vendrá siempre determinado por el grado de dependencia identificado (58).

(58).- Carmen Fernández Ferrín; Op. cit. Pag. 6-7.

ROL PROFESIONAL. CUIDADOS BASICOS DENFERMERIA Y EQUIPO DE SALUD.

CUIDADOS BASICOS.

Son acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, de acuerdo con el nivel de dependencia identificado en la persona. Henderson opina que este es el aspecto del trabajo de la enfermera que controla y en el que es dueña de la situación.

Los cuidados básicos de enfermería considerados como un servicio derivado del análisis de las necesidades humanas, son universalmente los mismos, porque todos tenemos necesidades comunes, sin embargo, varían constantemente porque cada persona interpreta a su manera estas necesidades, de ahí surge el concepto de cuidados individualizados y dirigidos a la persona en su totalidad.

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

Henderson afirma que todos los miembro del grupo deben considerar a la persona que atienden como una figura central y comprender que, primordialmente, su misión consiste en asistir a esta persona. El paciente debe aceptar y comprender el programa ya que es indispensable para el logro de las metas planteadas por el grupo (59)

(59) Carmen Fernández Ferrín; Op. cit. Pag. 8.

ENTORNO.

Aunque Henderson no dedique un capítulo al análisis del entorno, se puede afirmar que los aspectos de este están contemplados sistemáticamente en la descripción de las características de las 14 Necesidades Básicas y de los factores que las influyen.

APLICACIÓN DEL MODELO DE V. HENDERSON.

El modelo de Henderson, como marco conceptual, es perfectamente aplicable en todas y cada una de las diferentes etapas del Proceso de Atención:

1.- En las etapas de VALORACION Y DIAGNOSTICO, sirve de guía en la recogida de datos y en el análisis y síntesis de los mismos.

Esta etapa de determina:

- El grado de independencia/dependencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades.
- Las causas de la dificultad de tal satisfacción.
- La interrelación de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas (60).

2.- En las etapas de Planificación y Ejecución, sirve para la formulación de objetivos de independencia en base a las causas de la dificultad detectadas, en la elección del modo de intervención (suplencia y ayuda) más adecuado a la situación y en la determinación de actividades de enfermería que implique al individuo –siempre que sea posible- en su propio cuidado. Esto significa determinar el modo de intervención (suplencia o ayuda) mas adecuado a la situación.

3.- Finalmente, en la etapa de Evaluación, el modelo de Henderson ayuda a determinar los criterios que nos indicarán los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados, ya que según esta autora nuestra meta es ayudar al individuo a conseguir su independencia máxima en la satisfacción de las necesidades, lo más rápidamente posible (61).

(61) Carmen Fernández Ferrín; Op. Cit. Pag. 9-10

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

En esta segunda etapa del proceso, se realiza el análisis y síntesis de los datos que nos llevará a emitir un juicio para así identificar los problemas de salud, lo que es lo mismo, especificar los diagnósticos de enfermería.

La enfermera en el desarrollo de la función de cuidar, lleva a cabo tres tipos de roles:

- 1.- Rol autónomo.
- 2.- Rol independiente.
- 3.- Rol dependiente.

ROL AUTONOMO.

Es el que se ejerce en base a un modelo de enfermería, que le proporciona la guía o estructura teórica. En el desarrollo de este rol autónomo, las prescripciones que realiza la enfermera son de su exclusiva responsabilidad, correspondiendo a su campo autónomo de actuación.

ROL INTERDEPENDIENTE.

Es el que ejerce en base a su trabajo de colaboración con otros profesionales del equipo de salud del cliente y/o paciente que esta bajo un diagnóstico y un tratamiento médico.

ROL DEPENDIENTE.

La enfermera cumple órdenes prescritas y lleva a cabo los tratamientos determinados, generalmente, por el médico (62).

TAXONOMIA DIAGNOSTICA DE LA NANDA Y EL MODELO DE V. HENDERSON.

De acuerdo con el modelo de V. Henderson, la identificación de los problemas de salud de la persona en los que la enfermera tendría una intervención autónoma, se obtendría interrelacionando los diferentes datos de dependencia que se hayan obtenido en la fase de valoración de las 14 Necesidades Básicas.

CARACTERISTICAS Y CLASES DE DIAGNOSTICOS.

Los diagnósticos de la NANDA constituyen una taxonomía en la que se recogen aquellos problemas o diagnósticos que las enfermeras pueden identificar, validar y tratar de forma independiente.

Los diagnósticos están agrupados en nueve patrones de respuesta humana.

1. Intercambio.
2. Comunicación.
3. Relaciones.
4. Valores.
5. Elección.
6. Movimiento.
7. Percepción.
8. Conocimientos.
9. Sentimientos.

Estos patrones expresan las interacciones que se producen entre la persona y su entorno en todas las etapas de su ciclo vital y en cualquier situación (63).

(63).- Carmen Fernández Ferrín; Op cit. Pag. 42-43.

LISTA DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA.

Diagnósticos de enfermería aprobados por la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA) hasta la decima conferencia, ordenados según las Catorce Necesidades Fundamentales.

01. RESPIRAR.

- Deterioro en el intercambio gaseoso.
- Incapacidad para mantener la respiración espontanea.
- Limpieza ineficaz de las vías aéreas.
- Patrón respiratorio ineficaz.
- Potencial de asfixia.
- Respuesta ventilatoria disfuncional al destete.

02. ALIMENTARSE F HIDRATARSE.

- Alteración de la nutrición: por defecto .
- Alteración de la nutrición: por exceso.
- Alteración potencial de la nutrición: por exceso.
- Déficit de autocuidado: alimentación.
- Déficit de volumen de líquidos.
- Déficit potencial de volumen de líquidos.
- Deterioro de la deglución.
- Exceso del volumen de líquidos.
- Interrupción de la lactancia materna.
- Lactancia materna ineficaz.
- Patrón de la alimentación ineficaz del lactante.
- Potencial de aspiración (64).

(64).- Margor Phaneuf, inf. M:A: CUIDADOS DE ENFERMERIA. Un proceso de atención de enfermería. Primera edición 1993, editorial Interamericana McGraw-Hill; 93-102.

03. ELIMINAR.

- Alteración de la eliminación urinaria.
- Déficit de autocuidado: uso W.C.
- Diarrea.
- Estreñimiento.
- Estreñimiento crónico.
- Estreñimiento subjetivo.
- Incontinencia fecal.
- Incontinencia urinaria de esfuerzo.
- Incontinencia urinaria de urgencia.
- Incontinencia urinaria funcional.
- Incontinencia urinaria refleja.
- Incontinencia urinaria total.
- Retención urinaria.

04. MOVERSE.

- Alteración de la perfusión hística (especificar el tipo: renal, cerebral, cardiopulmonar, gastrointestinal, periférica).
- Alto riesgo de disfunción neurovascular periférica.
- Deterioro de la movilidad física.
- Disminución del gasto cardíaco.

05. DORMIR Y REPOSAR

- Alteración del patrón del sueño.
- Fatiga.
- Intolerancia a la incapacidad.
- Potencial intolerancia a la actividad (65).

(65) Margor Phaneuf, inf. Op. cit. 93-102.

06. VESTIRSE Y DESNUDARSE.

- Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento.

07.-MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL EN LOS LIMITES NORMALES

- Alteración potencial de la temperatura corporal.
- Hipertermia.
- Hipotermia.
- Termorregulación ineficaz.

08. ESTAR LIMPIO, ASEADO Y PROTEGER SUS TEGUMENTOS.

- Alteración de la membrana mucosa oral.
- Déficit de autocuidado: baño/higiene.
- Deterioro de la integridad cutánea.
- Deterioro de la integridad hística.
- Deterioro potencial de la integridad cutánea.

09. EVITAR PELIGROS.

- Afrontamiento defensivo.
- Afrontamiento individual enefectivo.
- Alto riesgo de automutilación.
- Ansiedad.
- Baja autoestima crónica.
- Baja autoestima situacional.
- Desatención unilateral.
- Deterioro de la adaptación.
- Disreflexia.
- Dolor.

- Dolor crónico.
- Duelo anticipado.
- Duelo disfuncional.
- Negación ineficaz.
- No seguimiento del tratamiento)especificar.
- Potencial de infección.
- Potencial de intoxicación.
- Potencial de lesión.
- Potencial de traumatismo.
- Potencial de violencia: autolesiones, lesiones a otros...
- Respuesta postraumática.
- Síndrome traumático de violación.
- Temor.
- Trastorno de la autoestima.
- Trastorno de la identidad personal.
- Trastorno de la imagen corporal.

10.- COMUNICARSE CON SUS SEMEJANTES.

- Alteración de los procesos familiares.
- Afrontamiento familiar inafectivo: comprometido.
- Afrontamiento familiar inafectivo: incapacitante.
- Afrontamiento familiar: potencial de desarrollo.
- Aislamiento social.
- Alteraciones sensorio-perceptivas (especificar: visuales, auditivas, cinestésicas, gustativas, táctiles, olfativos).
- Deterioro de la comunicación verbal.
- Deterioro de la comunicación social.
- Síndrome de estrés del traslado (66).

(66) Margor Phaneuf, inf. Op. cit. 93-102.

11. ACTUAR DE ACUERDO CON SUS CREENCIAS Y VALORES.

- Desesperanza.
- Impotencia.
- Sufrimiento espiritual (sufrimiento del espíritu humano)

12. PREOCUPARSE POR SER UTIL Y POR REALIZARSE.

- Alteración del crecimiento, desarrollo.
- Alteración de los patrones de la sexualidad.
- Alteración en el desempeño del rol.
- Alteración parenteral.
- Alto riesgo de cansancio en el desempeño de rol de cuidador.
- Cansancio en el desempeño del rol de cuidador.
- Conductas generadoras de salud (especificar).
- Conflicto de decisiones (especificar).
- Conflicto del rol parenteral.
- Dificultad en el mantenimiento de la salud.
- Dificultad en el mantenimiento del hogar.
- Disfunción sexual.
- Manejo inefectivo del régimen terapéutico (individual)
- Potencial de alteración parenteral.

13. RECREARSE.

- Déficit de actividades recreativas.

14. APRENDER.

- Alteración de los procesos del pensamiento.
- Déficit de conocimiento (especificar) (67)

(67).- (65) Margor Phaneuf, inf. Op. cit. 93-102.

LOS DIAGNÓSTICOS SE CLASIFICAN EN:

- REALES.
- POTENCIALES.
- POSIBLES.

DIAGNOSTICO REAL.

Es aquel que a partir de la valoración de enfermería reúne todos los datos confirmatorios de su existencia.

DIAGNOSTICO POTENCIAL.

Cuando no está presente en el momento de realizar la valoración, aunque existen indicios/riesgos suficientes que pueden llevar a su aparición posterior.

DIAGNOSTICO POSIBLE.

Cuando los datos recogidos en la valoración nos indican la probabilidad de su presencia, aunque faltan datos para confirmarlo o negarlo.

COMPONENTES DE LOS DIAGNOSTICOS.

Cada categoría diagnóstica consta de los siguientes elementos:

- 1.- ETIQUETA DIAGNOSTICA O NOMBRE.
- 2.- DEFINICION.
- 3.- CARACTERISTICAS DEFINITORIAS.
- 4.- FACTORES RELACIONADOS. (68)

(68) Carmen Fernández Ferrín; Op. cit.Pag.48.

1.- ETIQUETA DIAGNOSTICA O NOMBRE.

Consiste en una palabra o frase concisa que identifica el problema.
p.e. alteración en el mantenimiento de la salud o impotencia.

2.- DEFINICION.

Incluye una explicación concluyente del diagnóstico enunciado que sirve como factor diferenciador de las distintas etiquetas diagnósticas.

p.e. Alteración en el mantenimiento de la salud se define como Incapacidad para identificar, manejar y/o buscar ayuda para mantener la salud.

3.- CARACTERISTICAS DEFINITORIAS.

Son manifestaciones o respuestas de la persona o familia que nos pueden indicar la presencia o ausencia de un determinado diagnóstico. Estas características definitorias son propias de los diagnósticos reales, ya que en los potenciales y en los posibles no hay evidencia de su existencia.

Estas están clasificadas en mayores y menores, de acuerdo con la NANDA, las primeras son indicadores críticos que determinan la existencia de la categoría diagnóstica, encontrándose presentes entre un 80 y un 100% de los casos investigados. Las segundas están presentes entre el 50 y 79 % de los casos estudiados y podrían considerarse como elementos adicionales que ayudan a la ratificación de la presencia del diagnóstico (69).

(69).- Carmen Fernández Ferrín; Op. cit. Pag. 44-45.

4.- FACTORES RELACIONADOS.

Son situaciones o condiciones causantes de la aparición del diagnóstico. Tales pueden ser descritos como:

1. antecedente de .
2. asociado con.
3. Relacionado con .
4. Contribuyente a .
5. Provocado .

Cuando el diagnóstico es POTENCIAL no existen características definitorias y los factores relacionados se les denomina FACTORES DE RIESGO.

BASES PARA LA FORMULACION DE DIAGNOSTICOS.

Teniendo en cuenta los diferentes tipos o clases de diagnósticos descritos, existen distintas formas de enunciarlos:

1.- Cuando el diagnóstico que se pretende formular es un Diagnóstico Real, se enunciará escribiendo primero el nombre o etiqueta diagnóstica, relacionado con la etiología o factor relacionado contribuyente y manifestado por las características definitorias mayores y menores observadas.

2.- Si el Diagnóstico identificado se define como un DIAGNOSTICO POTENCIAL, la forma de enunciarlo sería citando primero el nombre o etiqueta diagnóstica precedido de la palabra <potencial> y relacionado con la etiología o factor relacionado contribuyente. (70).

(70).- Carmen Fernández Ferrín; Op. cit. Pag. 45-46.

3.- En el caso de que consideremos un DIAGNOSTICO POSIBLE la forma correcta de redactarlo sería anotando el nombre o etiqueta diagnóstica precedido de la palabra <posible> y relacionado con la etiología como factor relacionado contribuyente.

.. V. HENDERSON trabaja exclusivamente el concepto de persona como ser individual que a su vez interactúa con otros individuos en la familia y en otros grupos. Así podría parecer que los diagnósticos de la NANDA relativos al funcionamiento de la familia como grupo, no tendrían cabida si se utiliza el modelo de Henderson. Sin embargo, si se considera a cada persona perteneciente al grupo familiar como persona individual, si puede ser trabajado desde el punto de vista de la autora, aun cuando la repercusión –positiva o negativa- de su comportamiento tenga incidencia en otros miembros de la familia.

PLAN DE CUIDADOS Y FIN DEL PROCESO.

La planificación de los cuidados constituye la tercera etapa del Proceso de Atención de Enfermería, que se inicia con la determinación de las prioridades y que incluye la formulación de objetivos y el establecimiento de las actividades a llevar a término para alcanzar dichos objetivos.

FIJAR PRIORIDADES.

Significa determinar que diagnósticos deben ser tratados en primer termino, en función de una serie de principios que de acuerdo con R. Alfaro (1992), están integrados en los siguientes elementos.

- 1.- La percepción de prioridades del propio cliente/paciente.
- 2.- El plan general de tratamiento.
- 3.- El estado general de salud del cliente.
- 4.- La presencia de problemas potenciales.

FIJAR OBJETIVOS.

Siguiendo la estructura del modelo de V. Henderson, los objetivos deberán fijarse como metas a alcanzar por el paciente/usuario en términos de niveles de independencia, en relación con sus condiciones particulares como persona.

Al formular los diagnósticos se ha de tener en mente la estructura del modelo, identificando en la etiología del problema una posible falta de conocimientos, fuerza, o voluntad, como origen o causa de la dificultad.

Objetivo general.

Indica solamente la resolución o mejora del problema identificado en la etiqueta diagnóstica.

DETERMINACION DE LAS ACTIVIDADES.

Continuando con el modelo de Henderson y después de haber formulado los objetivos, lo primero que debe decidirse es si el modo de intervención que vamos a planificar debe ir encaminado a la SUPLENCIA o a la AYUDA, TOTAL o PARCIAL es decir, solo realizará la enfermera o bien conjuntamente la enfermera, el cliente y/o la familia.

Estas actividades irán encaminadas de acuerdo a los objetivos específicos a REFORZAR, AUMENTAR, SUSTITUIR, AÑADIR O COMPLEMENTAR LA FUERZA, VOLUNTAD, CONOCIMIENTOS que la faltan al paciente/cliente cuando la etiología del problema es conocida y puede ser reducida, controlada o eliminada (71).

(71) Carmen Fernández Ferrín; Op. cit. Pag. 45, 53, 54.

FINALIZACION DEL PROCESO.

Una vez realizado la etapa de planificación se continua con la etapa de ejecución y finaliza con la evaluación de dicho proceso, siendo dicha evaluación un hecho continuo y sistemático con distintas finalidades y tiempos.

EJECUCION.

Consiste en la puesta en práctica del plan de cuidados, no presenta diferencias significativas en función del modelo de enfermería escogido, ya que lo que determina la forma en que se desarrolla esta etapa es el plan de cuidados, influenciado por el modelo de Henderson.

EVALUACION.

Se procede a evaluar los objetivos fijados. La evaluación sirve para analizar el cumplimiento de los objetivos de los cuidados, como para obtener datos fiables sobre la adecuación de las actividades de enfermería, o personas (pte. Familia, enfermera) (72).

(72).- Carmén Fernández Ferrín; Pag. 48, 49.

II.- MEDOLOGIA.

Teniendo como marco referencial el modelo de Virginia Henderson la metodología que se desarrollara en el Proceso atención de Enfermería de paciente con Preeclampsia Grave será el de investigación de necesidades del mismo.

El esquema de Virginia Henderson es perfectamente aplicable a todas las etapa del proceso de Atención de Enfermería, además la identificación de los problemas de salud de la persona en los que la enfermera tendrá una intervención autónoma, se obtendría interrelacionando los diferentes datos de dependencia que se obtengan con la fase de valoración de las catorce necesidades.

La nomenclatura que se utilizara para determinar los problemas identificados al finalizar la fase de valoración, es la taxonomía de la Asociación Norteamericana de Enfermería (NANDA, X conferencia, 1994), debido a que es compatible con la estructuración de los diagnósticos de enfermería y utiliza lenguaje comprensible y sencillo.

Retomando a Henderson considerara al ser humano como único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socio culturales y espirituales que tienen las necesidades básicas o requisitos que se deben satisfacer para mantener su integridad física y promover su desarrollo y crecimiento. (74)

(74).- Carmen Fernández Ferrín; Op.cit. Pag. 41-50.

2.1 VALORACION.

En esta etapa se reunió y examino la información procedente del paciente, familia sobre problemas de salud que presenta el mismo.

Inició desde que el paciente ingreso a la unidad de urgencias de obstetricia, con la finalidad de obtener todos los hechos necesarios para identificar las necesidades, problemas, preocupaciones o el estado de salud del mismo y describir sus capacidades y limitaciones

Se recogieron cuatro tipo de datos: subjetivos, objetivos, históricos y actuales procedentes de fuentes primarias y secundarias.

Se llevó a cabo una valoración de enfermería completa para identificar respuestas reales o potenciales del paëiente que exigen una intervención de enfermería.

Se utilizó la jerarquización de las necesidades humanas de Maslow para determinar que datos deben reunirse en primer lugar, el cual las describió en cinco niveles: fisiológicas, de inocuidad o seguridad, sociales, de estima y de autorrealización. A sí mismo se tomó en cuenta a Richard Kalish (1983) que mejoro aun más el sistema de Maslow dividiendo las necesidades fisiológicas en necesidades de supervivencia y necesidades de estimulación. Esta división resultará especialmente útil para ayudar al profesional de enfermería a establecer prioridades en la recogida de datos (75).

(75).- P.W. Iyer, B.J. Op cit. Pagina 35-4.

La valoración de la paciente con diagnóstico de preclampsia grave se realizara en el servicio de tococirugía del hospital central militar; la cual se llevara a cabo utilizando las siguientes técnicas e instrumentos de investigación:

- OBSERVACION.
- ENTREVISTA DE ENFERMERIA.
- EXAMEN FISICO DE ENFERMERIA.
- HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA.

2.1.1. OBSERVACION.

Se realizara una observación sistemática utilizando todos los sentidos para adquirir información sobre el paciente, sus seres queridos, el entorno y las interacciones entre estas tres variables (78)

Se hará una descripción minuciosa de lo observado para el cuidado del paciente utilizando todos los sentido:

VISTA.

TACTO.

OIDO.

OLFATO.

(78).- P.W. Iyer, B.J. Op. cit. Pagina 56.

LOS SENTIDOS DEL OLFATO Y DEL GUSTO.

Se usan con menos frecuencia; los olores del paciente, el hogar y el ambiente se registran con el olfato y el sabor de los alimentos con el gusto. La enfermera mantendrá en todo momento la objetividad al observar al paciente; registrar en forma específica lo que se ve, siente, escucha, huele o prueba es más exacto que registrar lo que se interpreta. (80).

2.1.2. ENTREVISTA

El tipo de entrevista que se utilizará en el proceso de atención de enfermería será estructurada ya que con esta técnica se cuenta con instrumentos de captación, por tanto resulta más precisa, concreta y objetiva.

La enfermera estructurará una entrevista que tenga una secuencia lógica en las preguntas, que sea intencionada, de tal manera que resulte objetiva y permita respuestas concretas (81).

La enfermera utilizará la entrevista para animar al paciente a que exprese sus ideas, sus sentimientos y los hechos que permiten identificar sus necesidades inmediatas y a largo plazo. La enfermera se enfocará en el paciente y lo estimulará a que reconozca sus necesidades y sus metas. Procurará darle al paciente la oportunidad de encontrar la solución para satisfacer sus propias necesidades de salud.

La información así obtenida se incorporará al plan de cuidados de enfermería (82).

(80).- Janet W. griffith-Paula J. Chistensen, Proceso Atención de Enfermería, México, Editorial el Manual Moderna, 1ª edición 1992, pag. 36-37.

(81).- Luis Vázquez Camacho "El método científico en la investigación en las ciencias de la salud". Pag. 110. México 1989.

(82).- Merriner, Op. cit. Pag.26.

La enfermera escogerá el momento que sea más propicio para lograr una comunicación óptima, un momento en el que haya el mínimo de estímulos externos.

Concederá el tiempo suficiente a la exploración de los sentimientos, necesidades, metas y soluciones del paciente con el fin de identificar sus necesidades de salud.

Elegirá el sitio de la entrevista, tomando en cuenta las condiciones de color, ventilación, humedad, olor, ruido y mobiliario.

Mantendrá durante la misma un clima privado y confidencial; ya que privacidad física es deseable y puede contribuir a la privacidad psicológica.

Mostrará interés en el paciente y sus problemas, transmitiéndole la seguridad de que el paciente es lo único que importa durante la entrevista. tratará al paciente como persona que vale y tiene dignidad.

La enfermera no deberá concentrarse tanto en la guía de la entrevista que sea incapaz de escuchar las respuestas. Las preguntas deben ser preparadas de forma que fluyan con facilidad, y no deben ser tan formales que parezcan una actitud impersonal (83).

(83).- Merriner, Ann. Op. cit. Pag.26.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

La enfermera utilizara una serie de preguntas directas o abiertas que le permitirán al paciente hablar con libertad, y lo escuchara con atención.

La técnica de preguntas directas obliga al paciente a dar una respuesta, pero lo predispone a descubrir menos aspectos de sí mismo de los que podría revelar contestando preguntas abiertas.

Realizará la entrevista iniciando con preguntas relativamente generales, seguidas de preguntas cada vez más específicas; evitará interpretar a su manera la respuesta del paciente.

La enfermera evitará preguntas ambiguas ya que cuando en una misma interrogante se hacen dos preguntas es probable que la respuesta sea confusa.

Evitará las preguntas con respuestas sí y no. Escuchará en forma adecuada para lograr una entrevista exitosa, una comunicación terapéutica y una conversación estimulante (84).

La entrevista consta de tres segmentos:

INTRODUCCION.

CUERPO.

CIERRE (85).

(84).- Merriner, Ann. Op. cit. Pag.26.

(85).- P.W. Jyer, B.J. Op cit. Pagina 54, 55, 56.

2.1.2.1. INTRODUCCION.

En la fase introductoria, profesional de enfermería y paciente comienzan a desarrollar una relación terapéutica. Su actitud profesional probablemente sea el factor más significativo en la creación de un ambiente en el que se pueda desarrollar una relación positiva. Su enfoque debe transmitir respeto por el cliente; por tanto, sería conveniente compartir introducciones.

2.1.2.2. CUERPO.

Durante esta segunda parte de la entrevista, enfoque el dialogo sobre áreas concretas dirigidas a obtener los datos necesarios. Habitualmente esto comienza con el principal motivo de queja del cliente, añadiéndose después otras áreas como la historia medica pasada, la historia familiar y los datos religiosos y culturales.

2.1.2.3. CIERRE.

Es la fase final de la entrevista.

La enfermera intentara terminar la entrevista en forma que transmita afecto y agradecimiento (86).

2.1.3. EXAMEN FISICO DE ENFERMARIA.

La exploración profesional de enfermería se concentra en la mayor definición de la respuesta del cliente al proceso de la enfermedad, especialmente aquellas respuestas susceptibles a las intervenciones de enfermería (87)

(86).- P.W. Iyer. Op cit. Pagina 54, 55, 56.

(87) .- Vázquez Camacho Op cit. Pag. 110.

El establecimiento de los datos básicos para la evaluación de la eficacia de las intervenciones de enfermería.

Comprobación de los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista o cualquier otra interacción profesional de enfermería cliente.

2.1.3.1. TECNICAS DE EXPLORACION FISICA.

Para la realización de la exploración física la enfermera utilizara cuatro técnicas concretas que son:

- INSPECCION.
- PALPACION.
- PERCUSION.
- AUSCULTACION.

A través de la exploración visual la enfermera determinara estados o respuestas normales y anormales.

Por medio de la palpación determinara características de las estructuras del organismo.

Al utilizar la percusión buscara producir sonidos en busca de patologías

Con el oído o un estetoscopio llevara a cabo la auscultación.

(88).- P.W. Iyer, B.J. Op. cit. Pagina 42, 43.

2.1.4. HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA.

Con este instrumento se podrán obtener los datos importantes de el padecimiento específico y general, y del estado psicológico y socioeconómico del paciente, para definir y jerarquizar sus problemas.

Elaborar una historia clínica a través de la entrevista con el paciente le proporciona a la enfermera la oportunidad de establecer una relación enfermera-paciente positiva, de obtener información sobre el paciente y de observar el estado y comportamiento de éste. La historia clínica de enfermería es un registro escrito de la información sobre el paciente. Facilita los datos sobre los que se valoran los problemas actuales y potenciales del paciente y es la base para planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería. La enfermera debe estar capacitada para recopilar la información con rapidez, evitando duplicar la información ya recogida por otros miembros del equipo de salud.

La historia clínica de enfermería es un registro escrito de la información acerca del paciente. Facilita los datos sobre los que se valoran los problemas reales y potenciales del paciente y es la base para planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería.

La enfermera debe estar capacitada para recopilar la información con rapidez, evitando duplicar la información ya recogida otros miembros del equipo de salud.

Cierta información puede registrarse al lado del paciente encamado; después pueden añadirse otros datos (89).

(89).- Merriner, Ann. Op cit. Pag.26-45.

LAS FUENTES DE INFORMACION QUE SE UTILIZARAN EN EL PRESENTE TRABAJO SERAN:

- NOTAS DE ENFERMERIA.
- VISITAS DE ENFERMERIA.
- INFORMES DE CAMBIO DE TURNO.
- KARDEX.
- REGISTROS MEDICOS.
- RESULTADOS DE PRUEVAS DIAGNOSTICAS.
- SISTEMAS COMPUTALIZADOS.
- EL PACIETE Y SU FAMILIA.
- LIBROS Y REVISTAS.
- EXPERTOS.
- LA ENFERMERA.
- EXPEDIENTE CLINICO DELPACIENTE.

2.2. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

El diagnostico de enfermería según la ANA (Asociación Americana de Enfermería) es una etapa mas del Proceso Atención de Enfermería, en el presente trabajo estará incluido en la valoración.

En esta etapa del proceso, la enfermera realizara el análisis, síntesis e interpretara de forma crítica los informes reunidos durante la valoración, mismos que le llevarán a emitir un juicio para así identificar necesidades, problemas de salud, preocupaciones y respuestas humanas del paciente. Se identificaran los diagnósticos de enfermería que proporcionaran un foco central para el resto de las fases. Se diseñara un plan de cuidados basado en él diagnóstico de enfermería, que se ejecutaran y se evaluara (90).

(90).- Rosalinda Alfaro-Lefevre, MSN, RN. Op.cit. Pagina 4.5.

Para la elaboración de los diagnósticos de enfermería se utilizarán las taxonomía de la NANDA en la que se recogen aquellos problemas que las enfermeras pueden identificar, validar y tratar de forma independiente.

Los diagnósticos estarán agrupados en nueve patrones de respuesta humana.

Intercambio.

Comunicación.

Relaciones.

Valores.

Elección.

Movimiento.

Percepción.

Conocimientos.

Sentimientos.

Estos patrones expresan las interacciones que se producen entre la persona y su entorno en todas las etapas de su ciclo vital y en cualquier situación.

Los diagnósticos que se utilizarán en el presente trabajo serán en REALES y POTENCIALES

2.2.1 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA REAL.

Un diagnostico de enfermería real representa un estado que ha sido clínicamente válido mediante características definitorias principales identificables. Este tipo de diagnostico de enfermería tiene cuatro componentes: (91)

(91).- L.J. Carpenito. Op cit. Pagina 3-46.

2.2.1.1. ENUNCIADO.

El enunciado debe ser descriptivo de la definición del diagnóstico y de las características que lo definen. Siempre que sea posible, debe contener un calificador preciso, como alteración, deterioro, déficit, inefectivo o disfuncional en lugar de un modificador más vago y subjetivo, como inadaptado, escaso o inadecuado. El termino real no forma parte del enunciado de un diagnostico de enfermería real.

2.2.1.2 CARACTERISTICAS QUE LO DEFINEN.

En un diagnostico de enfermería real, las características que lo definen hacen referencia a los datos clínicos (signos subjetivos y objetivos, o síntomas) que, en conjunto, apuntan a ese diagnóstico.

- principales.
- Secundarias.

2.2.1.3. FACTORES RELACIONADOS.

En los diagnósticos de enfermería reales, los factores relacionados son factores etiológicos y otros factores concurrentes que han influido en el cambio de estado de salud. Dichos factores pueden agruparse en cuatro categorías; fisiopatológicos (biológicos o psicológicos), relacionados con el tratamiento, de situación (ambientales o personales) y de maduración.

2.2.2. DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA CON ALTO RIESGO.

Según lo definió la NANDA un diagnóstico de enfermería de alto riesgo es un juicio clínico de que un individuo, una familia o una comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. En el pasado todos los diagnósticos de enfermería potenciales comenzaban con la frase potencial de, actualmente todos los diagnóstico de enfermería potenciales comienzan por Alto riesgo de.

2.2.2.1 ENUNCIADO.

En un diagnóstico de enfermería de alto riesgo, la descripción concisa del estado de salud alterado del cliente va precedido por el término Alto riesgo.

2.2.2.2. DEFINICION.

Como en un diagnóstico de enfermería real, en un diagnóstico de enfermería de alto riesgo la definición expresa un significado claro y conciso del diagnóstico. Esta debe ser conceptual y coherente con la denominación y los factores de riesgo, para permitir diferencia entre diagnósticos similares.

2.2.2.3. FACTORES DE RIESGO.

Los factores de riesgo para los diagnósticos de enfermería de alto riesgo representan situaciones que aumentan la vulnerabilidad de un cliente o grupo.

2.2.2.4.- FACTORES RELACIONADOS.

Son situaciones o condiciones causantes de la aparición del diagnóstico. Tales pueden ser descritos como:

antecedente de .

asociado con.

Relacionado con .

Contribuyente a .

Provocado (92).

(92).- L.J. Carpenito. Op. cit. Pagina 3-46.

Cuando el diagnóstico es POTENCIAL no existen características definitorias y los factores relacionados se les denomina FACTORES DE RIESGO(90).

2.2.3. SE UTILIZARAN LAS SIGUIENTES BASES PARA LA FORMULACION DE DIAGNOSTICOS.

Teniendo en cuenta los diferentes tipos o clases de diagnósticos descritos, existen distintas formas de enunciarlos:

1.- Cuando el diagnóstico que se pretende formular es un Diagnóstico Real, se enunciará escribiendo primero el nombre o etiqueta diagnóstica, relacionado con la etiología o factor relacionado contribuyente y manifestado por las características definitorias mayores y menores observadas.

2.- Si el Diagnostico identificado se define como un DIAGNOSTICO POTENCIAL, la forma de enunciarlo sería citando primero el nombre o etiqueta diagnóstica precedido de la palabra <potencial> y relacionado con la etiología o factor relacionado contribuyente.

V. HENDERSON trabaja exclusivamente el concepto de persona como ser individual que a su vez interactúa con otros individuos en la familia y en otros grupos. Así podría parecer que los diagnósticos de la NANDA relativos al funcionamiento de la familia como grupo, no tendrían cabida si se utiliza el modelo de Henderson. Sin embargo, si se considera a cada persona perteneciente al grupo familiar como persona individual, si puede ser trabajado desde el punto de vista de la autora, aun cuando la repercusión –positiva o negativa- de su comportamiento tenga incidencia en otros miembros de la familia (93).

(93).- Carmen Fernández Ferrín;Op. cit. Pag. 42-43.

2.3. PLANEACION.

Durante esta fase la enfermera elaborará los objetivos y las acciones diseñadas a reforzar las respuestas del paciente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del paciente enfermo, identificadas en el diagnóstico de enfermería.

Los objetivos indicarán lo que será capaz de hacer el paciente como objetivo de las acciones de enfermería.

Las intervenciones de enfermería describirán la forma en que el profesional de enfermería puede ayudar al cliente a conseguir los objetivos (94).

CONSTA DE CUATRO ETAPAS.

ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES.

ELABORACION DE OBJETIVOS.

DESARROLLO DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.

DOCUMENTACION DEL PLAN (95)

Una vez que la enfermera identifique las capacidades y problemas, se comienza a trabajar con el paciente (y familia) para desarrollar un plan de acción que reducirá o eliminará los problemas y promoverá la salud.

La fase de planeación del proceso de enfermería comienza con el diagnóstico de enfermería, que se efectúa recabando y evaluando datos que tienen repercusiones sobre las actividades de enfermería (96).

(94).- Rosalinda Alfaro. Op cit. Pagina 4,5.

(95).- P.W. Iycr, Op. cit. Pagina 157, 158, 159.

(96).-Merriner, Ann. Op cit. Pag.26.

Una vez identificadas las necesidades del paciente, se clasificarán en un orden de prioridad que establezca preferencias para la distribución del trabajo de enfermería (97).

2.3.1. ETAPA UNO: ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES.

En este momento la enfermera se preguntará:

¿Qué problemas necesitan atención inmediata? ¿Qué problemas deben abordarse en el plan de cuidados? ¿Qué problemas deben derivarse? (98).

Llevará a cabo una meticulosa valoración de enfermería que le permita identificar numerosas respuestas reales o potenciales del paciente que exigen una actuación de enfermería.

El mecanismo más habitual para el establecimiento de prioridades y que se desarrollara en el presente proceso es la jerarquía de necesidades, desarrollada por Maslow (1943) y modificada por Kalish (1983), la cual contiene las siguientes necesidades:

NECESIDAD DE SUPERVIVENCIA.

NECESIDAD DE ESTIMULACION.

SEGURIDAD.

AMOR Y PERTENENCIA.

AUTORREALIZACION (99).

(97).- Merriner, Ann. Op. cit. Pag.26.

(98).- Rosalinda Alfaro-Lefevre, MSN, RN. Op cit. Pagina 4.5.

(99).- P.W. Iyer, B.J. Op. cit. Pagina 157, 158, 159.

2.3.2. ETAPA TRES: DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE ENFERMERIA.

Las intervenciones de enfermería serán estrategias concretas diseñadas para ayudar al paciente a conseguir los objetivos. Se basarán en el factor o factores identificados en las exposiciones de diagnósticos de enfermería.

TIPOS DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.

Las intervenciones de enfermería serán interdependientes o independientes.

INTERVENCIONES INTERDEPENDIENTES.

Definen las actividades que el profesional de enfermería realiza en cooperación con otros miembros del equipo de atención sanitaria.

INTERVENCIONES INDEPENDIENTES.

Actuaciones independientes son las actividades que pueden llevar a cabo los profesionales de enfermería sin una indicación del médico. El tipo de actividad que el profesional de enfermería puede ordenar de forma independiente están definidas por los diagnósticos de enfermería. Estas son las respuestas que el profesional de enfermería está autorizado a tratar en virtud de su educación y su experiencia (101).

(102).- P.W. Iyer, B.J. Op. cit. Pagina 187-197.

2.3.4. ETAPA CUATRO: DOCUMENTACION DEL PLAN.

En esta etapa realizara el registro de los diagnósticos de enfermería, de los objetivos y de las intervenciones de una forma organizada. Esto se consigue mediante la documentación del plan de cuidados.

2.3.4.1. DEFINICON.

Teniendo en cuenta que el plan de cuidados es un método de comunicación de la información importante sobre paciente. El formato del plan ayuda a procesar la información obtenida durante las fases de valoración y de diagnóstico.

El plan sirve de centro receptor cuando lo utiliza para documentar los resultados de la fase de planificación; Facilita la comunicación mediante la identificación de la información oportuna. También proporciona un mecanismo para la evaluación de los cuidados prestados. El desarrollo de planes de cuidados adecuados exige habilidades de valoración, diagnósticas, de razonamiento crítico y de comunicación.

OBJETIVOS.

El plan de cuidados le servirá como anteproyecto para dirigir las actividades de enfermería hacia el cumplimiento de las necesidades de salud del paciente. Proporcionará un mecanismo para la prestación de una atención constante y coordinada y se utilizará como instrumento de comunicación entre los profesionales de enfermería y otros miembros del equipo de atención sanitaria. Además, proporcionará unas normas para la documentación de las notas de las enfermeras y para la evaluación de la eficacia de los cuidados (102).

(102).- P.W. Iyer, B.J. Op cit. Pagina 228-267.

2.3.4.1.CARACTERISTICAS.

Tendrá siempre presente que, los planes de cuidados tienen ciertas características deseables que tomará en cuenta, como son:

- Están escritos por enfermeras tituladas universitarias.
- Son iniciados después de la primera interacción con el paciente.
- Fácilmente accesibles.
- Actual.

2.4. EJECUCION.

La enfermera pondrá en juego todo su profesionalismo para la aplicación real de la atención y será ese el comienzo del plan de cuidados de enfermería para conseguir objetivos concretos

En esta etapa se llevarán a cabo las prescripciones del médico y se seguirán las costumbres del hospital así como se ejecutan las prescripciones de enfermería.

La ejecución del plan de cuidados de enfermería contribuirá a un cuidado completo, ya que este considera los aspectos biosicosociales del paciente.

La fase de ejecución comienza después de haberse desarrollado el plan de cuidados y está enfocado en el inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al cliente a conseguir objetivos deseados. Se ejecutan intervenciones de enfermería concretas para modificar los factores que contribuyen al Problema del paciente.

El paciente y su familia deberán participar en la planeación del cuidado, ya que son fuentes clave de información y su compromiso en la planeación aumentará la probabilidad de su cooperación con la ejecución.

La fase de ejecución comienza después de haberse desarrollado el plan de cuidados y está enfocado en el inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al cliente a conseguir objetivos deseados. Se ejecutan intervenciones de enfermería concretas para modificar los factores que contribuyen al Problema del paciente.

La ejecución se lleva a cabo en tres etapas:

- 1.- PREPARACION.
- 2.- INTERVENCION.
- 3.- DOCUMENTACION.

2.4.1. ETAPA 1: PREPARACION.

En la primera etapa de la fase de ejecución le exige que se prepare para comenzar las intervenciones de enfermería, esta preparación consiste en una serie de actividades, cada una de las cuales exige el uso del razonamiento crítico:

1.- Revisión de las intervenciones de enfermería para asegurarse de que son compatibles con el plan de cuidados establecido.

Antes de la presentación la enfermera revisará el plan de cuidados. Esto le permitirá determinar si las intervenciones son suficientes para el paciente y si son compatibles con las intervenciones de enfermería.

2.- Análisis del conocimiento de enfermería y de las habilidades necesarias.

Después de revisar las intervenciones en el plan de cuidados, la enfermera identificará el nivel de conocimientos y tipos de habilidades exigidas para la ejecución. Determinará si tiene el conocimiento necesario y si puede poner en práctica las habilidades o los recursos que necesitará para presentar los cuidados.

3.- Reconocimiento de las complicaciones potenciales asociadas a actividades de enfermería concretas.

El inicio de determinados procedimientos de enfermería puede llevar consigo riesgos potenciales para el cliente. La enfermera necesitará conocer las complicaciones más habituales asociadas a las actividades específicas en las intervenciones de enfermería del paciente.

4.- Proporcionar los recursos necesarios.

En el momento de prepararse para iniciar una intervención de enfermería, hay que tener en cuenta algunas cuestiones acerca de los recursos, como son el tiempo, el personal profesional y el material.

5.- Preparación de un entorno seguro que conduzca a los tipos de actividades necesarios.

La ejecución con éxito de las intervenciones de enfermería exige un entorno en el que el cliente se sienta cómodo y seguro.

2.4.2. ETAPA 2: INTERVENCION.

El enfoque en la fase de ejecución es el inicio de las intervenciones de enfermería diseñado para cubrir la mayor parte de las necesidades físicas o emocionales del paciente (105).

(105).- P.W. Iyer, B.J. Op.cit. Pagina 228-267

El razonamiento crítico es una parte integrante de la ejecución. El profesional de enfermería que utiliza el razonamiento crítico para ejecutar los cuidados de enfermería está constantemente anticipando problemas, revisando el enfoque de los cuidados, según las respuestas del cliente y resolviendo problemas para superar obstáculos (106).

2.4.3. ETAPA 3: DOCUMENTACION.

La ejecución de intervenciones de enfermería debe ir seguida de una documentación completa y exacta de los acontecimientos que tienen lugar en esta etapa del Proceso de Enfermería .

Durante esta etapa se pondrá el plan en acción, lo que implica las siguientes actividades:

1.- Valorar el estado actual del paciente.

¿El plan de cuidados escrito continúa siendo el apropiado? ¿Hay nuevos problemas? ¿Hay algún cambio que requiera una modificación en el plan?

2.-Realizar las intervenciones y actividades prescritas durante la fase de planificación.

3.- Seguir valorando al paciente.

Determinar las respuestas iniciales a sus acciones. ¿Cuál ha sido la respuesta? ¿Es la que se esperaba? ¿Hubo alguna variación? ¿Tiene que cambiar algo? Para introducir cambios no tiene que esperar al momento fijado formalmente para la evaluación si es obvio que debe hacerlos hoy (107).

(106).- P.W. Iyer, B.J. Op cit, Pagina 228-267.

(107).- Rosalinda Alfaro-Lefevre, MSN, RN. Op. cit. Pagina 4,5.

4.- Comunicar y anotar.

Comunicar cualquier cambio que pueda indicar la necesidad de tratamiento adicional. Anotar las actividades de enfermería, la respuesta del paciente y otros datos significativos de valoración. Una sola enfermera no estará allí las 24 hrs del día y las demás enfermeras como profesionales de la salud necesitan conocer cómo evoluciona el paciente y como está actuando el plan de cuidados .

2.5. EVALUACION.

Es la última etapa del proceso de enfermería. Es un proceso continuo para determinar en que medida se han alcanzado los objetivos y se produce siempre que el profesional de enfermería interacciona con el cliente.

La enfermera y el paciente deberán decidir si el plan ha sido eficaz y si hay que hacer algún cambio.

En esta, la enfermera valorara:

- 1.- El progreso del paciente hacia los objetivos de salud.
- 2.- La calidad de atención que recibe la paciente en una institución hospitalaria.
- 3.- La calidad de la atención de enfermería individual a través de la autoevaluación, así como el desempeño personal completo (108).

(108).- Rosalinda Alfaro-Lefevre, MSN, RN. Op. cit. Pagina 4.5.

Es la última etapa del proceso de enfermería. Es un proceso continuo para determinar en que medida se han alcanzado los objetivos. La enfermera y el paciente deben decidir si el plan ha sido eficaz y si hay que hacer algún cambio.

La enfermera se responderá las siguientes preguntas:

¿Ha aparecido algún problema nuevo?

Hay nuevas prioridades de cuidados que requieren objetivos distintos?

¿Se han alcanzado los objetivos que se habían fijado durante la fase de planificación?

¿Podría haber avanzado más de lo previsto en un principio? ¿Debería fijar nuevos objetivos?

¿Qué es lo que ha hecho que el plan funcionase?

¿Podía haberse hecho alguna otra cosa para facilitar el plan?

¿Reconoce que ha habido logros?

Ha reforzado con éxito las estrategias de autocuidado?

¿Han logrado los objetivos sólo parcialmente o no los han logrado en absoluto? En tal caso, ¿por qué no los han logrado?

¿Los objetivos eran realistas?

¿El paciente estaba de acuerdo con ellos?

¿Aun son importantes los objetivos?

¿Ha tenido tiempo suficiente?

¿Han surgido otros problemas que le hayan impedido progresar?

¿Se prescribieron las intervenciones adecuadas?

¿Se realizaron las intervenciones tal como estaban prescritas?

¿Qué cambios va a introducir? (109).

(109).- Rosalinda Alfaro-Lefevre, MSN, RN. Op. cit. Pagina 4.5.

CAPITULO III.

APLICACIÓN DEL **PROCESO ATENCION** **DE ENFERMERIA.**

El PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA que a continuación se expone fue desarrollado en una paciente con preeclampsia grave en el área tococirugía del hospital central militar.

3.1. VALORACION DE ENFERMERIA.

3.1.1. OBSERVACION

SENSIBILIDAD.- responde a estímulos en forma adecuada.

ESTADO MENTAL. Consciente, alerta y con una respuesta rápida al medio ambiente.

ESTADO EMOCIONAL. Se observa ansiosa, preocupada, temerosa.

COMUNICACIÓN. Adecuada, habla claramente, no le es difícil comunicarse.

FUNCIONES NEUROLOGICAS: Reflejos osteotendinosos tres cruces.

NIVELES DE CONCIENCIA.

Se observa orientada en tiempo, lugar y persona.

TONO MUSCULAR.

Se encuentra presente.

MEMORIA.

Existe capacidad para recordar hechos pasados y reciente.

MARCHA.

Su deambulación es normal, no se observa claudicación, mantiene el equilibrio, postura de pie.

CRISIS CONVULSIVAS, TEMBLORES, VERTIGOS.

No se observan.

REACCIONES PUPILARES.

Refiere molestias por la presencia de luz.

DEFICIENCIAS DE NERVIOS CRANEALES:

GUSTO. Distingue todos los sabores.

AUDICION. Sensible a los sonidos, escucha bien.

VISION. Agudeza visual normal, no hay necesidad de usar lentes.

OLFATO. No se observa dificultad para distinguir los olores.

TACTO. Sensible al tacto.

FUNCION RESPIRATORIA:

Frecuencia respiratoria 18 por minuto, ruidos respiratorios normales.

FUNCION CARDIOVASCULAR:

Presión arterial 180/110.

TEGUMENTOS.

Con buena coloración, aseada, integra, unas cortas, edema de Ms. Is. la lengua se observa con un tono rosado blanquesino y poco hidratada

FUNCION GASTROINTESTINAL.

NUTRICIONAL. Ingiere alimentos tres veces al día incluyendo en ellos carnes, frutas y verduras, con aproximadamente litro y medio de agua al día.

ELIMINACION.

Patrón de defecación bueno realizando una evacuación diaria.

FUNCION URINARIA.

La considera normal, proporcional al consumo de líquidos 4-5 veces al día.

3.1.2. ENTREVISTA DE ENFERMERIA

DATOS GENERALES DE LA PACIENTE.

NOMBRE: María Luisa Hernandez Pérez EDAD. 25 AÑOS.
SEXO: Femenino ESTADO CIVIL: Casada.
OCUPACION: Labores del hogar. RAZA: mestiza
NACIONALIDAD: Mexicana. IDIOMA: Español.
RELIGION: Católica. NIVEL DE EDUCACION: secundaria.
ESTADO FINANCIERO EN RELACION CON LA ASISTENCIA: Es
derechohabiente de militar y cuenta con seguro médico.

DATOS BASICOS ESPECIFICOS DE LA SALUD ENFERMEDAD **VALORACIÓN PSCOSOCIAL.**

a) PERCEPCION DE ENFERMEDAD Y HOSPITALIZACION.

1. ¿Cómo describe usted su salud general?

Buena.

2. ¿Por qué solicitó la admisión en el hospital?

Acudí al hospital por que empece con dolores en el vientre y
pienso que ya va ha nacer mi bebé.

3. ¿Cuál es la causa y posible tratamiento de su enfermedad?

No entiendo bien por que me hacen tantas cosas.

4. ¿Cómo empezó su enfermedad?

Como a las 6 de la mañana empece con cólicos que cada vez se
han hecho más fuertes.

5. ¿Cómo se encuentra usted?

Con dolor de parto apenas y los aguanto, me siento angustiada porque no sé lo que va a pasar tanto a mí y como a mi bebé

6. ¿Cuáles son sus expectativas?

Quiero salir bien por mi hijo, ya que me han comentado que este padecimiento es muy delicado, estoy un poco asustada.

7. ¿Cuál es el papel de su familia y amigos?

Mi familia se encuentra lejos ya que mi esposo se vino a trabajar para acá, él me ayuda pero no siempre puede estar conmigo, le voy a pedir a mi mamá que se venga para que me ayude.

8. ¿Cómo cuidada su salud?

Yo creo que bien, aunque no le tengo mucha confianza a los doctores por lo que no fui a consultas en mi embarazo.

9.- ¿Cuida su salud?

¿Cuidado dental?

Siempre he lavado mis dientes tres veces al día.

¿Qué alimentos acostumbra comer?

Normalmente como de todo, pero en mi embarazo deje de comer carne de res y puerco porque me dan vómito, como bien las frutas, verduras, carne de pescado y de pollo, pan y tortillas, me compre unas pastillas de hierro las cuales me recomendó una vecina que tomará y me hicieron mucho bien.

¿Fuma o toma bebidas alcohólicas?

no.

¿Hace ejercicio? ¿Con que frecuencia?

Antes me gustaba correr, por que mi esposo hace ejercicio ahora solo camino un poco por las tardes lo cual deje de hacer hace un mes porque me sentía cansada.

¿Qué actividades de recreación realiza?

Veo la televisión.

¿Qué exámenes médicos acostumbra?

Ninguno, pero me hicieron el PAP cuando fui a la primer consulta y me hicieron unos estudios, que solo recuerdo el resultado del examen de orina.

¿Se ha vacunado contra el tétanos?

No.

b) ANTECEDENTES Y DATOS DIVERSOS.

1. ¿Qué enfermedades previas ha padecido?

Sarampión y varicela .

2. ¿Cuántas hospitalizaciones previas ha tenido?

Ninguna.

3. ¿Tenia usted dudas respecto a esta admisión al hospital?

No.

4. ¿Hay alguna otra situación que en este momento le preocupe, aparte de su enfermedad u hospitalización?

Me vine al hospital y no pude avisarle a mi esposo ya que había salido de comisión.

C) MEDIDAS DE SEGURIDAD Y COMODIDAD.

1. ¿Tiene alguna molestia?

Los cólicos son cada vez más intensos y mas frecuentes.

2. ¿Esta usted cómoda, le falta algo que le pueda proporcionar?

Quisiera que me quitaran los cólicos.

3. ¿Qué pueden hacer las enfermeras para que usted se sienta cómoda y segura durante su hospitalización?

Que estén pendientes de lo que necesito y que no me dejen mucho tiempo a solas ya que el hospital me provoca angustia.

d) PATRON NUTRIMENTAL METABOLICO:

1. ¿Cómo es su apetito?

Bueno.

2. ¿Acostumbra tomar líquidos suficientes?

Tomo litro y medio diario.

3. ¿Ha padecido náuseas vómitos al ingerir algún alimento?

Al principio del embarazo muchas cosas me daban náuseas pero ahora solo la carne de cerdo y res.

4. ¿Qué alimentos prefiere y cuales son los que rechaza?

Me gusta mucho la fruta.

5. ¿Ha variado su peso?

He subido 18 kilogramos en mi embarazo.

6. ¿Cuál es el estado de sus dientes?

Bueno.

e). PATRON DE ELIMINACION:

1. ¿Cuál es su habito para defecar y con que característica?

En mi embarazo hago diariamente sin dificultad.

2. ¿Sufre de estreñimiento o diarrea?

No

3. ¿Padece hemorroides?

No

4. ¿Cómo esta orinando?

Bien.

¿Con dolor?

No.

f). PATRON DE ACTIVIDAD EJERCICIO

1. ¿Qué actividades realiza diariamente?

Me levanto temprano para hacer el desayuno para mi esposo, hago el aseo, salgo a comprar cosas para la comida, me gusta tejer en mis ratos libres cuando termino mis labores.

2. ¿Hace ejercicio y con qué frecuencia?

Por mi embarazo acostumbro solo caminar un poco por las tardes.

3. ¿Existe limitación en su capacidad física?

Este ultimo mes ha sido un poco pesado ya que me canso y siento que me hace falta el aire cuando camino de más.

g). PATRON DE REPOSO SUEÑO

1. ¿A que hora se acuesta?

A las diez de la noche.

2. ¿Cuántas horas duerme?

10 hrs.

3. ¿Se duerme inmediatamente al acostarse o no puede dormir?

Ultimamente me despierto con mucha frecuencia ya que me es incómodo por mi barriga que esta tan grande.

h). RELACIONES CON OTRAS PERSONAS: NECESIDADES PSCOSOCIALES.

1. ¿Qué personas son importantes para usted?

Mi esposo y mi madre.

2. ¿Sabén sus familiares y amigos que se encuentra usted en el hospital?

No

3. ¿Desea que nos comuniquemos con alguna persona o familiar?

Con mi esposo ya que no sabe que estoy aquí y anda fuera de su lugar de trabajo

4. ¿Cómo se lleva con su familia?

Mi relación con mi esposo es buena, pero no me quiere su familia.

5. ¿Qué papel desempeña dentro de su hogar?

El de esposa y futura madre.

6. ¿Tiene dificultad para comunicarse o entender a otros?

Considero que me doy a entender y trato de comprender a los demás.

7. ¿Ha habido cambios en sus relaciones sexuales debido a su enfermedad?

Al principio no variaron mucho pero estas últimas semanas me es incomodo por mi embarazo.

8. ¿Qué hace cuando esta bajo tensión?

Solo me pongo así cuando él esta fuera y me da por comer mucho.

i). CREENCIAS RELIGIOSAS ´

1. ¿Profesa alguna religión? ¿Cual?

Si, católica, creo en Dios padre y su hijo, también en la virgen María.

2 ¿relacionado con su religión que actividades realiza?

No voy muy seguido a misa, más bien solo cuando son los días grandes como la temporada navideña y semana santa.

3 ¿Relacionado con su religión desea alguna cosa?

No.

4.- Que impacto tiene su religión sobre la enfermedad?

Solo le pido a Dios que todo salga bien y que no le pase nada a mi bebé. (110).

(110).- Sholtis Brunner Lilian/Smith Suddarth Doris, Enfermería medioc quirurgica, cuarta edición, nueva editorial interamericana S:A: de C:V:: MéxicoD:F: 1983, paginas 46/47.

3.1.3. EXAMEN FISICO DE ENFERMERIA.

INSPECCION.

Paciente que se encuentra en la tercera década de la vida, la edad que aparenta concuerda con la cronológica. De complexión delgada, se observa útero ocupado con LCF audible, de complexión mediana con un peso de 73 kilogramos y una talla de 1.62 cms., frecuencia respiratoria 18 respiraciones por minuto, con frecuencia cardíaca de 96 y una presión de 150/110, se observa consiente, orientada en sus tres esferas.

MOVIMIENTOS CORPORALES.

Normales.

NUTRICION.

Piel de buena coloración, mucosas un tanto deshidratadas, sin datos de desnutrición.

CARACTERISTICAS DEL LENGUAJE.

Su lenguaje es fluido claro, no tiene dificultad para comunicarse.

TEMPERATURA CORPORAL.

De 36.2. dentro de los parámetros normales

ASPECTO EMOCIONAL.

Esta temerosa por lo que le puede pasar a su bebé, siente que corre peligro por que se le ha explicado lo delicado de su padecimiento, esta muy nerviosa, tiene mucho miedo del parto, refiere dolor por la contracción y en el sitio de la punción del CVC, la sonda de foley le molesta.

...
ELEMENTOS FUNDAMENTALES DE INSPECCION, PALPACION,
PERCUSION Y AUSCULTACION DE ORGANOS, APARATOS Y
CAVIDADES CORPORALES.

CABEZA.

Cabeza redonda de tamaño normal, simétrica, no se palpan protuberancias. Cabello corto, bien implantado sin datos de infección.

CARA.

Discreto edema en párpado superior.

EXPLORACION DE CUELLO.

Simétrico, no se palpan masas no existen adenomegalias, pulso carotideo dentro de los limites normales.

EXPLORACION DE LOS OJOS.

No se observa infecciones, manifiesta agudeza visual normal, refiere molestia con la luz.

EXPLORACION DEL OIDO.

Membranas timpánicas integra, con la cantidad de cerumen normal.

EXAMEN DE LA BOCA.

Mucosas un poco deshidratadas, lengua blanquesina rosada poco hidratada, no hay lesiones, piezas dentarias sin lesiones.

EXAMEN DE TORAX Y PULMONES.

TORAX.

Se observa simétrico con movimientos y ruidos respiratorios normales campos pulmonares limpios y bien ventilados.

EXPLORACION DE LAS MAMAS.

Mamas de gestante.

EXPLORACION DEL APARATO CARDIOVASCULAR.

CON T/A DE 150/110. Pulso de 95.

EXPLORACION DE ABDOMEN.

Se encuentra abdomen globoso a expensas de útero grávido ocupado por producto único vivo, longitudinal cefálico, dorso a la derecha con un peso aproximado de 2800 grs., látido cardíaco fetal 140 por minuto, actividad uterina de 2 contracciones en 10 minutos, con una intensidad de (++).

EXPLORACION GENITOURINARIO.

Vulva y vagina de gestante sin alteraciones, cervix medio blando con 3 cm. de dilatación y 80 por ciento de borramiento, estación -3, membranas integra, bishop de 5.

EXAMEN NEUROLOGICO.

Consciente, orientada en tiempo, lugar y persona, lenguaje fluido y claro, reflejos osteotendinosos tres cruces, resto sin alteraciones.

EXAMEN DE LAS EXTREMIDADES Y DEL SISTEMA MUSCULOESQUELETICO

Edema de miembros inferiores de (+++), demás sin complicaciones (111).

(111).- Sholtis Brunner, Op. cit. paginas 50.92.

3.1.4. HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA

NOMBRE.

EDAD. 25 años.

FECHA DE NACIMIENTO. 28 de agosto de 1973.

SEXO. Femenino.

ACUPACION. Labores del hogar.

ADMISION. 1 de abril de 1999

PROCEDENCIA. Urgencias de obstetricia.

FUENTE DE INFORMACION. Directa (paciente), indirecta Expediente clínico.

FIABILIDAD. 90%.

ACTIVIDAD DE REPOSO.

SUBJETIVO.

OCUPACION. Labores del hogar.

ACTIVIDADES HABITUALES. Las de cualquier ama de casa.

ACTIVIDADES EN EL TIEMPO LIBRE. Ver televisión, tejer y caminar.

QUEJAS DE ABURRIMIENTO. Cuando sale su esposo no encuentra muchas cosas que hacer y se aburre.

LIMITACIONES IMPUESTAS POR EL PROBLEMA. No va a poder levantarse de cama, lo que la hace dependiente de los demás para satisfacer sus necesidades.

SUEÑO. 10 hrs SIESTA. 1 hora. AYUDAS. ninguna.

INSOMNIO. no.

DESCANSADA AL LEVANTARSE. Ultimamente poco.

OBJETIVO.**OBSERVACION DE LA RESPUESTA A LA ACTIVIDAD:****CARDIOVASCULAR.** Pulsos presentes y de buena intensidad.**RESPIRATORIA.** Campos pulmonares limpios y bien ventilados.**ESTADO MENTAL.** Consciente, orientada.**VALORACION NEUROMUSCULAR.****MASA MUSCULAR/TONO.** Presente.**POSICION.** Decúbito dorsal.**TEMBLORES.** No.**GRADO DE MOTILIDAD.** Normal.**FUERZA.** Presente.**DEFORMIDADES.** Ninguna.**OTROS.** ninguno**ALIMENTOS LIQUIDOS. .****DIETA HABITUAL.** Blanda, toma mucho líquidos.**NUMERO DE COMIDAS.** 3.**ULTIMA COMIDA.** 20 hrs.**PATRÓN DIETETICO.** Carne pescado, pollo, leche huevo, cereales.**PERDIDA DEL APETITO.** No.**NAUSEAS/VOMITO.** No**ARDOR/INDIGESTION.** No.**INTOLERANCIAS ALIMENTARIAS.** Carne de res y cerdo.**PROBLEMAS DE LA DEGLUSION.** no**DENTADURA SUPERIOR.** En buen estado.**PESO HABITUAL.** 60 kgs.**USO DE DIURETICOS.** no

OBJETIVO.

PESO ACTUAL. 72 kgs

ALTURA. 1.62.

CONSTITUCION. Mediana.

TURGENCIA DE LA PIEL. Buena.

MEMBRANAS MUCOSAS. lengua rosa pálido con datos de deshidratación, piel en buen estado, labios sin abrasiones.

HERNIAS/MASAS. no

EDEMA GENERAL. no

EDEMA LOCALIZADO. Si, en miembros inferiores de +++, y en párpados superiores.

EDEMA POSTURAL. Sí.

EDEMA REIORBITARIO. Párpado superior de +

ACITIS. No.

DISTENSION DE LA VENA YUGULAR. no.

AUMENTO DE TIROIDES. no

HAITOSIS. No.

ESTADO DE LOS DIENTES. Bueno.

ASPECTO DE LA LENGUA. Blanquesina y rosada con datos de deshidratación.

RUIDOS INTESTINALES. Presentes.

RUIDOS RESPIRATORIOS. Normales.

GLUCOSURIAS. 104 mgrs. por dl.

CIRCULACION. T/A de 1100/110.

SUBJETIVO.

HISTORIA DE: .

HIPERTENCION. Madre.

PROBLEMAS CARDIACOS. No.

FIEBRE REUMATICA. No

EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES. Sí, de +++.

FLEBITIS. no

CICATRIZACION LENTA. No

CLAUDICACION. No.

OTROS. No.

EXTREMIDADES.

Superiores normales e inferiores con edema de +++...

TOS/HEMOPTISIS.- No.

CAMBIOS EN LA FRECUENCIA/CANTIDAD DE ORINA. no,

Al momento de su ingreso.

OBJETIVO.

T/A 160/110.

PRESION DEL PULSO. Ritmico.

AUSCULTACION DEL LATIDO.- 90 por minuto.

PULSO (PALPACION). CAROTIDEO. 90 por minuto.

TEMPORAL. 93 por minuto.

YUGULAR. 92 por minuto.

RADIAL. 90 por minuto.

FEMORAL. 88 por minuto

TIBIAL. 90 por minuto.

AUSCULTACION CARDIACA, ENFERMEDAD PREVIA.- Niega antecedentes.

RUIDOS CARDIACOS FRECUENCIA. 95 por minuto.

DISTENSION DE LA VENA YUGULAR.- no.

EXTREMIDADES. TEMPERATURA.- Normal.

COLOR.- Normal

LLENADO CAPILAR.- Normal.
VARICOSIDADES.- No existen.
UÑAS.- en buen estado.
PELO.- Corto y limpio.
LABIOS.- Con buena irrigación, un tanto secos.
LECHOS UNGEALES.- Rosadas.
CONJUNTIVA.- Limpia.
ESCLEROTICA.- Blanca.
DIAFORESIS.- Hasta el momento no.

DOLOR/BIENESTAR.

AL MOMENTO DE INGRESAR A TOCOCIRUGIA PRESENTA
DOLOR PRODUCTO DE LAS CONTRACCIONES DEL TRABAJO DE
PARTO

EDUCACION APRENDIZAJE.

SUBJETIVO.

LENGUA DOMINANTE. Español.
NIVEL DE EDUCACION. Secundaria.
PROBLEMAS DE APRENDIZAJE. Ninguno.
LIMITACIONES COGNOSITIVAS. Ninguno.
PRACTICAS ESPECIALES DEL CUIDADO DE LA SALUD.
Ninguno.

FACTORES FAMILIARES DE RIESGO.

Madre diabética e hipertensa.

CANCER.

Hermana con CACU in situ.

ENFERMEDADES.

Ninguna.

MEDICACIONES RECETADAS.

Amplicilina v.o. por IVU.

sulfato ferroso.

AUTOMEDICACION.- No

DROGAS. No

TABAQUISMO.- No

INGESTA DE ALCOHOL.- No

DIAGNOSTICO DE ADMISION (MEDICO): EMBARAZO DE 39 SEMS
COMPLICADO CON PREECLAMPSIA GRAVE.

MOTIVO DE LA HOSPITALIZACION.

EMBARAZO DE 39 SEMANAS EN TRABAJO DE PARTO, EN FASE
LATENTE COMPLICADO CON PREECLAMPSIA GRAVE.

ENFERMEDADES PREVIAS Y/O HOSPITALIZACIONES:

Infección de vías urinarias.

INTERVENCIONES QUIRURGICAS.

NUNGUNA.

ULTIMO EXAMEN MEDICO COMPLETO.

A LA SEMANA 23 DESPUES DE SU TRATAMIENTO PARA LA
IVU.

ELIMINACION.

SUBJETIVO.

HABITOS INTESTINALES.- Normales.

USO DE LAXANTES.- No

ASPECTO DE LAS ECES.- De consistencia Normal.

EVACUACION.- Diario.

HISTORIA DE HEMORRAGIA.- Ninguna.

HEMORROIDES.- No.

ESTREÑIMIENTO.- No hay.

Diarrea.-

HABITO URINARIOS.- Normales.

INCONTINENCIA.- No existe.

FRECUENCIA. 6 a 8 veces al día.

MICCIÓN IMPERIOSA.- No.

RETENCIÓN.- No.

ASPECTO DE LA ORINA.- Normal.

DOLOR/DIFICULTAD/ARDOR AL ORINAR.- No.

ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES RENALES Y DE
VEJIGA.- Infección de vías urinarias en la semana 20.

OBJETIVO.

ADOMEN SENSIBLE. Sí

BLANDO. Sí.

PALPACION DE MASAS.- Utero gestante.

PERIMETRO. 38cms.

RUIDOS INTESTINALES. Presentes.

PALPACION DE VEJIGA URINARIA. Vacía.

HIGIENE.

SUBJETIVO.

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.

Realiza él aseo de su hogar sin requerir de ninguna ayuda.

MOVILIDAD.

Independiente.

ALIMENTACION.

Independiente.

HIGIENE.

Buenos hábitos de limpieza personal.

VESTIDO.

De acuerdo con su embarazo.

MOMENTO PREFERIDO PARA EL BAÑO.

Por la noche.

· OBJETIVO.

ASPECTO GENERAL

Paciente con buena higiene general.

FORMA DE VESTIR.

Adecuada a su embarazo.

HABITOS PERSONALES.

Buenos.

OLOR CORPORAL.

Limpio.

ESTADO DEL CUERO CABELLUDO.

Limpio y corto.

PRESENCIA DE PARASITOS.

No existen.

INTEGRIDAD DEL YO.

SUBJETIVO.

COMUNICACIÓN DE FACTORES DE ESTRÉS.

Miedo por el proceso del trabajo de parto y angustia por su enfermedad.

FORMAS DE HACER FRENTE AL ESTRÉS.

Ella prefiere que no la dejen sola para sentirse más segura y que se le explique todo de su enfermedad y se le ayude en el parto.

ASUNTOS ECONOMICOS.

Con lo que gana su esposo se las arregla para ir la pasando.

ESTADO DE LAS RELACIONES.

Con su esposo se lleva muy bien, pero con su suegra no tiene buenas relaciones.

FACTORES CULTURALES.

RELIGION. Católica.

ESTILO DE VIDA. De nivel socioeconómico bajo.

SENTIMIENTOS DE.

Tiene miedo al parto, por lo que le puede pasar a su bebe y angustia por su enfermedad.

OBJETIVO.

ESTADO EMOCIONAL.

Ansiosa, temerosa, angustiada

RESPUESTA FILISOFICA OBSERVADA.

Confía en que Dios le va a ayudar a salir bien.

INTERACCION SOCIAL.

SUBJETIVO.

ESTADO CIVIL. Casada.

AÑOS DE RELACION. Dos.

VIVE CON. Su esposo.

PREOCUPACION/ESTRÉS. Le preocupa que su esposo y su familia no sepan que ella se encuentra en el hospital.

FAMILIARES. Viven VERACRUZ.

OTRAS PERSONAS QUE LE PUEDAN AYUDAR. No, solo su madre y esposo.

ESTRUCTURA FAMILIAR.

Su matrimonio casi empieza, su relación es estable, esperan al nuevo miembro con mucho entusiasmo, aunque su esposo no esta mucho con ella, procura ir a verlo a donde este trabajando para fortalecer su unión.

OTRAS PERSONAS DEPENDEN DE LA AYUDA DE LA PACIENTE. No.

COMO SE ORGANIZAN. En el hogar ella se encarga de las labores domesticas y él provee lo necesario.

FRECUENCIA DE LOS CONTACTOS SOCIALES.

Poca, su familia esta lejos.

TRABAJA ACTUALMENTE.

Trabajo remunerado no, pero se encarga de labores domésticas.

OBJETIVO.

HABLA CLARO. Sí.

INTELIGIBLE. Sí.

COMUNICACIÓN VERBAL, NO VERBAL CON LA
FAMILIA/CON OTRAS PERSONAS SIGNIFICATIVAS.

Sí, lleva buena comunicación.

NEUROSENSORIAL.

SUBJETIVO.

PERIODOS DE LIPOTIMIA/VERTIGO. No.

CEFALEAS. Las últimas tres semanas de su embarazo.

CONVULSIONES. Nunca.

VISION. Buena. En ocasiones ha visto manchitas de colores que dan
vuelta, esto le ha sucedido recientemente.

ULTIMO EXAMEN DE LA VISTA.

A su ingreso al hospital.

OIDOS. PERDIDA DE LA AUDICION. No.

ULTIMO EXAMEN DEL OIDO.

A su ingreso al hospital.

NARIZ/EPISTAXIS. Nunca ha tenido.

SENTIDO DEL OLFATO.

No se encuentra alterado.

OBJETIVO.

ESTADO MENTAL.

Orientada en tiempo lugar y persona, se encuentra alerta y se muestra
cooperadora.

ALUCINACIONES.

No existen.

EMOCIONES.

Se encuentra temerosa por el trabajo de parto y angustiada por su enfermedad, además esta preocupada por que no sabe su familia que ella está en el hospital.

MEMORIA RECIENTE.

Presente.

REMOTA.

Presente.

PATRON DE HABLA.

Correcto.

CONTENIDO.

Comunica el mensaje, existe congruencia.

REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS PROFUNDOS.

Existen, +++.

PARALISIS. No.

RESPIRACION.

SUBJETIVO

DISNEA. No se observa.

TOS/ESPUTO. No existe.

BRONQUITIS. No ha padecido.

ASMA. No.

TUBERCULOSIS/ENFISEMA. No.

NEUMONIA RECURRENTE. No.

EXPOSICION A GASES NOCIVOS. Nunca.

FUMADOR. No.

EMPLEO DE AYUDAS RESPIRATORIAS. No.

OBJETIVO.

FRECUENCIA RESPIRATORIA. 20 / MINUTO.

PROFUNDIDAD. Normal.

SIMETRIA. Sí.

EMPLEO DE MUSCULOS AUXILIARES. Sí se aprecia.

ALETEO NASAL. No se observa.

RUIDOS RESPIRATORIOS. Normales.

ACTIVIDAD MENTAL/INQUIETUD. Se encuentra inquieta, con temor y angustiada.

SEGURIDAD.

SUBJETIVO.

ALERGIAS/SENSIBILIDAD. No refiere.

ALTERACION PREVIA DEL SISTEMA INMUNOLOGICO.

No existe.

HISTORIA DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL.

No.

CONDUCTA DE ALTO RIESGO.

No existe.

PRUEBAS. Serología negativa, VDRL. Negativo.

TRANSFUCIONES SANGUINEAS. No.

ANTECEDENTES DE LESIONES/ACCIDENTES. No refiere.

PROBLEMAS EN LA ESPALDA. Lumbalgia sobre todo al final del embarazo.

CAMBIOS EN LOS LUNARES. No.

CRECIMIENTO DE LOS NODULOS. No.

EXPRESION DE IDEAS DE VIOLENCIA(HACIA ELLA MISMA U OTROS). No.

OBJETIVO.

TEMPERATURA. 37°C.

DIAFORESIS. No.

INTEGRIDAD DE LA PIEL.

ESCARAS. No

ERUPCIONES. No.

LACERACIONES. No.

ULCERAS. No.

EQUIMOSIS. No.

VESICULAS. No.

QUEMADURAS. No.

FUERZA GENERAL. Normal.

MODO DE ANDAR. Normal.

SEXUALIDAD.

ACTIVIDAD SEXUAL.

Disminuida en el último mes de embarazo por incomodidad.

USO DE PRESERVATIVO. No.

PROBLEMAS/DIFICULTADES SEXUALES. No refiere.

CAMBIOS RECIENTES EN LA FRECUENCIA /INTERES.

En el último mes de embarazo.

SUBJETIVO.

MENARQUIA.EDAD. 13 años

INICIA VIDA SEXUAL ACTIVA. 22 años.

PARIDAD. 0.

DURACION DEL CICLO. 30/4.

ULTIMO PERIODO MENSTRUAL. 26 de junio de 1998.

SECRECION VAGINAL. Normal.

HEMORRAGIAS VAGINALES. No. solo arrojó el tapón mucoso.

INTERVENCIONES. No

USO DE ANTICONCEPTIVOS. No.

ULTIMO EXAMEN CITOLOGICO. Diciembre de 1998, negativo.

VERRUGAS VAGINALES/LESIONES. No se observan.

3.2. ANALISIS DE LOS DATOS OBTENIDOS

3.2.1 DATOS GENERALES.

María Luisa Hernández, 23 años de edad, originaria del Tuxpan Veracruz, no refiere alergias, toxicomanías y hemotrasfusiones.

Menor a los 13 años, inicia vida sexual activa a los 21 años, no utiliza anticoncepción, primigesta; Embarazo con fecha de última menstruación 26 de junio de 1998, fecha probable de parto el 8 de abril de 1999, de 39 semanas, no controlado, solo acudió a dos citas, una en la semana 20 y la otra a la 23.

Ingresa al servicio de urgencias sola, refiriendo haber arrojado el tapón mucoso e iniciar con actividad uterina de cuatro horas de evolución.

Antecedentes familiares y personales de interés.

Familiares: Madre. diabética e hipertensa.

Hermana: cacu in situ.

Personales. IVU en la semana 20, con tratamiento sin urocultivo de control.

3.2.2. ENFERMEDAD ACTUAL.

Acude al servicio de urgencias refiriendo haber arrojado el tapón mucoso y comenzado con actividad uterina, al interrogatorio refiere cefalea moderada que padece desde unas tres semanas, dolor en epigastrio leve de 24 horas de evolución, al examen físico se detecta T/A 150/110, edema de periorbital leve, abdomen globoso a expensas de útero grávido ocupado por producto único vivo, longitudinal cefálico, dorso a la derecha con un peso aproximado de 2800 grs. lárido cardíaco fetal 140 por minuto, actividad uterina de 2 contracciones en 10 minutos, con una intensidad de (++) .

A la exploración genitourinaria se encuentra vulva y vagina sin alteraciones, cervix medio, blando con 2 cm de dilatación y 70 % de borramiento, estación -3, membranas íntegras y bishop de 4. Presenta edema de miembros inferiores de (+++) y reflejos osteotendinosos (+++).

Se realiza toma de proteínas en orina encontrándose de (++++). Diagnosticándose un embarazo de 39 semanas complicado con preeclampsia grave, ingresa a la unidad de tococirugía para tratamiento de la complicación y conducción del trabajo de parto.

A su ingreso a la unidad de tococirugía María Luisa esta consciente, orientada, pero angustiada por todo lo que le han realizado en el servicio de urgencias, desconoce su padecimiento y se encuentra temerosa del trabajo de parto.

A la exploración física se detectan los signos y síntomas mencionados anteriormente aunque la T/A a descendido a 140/90. además se recibe con catéter venoso en brazo derecho, sonda de foley, vía venosa periférica en brazo derecho.

A la exploración vaginal se encuentra con 3 cm. de dilatación y 80 % de borramiento, cervix medio, blando, en estación de -2.

En el servicio de urgencias se le inicia una dosis de sulfato de magnesio de 4 grs en 250 de glucosa al 5% misma con la que se recibe, se lleva a rayos x para la comprobación de catéter el cual se encuentra central. A la entrevista María Luisa refiere angustia por la salud de su hijo y miedo por el trabajo de parto, esta preocupada por que su esposo no sabe que ella se encuentra encamada ya que le mandaron de comisión a Puebla, le gustaría que le avisarán así como también a su madre que se encuentra en Tuxpan, Veracruz.

3.2.3. VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES BÁSICAS A SU INGRESO A LA UNIDAD DE TOCOCIRUGÍA.

3.2.3.1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN.

DATOS DE INDEPENDENCIA.

Vías respiratorias permeables, piel y de color normal, frecuencia, ritmo y profundidad respiratorias normales.

No se observa disnéa, frecuencia respiratoria de 18 por minuto a su egreso, profundidad normal, simétrica, no se observa aleteo nasal, ruidos respiratorios normales.

DATOS DE DEPENDENCIA.

Tiene dificultad para controlar su respiración durante la contracción del trabajo de parto.

3.2.3.2. NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.

DATOS DE INDEPENDENCIA.

María tiene buen apetito, acostumbra tomar litro y medio de agua diario, con su embarazo dejó de comer carne de cerdo y de res pero recuerda que le gustaban mucho; no padece de náuseas, ni vómito; come bien las frutas, verduras, carne de pescado y de pollo, pan y tortillas.

Dentadura en buen estado no le falta ninguna pieza, con buena higiene dental, realiza tres comidas al día, sigue una dieta variada y equilibrada. 1.62 y 72 kgs.

DEPENDENCIA.

María refiere tener sed y se observan mucosas secas, sus signos vitales son los siguientes: tensión arterial de 140/90, frecuencia cardiaca de 88, frecuencia de 21, temperatura de 37 y presión venosa central de 5 mm de agua; manifiesta que no ha comido desde el día anterior además va estar en ayuno hasta 24 hrs después de suspendido el sulfato de magnesio.

3.2.3.3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN.

DATOS DE INDEPENDENCIA.

Patrón de defecación bueno realizando una evacuación diaria su función urinaria en cuanto a coloración, olor cantidad y frecuencia eran normales hasta antes del encame, miccionando en promedio 6-8 veces al día.

DATOS DE DEPENDENCIA.

María se encuentra con sonda de foley su diuresis en urgencias fue de 90 ml y a su ingreso al servicio es de 25 ml. Menciona que casi no ha tomado líquidos.

3.2.3.4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA.

DATOS DE INDEPENDENCIA.

Movilidad y postura dinámica, alineación corporal correcta, le gusta caminar por las tardes. Tono muscular presente, su deambulación es normal, no se observa claudicación, mantiene el equilibrio, postura de pie.

DATOS DE DEPENDENCIA.

María tiene indicado reposo absoluto y comenta que le provoca molestias moverse debido a catéteres de la PVC y periférico y la sonda.

3.2.3.5. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.

DATOS DE INDEPENDENCIA.

Se duerme a las diez de la noche, con un promedio de 10 horas, conciliando el sueño inmediatamente de acostarse, despertándose descansada.

DATOS DE DEPENDENCIA.

María comenta que los últimos días han sido difíciles y no ha descansado bien ya que su embarazo no se lo ha permitido, refiere

sentirse un poco cansada, las molestias y el dolor del parto no la dejan dormir.

3.2.3.6. NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.

DATOS DE INDEPENDENCIA.

Viste ropa adecuada a su embarazo, es completamente independiente, se siente cómoda y fresca.

DATOS DE DEPENDENCIA.

Debido al reposo absoluto tiene que depender de otra persona para cambiarse de ropa. Por lo que se siente incomoda.

3.2.3.7. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN.

DATOS DE INDEPENDENCIA.

María mantiene su temperatura dentro de los límites normales 36°C-37°C, no ha presentado ninguna variación en su temperatura corporal.

DATOS DE DEPENDENCIA.

No se observan.

3.2.3.8. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.

DATOS DE INDEPENDENCIA.

María presenta un aspecto limpio, piel y mucosas limpias. Baño diario. Buena higiene dental.

DATOS DE DEPENDENCIA.

María se siente incómoda por aumento de secreciones vaginales debido al desencadenamiento del trabajo de parto y a la amniotomía temprana que le han realizado para acelerar el mismo.

María esta en reposo absoluto lo que la imposibilita para asearse a si misma.

Labios resecos debido a la constante agresión dental que reciben en cada contracción.

3.2.3.9. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.

DATOS DE INDEPENDENCIA.

Consciente y orientada.

DATOS DE DEPENDENCIA.

María tiene riesgo de presentar daño por:

- Crisis convulsivas como consecuencia de la preeclampsia grave que evoluciona a eclampsia.
- Edema cerebral como consecuencia de la preeclampsia grave.
- Síndrome de HELLP.
- Hematoma y ruptura hepática.
- Intoxicación por sulfato de magnesio (paro respiratorio).

3.2.3.10. NECESIDAD DE COMUNICARSE.

DATOS DE INDEPENDENCIA.

Biológicos. Funcionamiento adecuado de los órganos de los sentidos; agudeza visual y auditiva.

Psicológicos. Tiene facilidad para expresar muy bien sus necesidades, deseos, ideas y emociones. Su expresión de pensamiento es clara.

Sociológico. Establece relaciones armónicas con su familia.

DATOS DE DEPENDENCIA.

No se observan.

3.2.3.11. NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES.

DATOS DE DEPENDENCIA.

Es católica, aunque no práctica su religión.

DATOS DE DEPENDENCIA.

No se observan.

3.2.3.12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE.

DATOS DE INDEPENDENCIA.

Se considera una persona útil y se siente una persona realizada.

DATOS DE DEPENDENCIA.

No se observan.

3.2.3.13. NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

DATOS DE INDEPENDENCIA.

Es una persona poco sociable, pero disfruta de ver la televisión y salir a caminar un rato por las tardes.

DATOS DE DEPENDENCIA.

No se observan.

3.2.3.14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE.

DATOS DE INDEPENDENCIA.

Estudio secundaria; se muestra receptiva a todo lo que se le informa.

Datos de dependencia, no tiene dificultad para aprender si se le explica de acuerdo a su nivel educacional.

DATOS DE DEPENDENCIA.

Desconoce el padecimiento que en la actualidad le aqueja, ella refiere que le gustaría que le explicarán con más calma y en términos que ella entienda. Esta preocupada por el estado de salud de su hijo.

3.3 DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA.

Dolor relacionado con las contracciones uterinas regulares manifestado por hiperventilación, sudoración, tensión muscular y gemidos.

Déficit de volumen de líquidos relacionado con el poco consumo de estos y pérdida de los mismos durante el trabajo de parto caracterizado por resequead de la mucosa oral, sed e ingesta alterada, orina concentrada; no ha consumido líquidos en 12 hrs, diuresis de 25 cc la ultima hora.

Alteración de la eliminación urinaria relacionado con el daño renal propio de la preeclampsia grave manifestado por la presencia de albuminuria de ++++, oliguria, edema.

Deterioro de la movilidad física relacionado con el reposo absoluto impuesto por el diagnóstico de preeclampsia grave y la limitación del movimiento manifestadas por molestias al cambiar de posición ocasionadas por la sonda de foley, catéter periférico y venoso central.

Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento relacionado con la incapacidad para vestirse sola manifestado por las molestias que le provocan la sonda de foley, catéter periférico y venoso central con cada movimiento que realiza.

Déficit de autocuidado: baño/higiene relacionado con el reposo absoluto impuesto a la paciente por la preeclampsia grave manifestado por la incomodidad de la paciente ante la salida de líquido amniótico, moco y sangre por vagina.

Alto riesgo de lesión hepática asociada a la vasoconstricción arteriolar y vasoespasmo sistémico existente en la preeclampsia grave.

Alto riesgo de lesión por crisis convulsivas que se asocian a la preeclampsia grave que evoluciona a eclampsia.

Alto riesgo de lesión por alteración de la irrigación a los tejidos cerebrales y cardíacos relacionado con las complicaciones de la preeclampsia grave.

Alto riesgo de lesión relacionado por la presencia de síndrome de hellp.

Déficit de conocimiento relacionado con incomprensión de la información del diagnóstico y tratamiento de su enfermedad referido por la paciente como una necesidad de que se le explique en términos que ella entienda el proceso de su padecimiento.

3.5 PLAN DE CUIDADOS.

3.5.1 NECESIDAD DE RESPIRAR.

3.5.1.1 DATOS DE INDEPENDENCIA.

Vías respiratorias permeables, piel y de color normal, frecuencia, ritmo y profundidad respiratorias normales.

3.5.1.2 DATOS DE DEPENDENCIA.

Tiene dificultad para controlar su respiración durante la contracción del trabajo de parto.

3.5.1.3 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

ALTO RIESGO DE DETERIORO DEL INTERCAMBIO GASEOSO RELACIONADO LA FORMA INADECUADA DE VENTILAR DE LA PACIENTE DURANTE LA CONTRACCION UTERINA.

3.5.1.4 OBJETIVOS.

En la primera hora de su estancia en el servicio disminuirá su ansiedad significativamente.

En la primera hora de estancia en el servicio la apaciente aprenderá ventilar adecuadamente.

En las horas subsiguientes del trabajo de parto la paciente ventilará sin dificultad.

3.5.1.5. FUNDAMENTACION CIENTIFICA.

Durante la inspiración el aire fluye de la atmósfera hacia la traquea, bronquios, bronquiolos y alvéolos. Durante la espiración, los gases alveolares siguen el mismo camino pero en dirección opuesta.

Los factores físicos que regulan la entrada y salida de aire de los pulmones reciben la denominación colectiva de mecánica de la ventilación. La ansiedad es una respuesta que origina estrés y esta a su vez: hiperventilación, mayor consumo de oxígeno, mayor actividad autonómica.

El aumento de la actividad autonómica puede dar lugar a aumento de las resistencias periféricas, aumento del gasto cardíaco y de la presión arterial y contracciones uterinas alteradas.(112)

Con la hiperventilación la excreción de dióxido de carbono es excesiva y por lo tanto disminuye la concentración plasmática de ácido carbónico lo que trae como consecuencia alcalosis respiratoria.

Las manifestaciones clínicas de alcalosis respiratoria son aturdimiento a causa de la vasoconstricción y disminución del flujo sanguíneo cerebral, incapacidad para la concentración, entumecimiento y hormigueo derivados de la disminución de la ionización del calcio, zumbido y, en ocasiones, pérdida de la conciencia (113).

(112).- Lise Riopelle, inf. M:N; Louise Grondenm enf. M.ed.; Margot Phaneuf, inf. M.A. Cuidados de enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona. Editorial McGraw-Hill-Interamericana. tercera edición 1997 Pag. 14-19.

(113).- S.C. Smemeltzer, B.G. Bare. de Brunner y Suddarth. Enfermería Medico quirúrgica; Editorial Interamericana McGraw-Hill, octava edición 1998. vol. 1, cap.18, pag. 355-356.

3.5.1.6. MANIFESTACIONES CLINICAS.

Dolor en cada contracción.

Ansiedad.

Hiperventilación.

3.5.1.7. ACCIONES DE ENFERMERIA.

INDEPENDIENTES

Apoyo psicológico a la paciente en todo momento especialmente durante la contracción

Disminuir la ansiedad de la paciente explicándole el proceso del trabajo de parto y parto.

Proporcionar oxígeno al 6 %.

Enseñarle a la paciente a ventilar adecuadamente.

Posición semifowler y decúbito lateral izquierdo

3.5.1.8. FUNDAMENTACION CIENTIFICA.

La alcalosis respiratoria se puede tratar con facilidad y rapidez.

Como la técnica de Lamaze es la más empleada.

La respiración de limpieza es la que efectúa la mujer al comenzar y al terminar cada contracción del trabajo de parto. Esta respiración es como un suspiro: una respiración profunda y relajada que favorece la oxigenación y sirve como inicio de la relajación. La mujer no debe efectuar una respiración de limpieza cómoda. No debe ser demasiado profunda para que

no estimule los receptores de elongación de los músculos intercostales y produzca respuestas de alarma en vez de respuestas de relajamiento.

El patrón de respiración lento y profundo se llama respiración lenta y profunda. Debe efectuarse a una velocidad que resulte cómoda para cada persona ya que aporta suficiente oxígeno para el trabajo de parto y ayuda a la relajación pero no debe ser inferior a la mitad de la frecuencia normal de la mujer. Debido al aumento de relajación y la mejor oxigenación que se logra con la respiración lenta es conveniente que la madre recurra a ella todo el tiempo si es posible durante el trabajo de parto (114).

3.5-1.9. EVALUACION.

María logra controlar perfectamente su respiración por lo que en ningún momento se apreciaron signos y síntomas de alcalosis respiratoria.

3.5.2. NECESIDAD DE HIDRATACION

DATOS DE INDEPENDENCIA.

La paciente no tiene ninguna patología que le impida ingerir líquidos por vía oral.

DATOS DE DEPENDENCIA.

María se encuentra sin vía oral, no ha ingerido líquidos en un promedio de 12 horas y esta perdiendo estos con la transpiración aumentada que le provoca el proceso de trabajo de parto.

Refiere tener sed y se observan mucosas secas, sus signos vitales son t/a 140/90, fc. 98, fr 22, temperatura de 37 y pvc de 5 mm de agua.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

Déficit de volumen de líquidos relacionado con el poco consumo de estos y pérdida del mismo durante el trabajo de parto caracterizado por resequedad de la mucosa oral, sed e ingesta alterada, orina concentrada, no ha consumido líquidos en 12 hrs, diuresis de 25 cc la ultima hora.

OBJETIVO.

Durante las primeras cuatro horas se repondrá la pérdida de líquidos.

En las horas subsiguientes se mantendrá el volumen líquido adecuado del organismo.

MANIFESTACIONES CLINICAS.

- oliguria.
- mucosa oral seca,
- orina concentrada.
- ingesta de líquidos alterada.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA.

El déficit volumétrico es el resultado de la pérdida de agua y electrolitos en la misma proporción en que están presentes en los líquidos corporales normales, de modo que no se modifique la proporción de los electrólitos séricos en el agua. No se debe confundir con la deshidratación, que consiste nada más en pérdida de agua, con aumento en la concentración sérica de sodio.

El déficit volumétrico es el resultado de la pérdida de líquidos corporales y tiene lugar con mayor rapidez cuando se acompaña de disminución de la ingestión de líquidos. Es posible que surja sobre la sola base de ingestión deficiente de líquidos, si esta es prolongada. Sus causas abarcan las pérdidas anormales de líquidos, como las resultantes de vómito, diarrea, aspiración gastrointestinal y sudoración, o las de disminución en la ingesta de los propios líquidos, como cuando ocurre en presencia de náuseas o cuando no se tiene acceso a ellos

El déficit volumétrico puede surgir con rapidez y ser leve, moderado o grave, lo que depende de la magnitud de la pérdida de líquidos. Entre sus características importantes se cuentan disminución ponderal aguda y de la turgencia de la piel, oliguria, concentración de la orina, hipotensión postural y pulso débil y rápido (115).

(115).- S.C. Smemeltzer, B.G. Bare, de Brunner. Op. cit. vol. I, cap.18, pag. 355-356.

La preeclampsia grave usualmente se acompaña de reducción de volumen sanguíneo (hipovolemia intravascular) cuando se le compara con un embarazo normal con lo que la estabilidad hemodinámica está alterada ya que no solo existe vasoespasmo, sino también hipovolemia y alteración de permeabilidad(116).

ACCIONES DE ENFERMERIA.

INDEPENDIENTES

Control de ingresos y egresos.

Toma de signos vitales

Vigilar características de piel y mucosas.

DEPENDIENTES.

Ministrar solución ringer lactado en carga.

Cuantificación de diuresis.

Toma de PVC.

JUSTIFICACION CIENTIFICA.

El pulso en pacientes con déficit volumétrico se encuentra débil y rápido y hay hipotensión postural (caída de la presión sistólica mayor de 15 mm Hg cuando cambia de posición supina a dorsal sédente). Es posible que se presente disminución de la temperatura corporal.

Las soluciones isotónicas con electrolitos como la solución de Ringer lactado o la de sodio a 0.9 % son de utilización frecuente en tratamiento de los hipotensos son déficit volumétrico, ya que expanden el volumen plasmático .

(116).- S.C. Smemeltzer, B.G. Bare, de Brunner. Op. cit. vol. I, cap.18, pag. 355-356.

La solución lactada de Ringer (solución Hartmann) es una solución isotónica que contiene electrólitos múltiples en concentraciones muy similares a las presentes en el plasma (no contiene ion magnesio). Se usa en el tratamiento de hipovolemia.

En personas con déficit volumétrico la piel recupera su posición con mayor lentitud después de soltarla.

La lengua normalmente tiene un surco longitudinal, en tanto que en este padecimiento hay varios surcos adicionales y la lengua es de menor tamaño, debida a la pérdida de líquidos.

El grado de la mucosa bucal también se evalúa, ya que la sequedad de la boca suele indicar déficit del volumen líquido o respiración bucal.

La expansión de volumen plasmático en forma aguda mejora la estabilidad hemodinámica y en la gestación tardía aumenta el flujo sanguíneo uterino.

La hemodilución hipovolémica con la administración de soluciones coloides (Haemmacel) genera un efecto transitorio benéfico en la hemodinámica materno fetal de mujeres con preeclampsia (117).

EVALUACION.

La paciente después de la hidratación presenta mucosas hidratadas, PVC de 8 cm de agua, Diuresis de 80 cms, frecuencia respiratoria de 18, frecuencia cardiaca de 72, tensión arterial de 140/90, temperatura de 36.5.

No manifiesta sed.

La paciente tiene una evolución favorable, se revierte el déficit volumétrico.

(117).- Lise Riopelle, inf. M:N; Op. Cit. Pag. 158-159.

3.5.3. NECESIDAD DE ELIMINAR.

3.5.3.1. DATOS DE INDEPENDENCIA.

La paciente normalmente micciona sin dificultad y en cantidades adecuadas.

3.5.3.2. DATOS DE INDEPENDENCIA.

La paciente se encuentra con sonda de foley, su orina es hematurica (+), hay presencia de proteinuria (++++), a pesar de la hidratación se presenta oliguria con diuresis 20 cms. a las 10 horas de estancia en el servicio, edema (+++).

3.5.3.3. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

Alteración de la eliminación urinaria relacionado con el daño renal propio de la preeclampsia grave manifestado por la presencia de albuminuria de +++, oliguria, edema.

3.5.3.4. OBJETIVO.

En las primeras 24 horas desaparecerá la oliguria, su orina será clara sin datos de hematuria y el edema disminuirá

3.5.3.5. FUNDAMENTACION CIENTIFICA.

Durante el embarazo normal, aumenta apreciablemente el flujo sanguíneo renal y la tasa de filtración glomerular. Con el desarrollo de la preeclampsia, se reducen la perfusión renal y también la filtración glomerular. Si hay niveles muy inferiores a los valores normales sin embarazo, son consecuencia de la enfermedad grave; la elevación excede la reducción del índice de filtración glomerular y de la depuración de creatinina que acompaña a la preeclampsia.

En la mayoría de las mujeres preeclámpicas, la filtración glomerular leve a moderadamente disminuida parece ser resultado de la reducción del volumen plasmático; por lo tanto, la creatinina plasmática rara vez se encuentra por debajo de los niveles normales que se observan cuando no existe embarazo. Sin embargo en algunos casos de preeclampsia grave, el compromiso renal es profundo y la creatinina puede estar elevada dos o tres veces por encima de los valores normales sin embarazo. Es probable que esto se deba a cambios renales intrínsecos causados por vasoespasmo grave. La proteinuria es un indicador importante de gravedad por que habitualmente se desarrolla tarde en la evolución de la enfermedad. La proteinuria de 2+ o mayor o una excreción de 4 g o mayor en orina de 24 hrs. constituye una preeclampsia grave

Como existe en cualquier otra glomerulopatía, existe una permeabilidad elevada de casi todas la proteínas de alto peso molecular; así como la excreción normal de albúmina, globulina y trastérrina. Normalmente estas moléculas proteicas grandes no son filtradas por el glomérulo, y su aparición en orina significa un proceso glomerulopatico.

Componentes anormales (sangre, albúmina, glucosa), pueden detectarse en la orina debido a alteraciones renales, glandulares u hormonales. En estas circunstancias los riñones filtran difícilmente la sangre, y excretan las sustancias nuevas perjudiciales para el organismo o bien, pueden dejar pasar sustancias que son útiles para el organismo.

La pérdida o excreción de proteínas plasmáticas, en particular albúmina, en la orina, la disminución resultante de la presión osmótica provoca edema generalizado, conforme el líquido pasa de la vasculatura el espacio extracelular (118).

(118).- Cunningham MacDonalD Ganald, Gant, Leveno, Gilstrap, Hankins, Clark. Williams Obstetricia. Editorial Panamericana, Edición 20, Capitulo 10, pag. 647-692.

3.5.3.6. MANIFESTACIONES CLINICAS.

Oliguria, hematuria, orina muy concentrada, edema anasarca, creatinina elevada, ácido úrico elevado, proteinuria.

3.5.3.7. INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.

INDEPENDIENTES

- 1.- Dar seguridad al paciente explicándole la finalidad de las intervenciones.
- 2.- Anotar todo cambio a nivel:
 - reposo absoluto.
 - cantidad y calidad de la orina (cada hora)
 - Del estado de conciencia.
 - De los signos vitales(horarios).
 - De la disminución o aumento del edema.
- 3.- Aplicar las técnicas de cuidados apropiados (medidas de suplencia).
 - Control de ingresos y egresos.

INTERDEPENDIENTES.

- 4.- Administrar y vigilar la medicación:
 - antibióticos.
 - sulfamidas.
 - esteroides.
 - Antisépticos urinarios.
- 5.- tomo de muestra de sangre para química sanguínea.
- 6.- tomar muestra de orina.

3.5.3.8. JUSTIFICACION CIENTIFICA.

Con el desarrollo de la preeclampsia, se reducen la perfusión renal y también la filtración glomerular.

La creatinina plasmática, la urea y el ácido úrico se encuentran aumentados en pacientes con alteraciones renales ocasionadas por la preeclampsia.

En estudios realizados en 1988 por Kirshon y col. llegaron a la conclusión de que la oliguria durante la preeclampsia grave era compatible con un vasoespasmo intrarrenal.

Existe una permeabilidad elevada a casi todas las proteínas de bajo peso molecular; así, la excreción normal de albúmina se acompaña de otras proteínas, como hemoglobina, globulina y transferrina, debida a glomerulopatía provocada por la preeclampsia grave.

Normalmente, estas moléculas proteicas grandes no son filtradas por el glomérulo, y su aparición en la orina significa un proceso glomerulopático (119).

3.5.3.9. EVALUACION.

María egresa del servicio de tococirugía, con diuresis horarias mayores de 30 cc por hora, no hay datos de hematuria; las proteínas en orina medidas con tira reactiva de multixix muestran , edema , se le retira sonda de foley.

Se puede observar una mejoría significativa a su egreso del servicio 34 hrs después de instalado el tratamiento.

(119)- S.C. Smemeltzer, B.G. Bare, de Brunner y Suddarth, pag 327-411

3.5.4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.

3.5.4.1. DATOS DE INDEPENDENCIA.

La paciente posee un sistema músculo-esquelético y nervioso tanto central como periférico íntegros.

Antes de su ingreso ella tenía una actividad física normal de una embarazada.

3.5.4.2. DATOS DE DEPENDENCIA.

La paciente tiene reposo absoluto en decúbito lateral izquierdo además no puede moverse con libertad en la cama ya que le molestan la sonda de foley, el catéter venoso central y la vía periférica.

3.5.4.3. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

Deterioro de la movilidad física relacionado con el reposo absoluto indicado por motivo del padecimiento y la limitación del movimiento manifestadas por molestias al cambiar de posición ocasionadas por la sonda de foley, catéter periférico y venoso central.

3.5.4.4. OBJETIVO.

A CORTO PLAZO.

La paciente comprenderá en la primera hora de ingreso al servicio que el reposo en cama es necesario para conservar su salud y la de su producto.

MEDIANO PLAZO.

En las horas 24-36 hrs siguientes podrá moverse con más libertad refiriendo el mínimo de molestias.

LARGO PLAZO.

En un plazo de 5 a 8 días no será necesario que la paciente guarde reposo absoluto, lo que le permitirá realizar sus actividades cotidianas.

3.5.4.5. JUSTIFICACION CIENTIFICA.

Inmovilidad se define como un estado de disminución o restricción de los movimientos.

Moverse es una necesidad de todo ser vivo, estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados, y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia de las diferentes funciones del organismo. La circulación sanguínea se ve favorecida por los movimientos y las actividades físicas.

Los individuos a lo largo de su vida, deben afrontar diversas situaciones donde una disminución de sus actividades, les es impuesta. Esta inmovilidad mas o menos completa puede proceder de una enfermedad tanto orgánica como psicológica.

3.5.4.6. ACCIONES DE ENFERMERIA.

Asistir a la paciente en sus cambios de posición cuando esta lo requiera.

Explicar a la paciente la necesidad de que este en reposo absoluto y la importancia que tiene su cooperación en el tratamiento.

Enseñará a la paciente a moverse con el mínimo de molestias para ella.

3.5.4.7. FUNDAMENTACION CIENTIFICA.

El reposo absoluto es con el objeto de limitar las lesiones en caso de convulsiones y disminuir la tensión arterial, ya que la actividad física eleva está.

Si se le explica a la paciente en que forma realizará sus movimientos con el objeto de producirse menos molestias disminuirá su angustia lo que le permitirá moverse con libertad (120).

3.5.4.8. EVALUACION.

La paciente durante la primera hora comprendió la necesidad de guardar reposo en cama y coopero de forma acertada con el equipo de salud.

Durante su estancia en el servicio no requirió mucho de la intervención de enfermería para realizar los cambios de posición.

La paciente egresa del servicio solo con el catéter venoso central lo que mejoró su comodidad y por consiguiente su movilización.

(120).- Lise Riopelle. inf. M:N; Op. cit. Pag. 167-182.

3.5.5 NECESIDAD: REPOSO Y SUEÑO.

3.5.5.1. DATOS DE INDEPENDENCIA.

Duerme 10 horas, toma una siesta de 1 hora, no padece de insomnio.

3.5.5.2. DATOS DE DEPENDENCIA.

Dolor de moderado a intenso en cada una de las etapas del trabajo de parto lo que le impide descansar y dormir.

3.5.5.3. VALORACION.

Es una paciente con embarazo de 39 semanas en trabajo de parto en fase latente la cual manifiesta dolores propios de la actividad uterina.

3.5.5.4 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

Dolor relacionado con las contracciones uterinas regulares manifestado por hiperventilación, sudoración, tensión muscular y gemidos.

3.5.5.5. MANIFESTACIONES CLINICAS.

Hiperventilación.

Sudoración.

Tensión muscular.

Gemidos.

Refiere verbalmente el dolor que provoca la contracción uterina.

3.5.5.6. OBJETIVOS.

En la primera hora de estancia la paciente aprenderá a controlar su respiración lo que la ayudará a manejar el dolor.

En las primeras cuatro horas la paciente disminuirá su angustia.

En horas subsiguientes la paciente referirá que el dolor ha disminuido en forma importante.

3.5.5.7. FUNDAMENTACION CIENTIFICA.

El dolor tiene diferentes orígenes en cada una de las etapas del trabajo de parto. Durante la primera etapa, las contracciones uterinas fuerzan al cuello a borrarse y dilatarse. Este cambio cervical se consigue estirando y traccionando los músculos asociados.

Todo el útero se contrae durante el trabajo de parto en un esfuerzo por expandir su segmento inferior para el nacimiento del feto, y el canal vaginal se estira para permitir el paso del mismo. El estiramiento del útero, del cuello uterino y del canal del parto generan dolor que más frecuentemente se experimenta durante el trabajo de parto. La presentación fetal también puede provocar la misma incomodidad cuando la cabeza esta en una posición posterior; la cual hace presión contra la columna de la mujer misma que añade tensión en la espalda y mayor incomodidad.

En la segunda etapa del parto se ejerce una tremenda presión contra el periné a medida que el feto es empujado hacia fuera. Como resultado de ello se produce un estiramiento extremo del canal vaginal y de su orificio. La intensidad de las contracciones uterinas aumenta notablemente añadiendo un mayor grado de malestar. Si se realiza una episiotomía, la mujer puede experimentar una molestia añadida cuando se inyecta el anestésico local en el periné. Las laceraciones en el cuello uterino y en la vagina durante la segunda etapa del trabajo de parto aumentan la sensación de dolor.

La tercera etapa de trabajo de parto es un momento relativamente relajado para la mujer, con excepción de unas pocas contracciones uterinas intensas que se producen inmediatamente antes de expulsar la placenta,

cuando se presiona sobre el fondo uterino para facilitar la salida de la placenta se provocan molestias.

La reparación de la episiotomía o de las laceraciones se realiza durante la tercera o cuarta etapa del trabajo de parto. Muchas mujeres sienten la inyección de una cantidad extra de anestésico local en el lugar de la reparación. Se puede experimentar un agravamiento de las molestias durante la cuarta etapa del trabajo de parto. Esto se debe a que la mujer debe haberse sensibilizado por la intensidad de las molestias experimentadas durante el parto y ahora siente el dolor en proporciones exageradas.

En cualquiera de las etapas del trabajo de parto puede valorarse un ciclo de respuesta conocido como miedo-tensión-dolor. Si la mujer teme el desenlace del parto o el dolor que va a sentir se pondrá tensa: los músculos se contraen a medida que aumenta la tensión y crece el dolor; Aumenta el dolor aumenta el miedo, y así sucesivamente, produciéndose un círculo vicioso. El alivio del dolor es crítico para romper este ciclo.

CAUSAS DEL DOLOR DURANTE EL TRABAJO DE PARTO.

PRIMERA ETAPA.

Contracciones uterinas.

Dilatación y borramiento del cuello uterino.

Estiramiento del canal cervical.

Presentación fetal.

SEGUNDA ETAPA.

Presión perineal.

Contracciones uterinas intensas.

Episiotomía.

Laceraciones.

CUARTA ETAPA.

Reparación de la episiotomía.

ACCIONES DE ENFERMERIA.

INDEPENDIENTES.

Explicarle a la paciente en términos que ella entienda el proceso del trabajo de parto para disminuir su angustia.

Enseñarle técnicas de relajación y respiración.

Se enseña un patrón de respiración adecuado.

Cambiar las posiciones frecuentemente, apoyar la espalda y las piernas con almohadas.

Apoyo y masaje en la espalda.

Masaje abdominal si la paciente lo tolera.

Aplicación de calor o frío en la frente.

Aplicar técnicas de distracción ya sea que escuche música o que se le cuente una anécdota o ella plátique sus vivencias.

3.5.5.8. JUSTIFICACIÓN CIENTIFICA.

La relajación alivia el dolor porque interrumpe el proceso aditivo de dolor ansiedad.

La tensión muscular es una respuesta al dolor y a la ansiedad.

Como la relajación es lo opuesto a la tensión muscular, la evita o la disminuye.

Algunas investigaciones sugieren que la evaluación de las personas con respecto a la intensidad del dolor es en parte una función de la evaluación de su propia respuesta al dolor.

Es posible que cuando las pacientes se observan relajadas en vez de tensas, consideran que su dolor es menos intenso, o la relajación ocasiona que la corteza envíe señales para cerrar la entrada a la transmisión de los impulsos dolorosos.

La posición es de particular importancia y constituye una medida eficaz para el alivio del dolor.

Durante siglos, el calor y el frío se han utilizado para aliviar el dolor, aunque se desconocen los mecanismos para explicar sus efectos. La aplicación de calor o frío resultará muy reconfortante a la mujer durante el parto.

El calor es bueno para reducir la tensión y favorece la relajación general. Dilata los vasos sanguíneos y se recomienda para dolor leve o moderado.

El frío penetra dos veces más que el calor. Los receptores de frío en la piel sobrepasan a los de calor.

El frío entumece las áreas adoloridas y efectúa constricción en los vasos sanguíneos.

El frío también hace más lenta la transmisión de impulsos dolorosos a lo largo de las rutas nerviosas, por lo que se recomienda para dolores intensos.

El masaje en el abdomen o la espalda son ejemplos de estimulación moderada de las fibras cutáneas, esto contribuye al alivio del dolor, no solo favorece el relajamiento, sino que los experimentos con estímulos cutáneos demuestran que ayuda a cerrar la entrada a impulsos dolorosos mucho después de que se lleve a cabo, y que no siempre es necesario dar el estímulo en el área adolorida.

Las investigaciones y observaciones clínicas indican que las estrategias de distracción son técnicas poderosas para que las pacientes toleren el dolor.

DEPENDIENTES.

Aplicar Hidrocloruro de Maperidina 25 mg I.V. a indicación del médico.

Reactivar el bloque epidural con xilocaína con epinefrina al 1% indicación médica y según necesidades de la paciente.

JUSTIFICACION CIENTIFICA.

La meperidina es un opiáceo utilizado con mayor frecuencia y más eficiencia en la analgesia del trabajo de parto.

La enfermera debe tener en cuenta que produce depresión del SNC, especialmente respiratoria; náuseas y vómitos. Hipotension, en la madre y en el feto descenso de la variabilidad de I FCF y depresión del SNC.

La meperidina es el narcótico más frecuente utilizado en el trabajo de parto. Lo mejor es utilizarlo 2 hrs antes del nacimiento del producto para disminuir la depresión del recién nacido.

El bloqueo epidural habitualmente se instalará cuando el cuello uterino tiene una dilatación de 4-6 cms.

Proporciona un alivio continuo del dolor durante el trabajo de parto, el nacimiento y la reparación de la episiotomía.

Se debe tener en cuenta que sus efectos adversos son hipotensión y bradicardia fetal (121).

3.5.5.9. EVALUACION.

Se puede apreciar significativamente que la paciente se le han disminuido las molestias e incluso el dolor.

La paciente refirió haberse sentido más cómoda, pudo descansar un poco, disminuyó significativamente su dolor a si como su angustia.

(121).- N.A. Didona, M.G. Marks, R. Kumm; Enfermería Maternal, Editorial Interamericana McGraw-Hill., cuarta edición 1995. cap. 7, pag. 109-128.

3.5.6 NECESIDAD DE VESTIRSE Y DESVESTIRSE.

3.5.6.1. DATOS DE INDEPENDENCIA.

Viste ropa cómoda acorde con su embarazo.

Antes de su encame la paciente era capaz de satisfacer esta necesidad sin ayuda de terceros.

3.5.6.2. DATOS DE DEPENDENCIA.

El reposo absoluto, la sonda de foley, el catéter periférico y venoso central le impiden que puede vestirse y desvestirse sin ayuda de terceros.

3.5.6.3. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento relacionado con la incapacidad para vestirse sola manifestado por las molestias que le provocan la sonda de foley, catéter periférico y venoso central con cada movimiento que realiza.

3.5.6.4. OBJETIVOS.

A CORTO PLAZO.

Durante su estancia en el servicio protegerá la integridad del individuo proporcionando con ropa hospitalaria y ayudándolo a vestirse con la finalidad de preservar su intimidad sexual.

A LARGO PLAZO.

Durante su estancia en el servicio, la enfermera protegerá su intimidad en cuanto sea posible.

En 5-8 días será capaz de vestirse y desvestirse sin ayuda de terceros.

3.5.6.5. JUSTIFICACION CIENTIFICA.

El ser humano a diferencia de los animales, no tiene plumas, ni escamas, ni pelaje para proteger su cuerpo. Por esto, si quiere sobrevivir, debe llevar ropas para protegerse del rigor del clima. Así para el cuidado de su salud, el individuo escoge las ropas apropiadas según las circunstancias y la necesidad. La ropa asegura también la integridad del individuo preservando su intimidad sexual. Las cultura varían de una cultura a otra, y el lenguaje del pudor se manifiesta a través de comportamientos variados, de forma que el modo de vestir juega un papel importante en este sentido.

3.5.6.6. MANIFESTACIONES.

Dificultad para mover los miembros superiores.

Dificultad de vestirse y desvestirse.

3.5.6.7. ACCIONES DE ENFERMERIA.

INDEPENDIENTES.

Disminuir la ansiedad.

Respetar siempre la intimidad de la paciente.

Darle seguridad en su estado.

Explicar a la paciente por que tiene que usar bata hospitalaria.

Auxiliar a la paciente en el vestido y desvestido de la bata hospitalaria.

Cambiar la bata cada que sea necesario.

3.5.6.8. JUSTIFICACION CIENTIFICA.

La ropa asegura la integridad del individuo preservando su intimidad sexual (122).

3.5.6.9. EVALUACION.

La paciente refiere sentirse cómoda con el trato que se la ha proporcionado protegiendo su intimidad sexual. La paciente egresa del servicio solo con el CVC lo que le dará mas independencia al vestirse y desvestirse.

(122).- Lise Riopelle, inf. M:N; Op. cit. pagina 167-182.

3.5.8. NECESIDAD: DE ESTAR LIMPIO, ASEADO Y PROTEGER SUS TEGUMENTOS.

DATOS DE INDEPENDENCIA.

María presenta un aspecto limpio, piel y mucosas limpias. Baño diario. Buena higiene dental.

DATOS DE DEPENDENCIA.

María se siente incomoda por aumento de secreciones vaginales debido al desencadenamiento del trabajo de parto y a la amniotomía temprana que le han realizado para acelerar el mismo.

Tiene indicación médica de reposo absoluto; sonda de foley, vía periférica, catéter venoso central dificultan sus movimientos lo que la hace dependiente de terceros para mantenerse seca y aseada.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

Déficit de autocuidado: baño/higiene relacionado con el reposo absoluto impuesto a la paciente por la preeclampsia grave manifestado por la incomodidad de la paciente ante la salida de líquido amniótico, moco y sangre por vagina.

OBJETIVO.

A CORTO PLAZO.

La paciente se mantendrá limpia y seca durante las primeras 24 hrs de su estancia en el servicio.

MEDIANO PLAZO.

La paciente al egresar del servicio 24 a 38 hrs después de su ingreso tendrá la capacidad de mantenerse limpia y seca

LARGO PLAZO.

La paciente 5 o 6 días después de su estancia será completamente independiente para realizar su aseo personal.

JUSTIFICACION CIENTIFICA.

El reposo absoluto contribuye a disminuir la presión arterial y a evitar daños por posibles convulsiones.

MANIFESTACIONES.

Región perineal con abundantes secreciones moco y/o sangre.

Salida de líquido amniótico que provoca humedad en la ropa de cama y bata de la paciente.

ACCIONES DE ENFERMERIA.

INDEPENDIENTES.

Mantener buena higiene de la región perineal proporcionando a la paciente un aseo de genitales cada que ella lo requiera o cuando sea necesario.

Aplicar técnicas de cuidados de suplencia como

Baño de esponja diario.

Cuidados higiénicos de tegumentos.

JUSTIFICACION CIENTIFICA.

Estar limpio y aseado es una necesidad que tiene el individuo para conseguir un cuerpo aseado, tener una apariencia cuidada y mantener la piel sana, con la finalidad de que ésta actúe como protección contra cualquier penetración en el organismo microorganismos.

La incapacidad de estar limpio por enfermedad tiene como consecuencia una apariencia no aseada.

Los tegumentos sucios pueden alterarse.

Ciertas enfermedades como la infección son susceptibles de aparecer en los individuos que no toman las medidas de higiene adecuadas (123)

EVALUACION.

La paciente se mantuvo limpia y seca durante las primeras 24 hrs de su estancia en el servicio.

Ella egresa a las 36 hrs con puerperio de 23 hrs.

Solo se manda a sala con el catéter venoso central.

La paciente puede moverse sin dificultad lo que le permitirá realizar su higiene personal.

(123).- Lise Riopelle, inf. M:N; Op cit. Pag. 167-182.

NECESIDAD: PROTECCION Y SEGURIDAD.

DATOS DE INDEPENDENCIA.

Hasta el momento tiene una función hepática dentro de los límites normales.

DATOS DE DEPENDENCIA.

María tiene riesgo de presentar lesión como consecuencia del vasoespasmio provocado por la preeclampsia grave

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

Alto riesgo de lesión hepática asociada a la vasoconstricción arteriolar y vasoespasmio sistémico existente en la preeclampsia grave.

OBJETIVOS.

Durante la estancia de la paciente en el servicio la enfermera reconocerá los signos y síntomas de progresión a daño hepático y los reporte con oportunidad.

JUSTIFICACION CIENTIFICA.

En ocasiones se produce daño hepático secundario a vasoespasmio isquemia y necrosis.

La necrosis hemorrágica se hace evidente a lo largo del borde hepático, produce hematoma subcapsular y posibles rupturas. *

La vasoconstricción arteriolar y el vasoespasmo sistémico provocado por el aumento de sensibilidad a la angiotensina II, provoca una reducción del flujo sanguíneo hepático .

El vasospasmo se atribuye a la extrema sensibilidad de la vasculatura a los vasopresores.

Las mujeres con preeclampsia muestran aumento en la respuesta presora a la angiotensina II varias semanas antes de que se observen síntomas clínicos (124).

En la preeclampsia grave a veces existen alteraciones en las pruebas de función e integridad hepáticas, que incluyen una excreción retardada de bromosulfoftaleina y una elevación de los niveles séricos de aspartato amonotransferasa.

La razón más probable para el aumento de las enzimas hepáticas en suero es la necrosis hemorrágica periportal en la periferia del lóbulo hepático. La hemorragia de estas lesiones puede causar ruptura hepática o se puede extender por debajo de la cápsula hepática y formar hematoma subcapsular. Estas hemorragias sin ruptura pueden ser más comunes de lo que anteriormente se sospechaba. (125).

MANIFESTACIONES CLINICAS.

Sensibilidad en el hígado.

Hepatomegalia.

Dolor en hepigástrio.

Elevación de transaminasa glutámico oxalacética, transaminasa glutámico pirúbica, deshidrogenasa láctica.

Necrosis hemorrágica.

(124).- Reeder, Martin, Koniak; Oop cit. pag. 823-826.

(125).- Cunningham MacDonald Op cit. pag. 641.

ACCIONES DE ENFERMERIA.

INDEPENDIENTES.

Enseñarle a la paciente a informar al personal de salud en cuanto se presenten síntomas de daño hepático.

Vigilar presencia de signos y síntomas de hematoma hepático.

Ruptura Hepática.

- Sensibilidad en el hígado.

Hepatomegalia.

Dolor en epigástrico.

Necrosis hepática.

DEPENDIENTES.

Signos vitales horarios con toma de PVC

Toma de muestras sanguíneas para funcionamiento hepático, biometría hemática y pruebas de tendencia hemorrágica.

Reposo absoluto.

JUSTIFICACION CIENTIFICA.

Los efectos de la preeclampsia grave sobre el hígado se comprueba por los datos de laboratorio.

La preeclampsia progresa con rapidez a un síndrome caracterizado por hemólisis, signos marcados de disfunción hepática y cambios en la coagulación que en un lapso de 24 a 48 horas pueden alcanzar proporciones que pongan en peligro la vida.

La hipertensión incrementa de manera dramática el riesgo de mortalidad y morbilidad perinatales.

El dolor en epigastrio o cuadrante superior derecho, irradiado en hemicinturón, hombro y región interescapulo vertebral derecha puede

generalizarse a todo el abdomen, es intenso, continuo, aumenta con los movimientos respiratorios, palpación y todas aquellas condiciones que aumentan la presión intra-abdominal (vómito, tos, hipo, contracciones uterinas, convulsiones, defecación, etc) distensión abdominal, disminución de la peristalsis, irritación peritoneal, hepatomegalia, ictericia, dependiendo del tamaño anemia o coque hipovolémico sugieren hematoma hepático.

Aumento brusco del dolor, palidez, taquicardia, inquietud, angustia, dificultad respiratoria, polipnea, hipotensión, PVC baja, distensión abdominal progresiva por líquido libre en cavidad, salida de material hemático por canalizaciones sugiere ruptura hepática.

Los estudios de laboratorio muestran disminución del hematocrito y la hemoglobina, elevación de TGO, TGO, DHL, FA y bilirrubinas, algunas veces trombocitopenia, TP y TPT prolongados (126).

EVALUACION.

La paciente no presento signos y síntomas de lesión hepática.

(127).- Barton J.R., Sibai, B.M. Atención del embarazo complicado con Síndrome de HELLP. Clin. Ginecol.Obstet. 31:114-15. 1991.

NECESIDAD DE PROTECCION Y SEGURIDAD.

DATOS DE INDEPENDENCIA.

La paciente se encuentra conciente y orientada en sus cuatro esferas,

DATOS DE DEPENDENCIA.

Posibles crisis convulsivas como consecuencia de la preeclampsia grave.

DIAGNOSTICO.

Alto riesgo de lesión por crisis convulsivas que se asocian a la preeclampsia grave que evoluciona a eclampsia.

OBJETIVOS.

Que la paciente durante su estancia en el servicio no presente crisis convulsivas.

JUSTIFICACION CIENTIFICA.

Cuando la preeclampsia grave evoluciona a eclampsia, se caracteriza por la aparición de convulsiones tónico-clónicas generalizadas.

El origen de las convulsiones eclámpicas no es todavía bien comprendido pero se cree que como en la epilepsia, se inicia por sobreestimulación de un área focal del cerebro inducida por edema y/o hipoxia cerebral, la cual se disemina rápidamente a otras áreas del hemisferio y el contralateral dando por resultado una convulsión tónico-clónica generalizada, esta a su vez da origen a mayor aumento en la presión arterial así como a la hipoxia cerebral y edema lo que hace que se cierre un

círculo vicioso que de no romperse conducirá a daño cerebral irreversible y/o muerte.

Casi todos los casos de eclampsia postparto se desarrollan dentro de las 24 hrs del parto, pero se observan casos por otra parte típicos hasta diez días después de este.

En general, los movimientos convulsivos comienzan alrededor de la boca en forma de contracciones faciales. Después de algunos segundos el cuerpo se torna rígido en una contracción muscular generalizada, esta fase puede persistir durante 15 a 20 segundos. De pronto, las mandíbulas comienzan a abrirse y cerrarse en forma violenta y, poco después, los párpados también; Los otros músculos faciales y luego todos los músculos se contraen y relajan alternativamente en rápida sucesión lo cual puede durar un minuto.

Tan forzados son los movimientos musculares que la mujer puede arrojarse fuera de su cama y, casi siempre, a menos que se proteja, se muerde la lengua por acción violenta de las mandíbulas.

Durante toda la convulsión el diafragma permanece fijo y la respiración detenida. Por algunos segundos la mujer parece estar muriendo por paro respiratorio, pero justo cuando un desenlace fatal parece inevitable, realiza una inhalación estertorosa, profunda y prolongada y se reanuda la respiración. A continuación aparece el coma. La duración del coma después de cada convulsión es variable. Cuando las convulsiones son frecuentes, la mujer en general recupera cierto grado de conciencia después del cada ataque. A medida que se despierta puede presentarse un estado semiconsciente. En algunos casos muy graves, el coma persiste de una convulsión a otra y puede ocurrir la muerte antes de que se despierte.

La respiración después de una convulsión ecláptica puede estar aumentada en frecuencia y puede ser estertorosa.

MANIFESTACIONES CLINICAS.

Ninguna.

ACCIONES DE ENFERMERIA.

DEPENDIENTES.

Aplicar sulfato de magnesio un gramo por hora en 100 cc de solución glucosada al 5% en infusión continua.

Cuantificación de diuresis horaria.

Toma de signos vitales horarios.

Aplicar nifedipina sublingual en caso de presión diastólica mayor de 110 mm Hg.

INDEPENDIENTES.

Poner especial atención en las cifras de presión arterial.

Estar alerta de signos de convulsión inminente, como dolor en la región hepática, dolor en hipogastrio y cefalea.

Reposo absoluto en cama.

Proporcionar un ambiente cómodo y tan agradable como sea posible, con poca luz y sin ruido.

Valorar cada hora reflejos osteotendinosos.

Aliviar el nerviosismo de la paciente.

Vigilar estado de conciencia.

Preparar el siguiente equipo:

vía respiratoria oral o pinza de recubrimiento para la lengua.

colocar barandales acojinados.

Aparato de succión.

Equipo para administrar oxígeno.

Una charola con medicamentos de urgencia como:

Sulfato de magnesio.

Gluconato de calcio.

Bicarbonato de sodio.

Nifedipina sublingual.

JUSTIFICACION CIENTIFICA.

El sulfato de magnesio es el fármaco de elección en el hospital Central Militar para prevenir y controlar las convulsiones eclámpticas; este produce vasodilatación y sedación eficaz. El sulfato de magnesio actúa compitiendo con el calcio para bloquear la producción de acetilcolina en el sistema nervioso central e interfiere con el número impulsos de los ganglios y los reduce. También reduce la excitabilidad de las fibras musculares ante la estimulación directa y relaja el músculo liso. Se efectúa valoración de los reflejos antes y durante la administración de sulfato de magnesio.

El objetivo de la terapia antihipertensiva en pacientes que requieren tratamiento farmacológico es reducir la presión diastólica de 90 a 100 mm Hg.

Cefalea, alteración de la visión, dolor epigástrico en el cuadrante derecho del abdomen son signos de convulsiones inminentes.

La enfermera debe contar con el equipo necesario para el cuidado seguro y eficiente de la paciente, en este se requiere de una vía respiratoria oral, con el fin de evitar que la paciente se muerda la lengua en caso de convulsiones, además es necesario contar con una charola que contenga equipo para cateterización y ministración especial de medicamentos, sí se

le este ministrando Sulfato de Magnesio , será necesario que en esta exista un frasco con gluconato de calcio , Bicarbonato de sodio , hidralacina , epinefrina , además de contar con el equipo de oxigenoterapia , barandales acojinados y un equipo de succión.

Cuando se ordena cualquier tratamiento, es mejor efectuar el procedimiento después de sedar a la paciente, retirándole previamente las prótesis dentales y los lentes de contacto. Si la enferma no está en trabajo de parto la enfermera debe estar alerta para detectar signos del mismo, en especial, después de administrarle el sedante o de alguna complicación como lo es el desprendimiento prematuro de placenta.

La paciente se encontrará en reposo, si requiere de medicamentos, tratamientos y procedimientos de enfermería, se administrarán de manera simultánea si lo permiten las órdenes del médico, para que la paciente no se fatigue. Se efectuará observaciones frecuentes síntomas progresivos o cambios de estado con particular atención a las perturbaciones visuales, cefalea y dolor epigástrico. Se examinará la orina para detectar proteínas con una muestra limpia de la corriente media del chorro.

La administración de fármacos prescritos para reducir la presión arterial es una intervención de enfermería importante para mujeres preeclámpticas en etapas avanzadas de la enfermedad. Cuando se ordena sulfato de magnesio ($MgSO_4$), la enfermera debe preparar el medicamento y valorar a la paciente, administrándosele con cuidado, regulándolo con bombas de infusión.

Como puede producirse efectos secundarios graves es fundamental que se vigile la producción de orina, los reflejos tendinales profundos y la frecuencia respiratoria antes, durante y después de administrar el $MgSO_4$.

La enfermera debe estar preparada para una intervención quirúrgica de urgencia, agregando a la charola de medicamentos frascos con oxalato para muestras sanguíneas, soluciones parenterales y comprobar con la

paciente o familiares el ayuno mínimo de 6 horas, proporcionándole sus cuidados preoperatorios inmediatos.

Después de la resolución del parto la enfermera continuará con los cuidados de la paciente al igual que antes de este, proporcionándole a esta una guía precisa de cuidados al irse de alta (128).

EVALUACION.

Durante su encame, la paciente no presento ningún cuadro de crisis convulsiva.

(128) Reeder, Martin, Koniak; Enfermería Maternoinfantil, Edición 17ª, Editorial Interamericana, Cap. 33, pag. 346-350.

3.2.3.9. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.

DATOS DE INDEPENDENCIA.

Conciente y orientada, sus estudios de Hemoglobina, Pruebas de funcionamiento hepático, pruebas de tendencia hemorrágica, frotis de sangre periférica, están dentro de los límites normales.

DATOS DE DEPENDENCIA.

María tiene riesgo de presentar daño por:

Por alteración de la irrigación a los tejidos cerebrales y cardíacos en relación con complicaciones graves de la preeclampsia grave.

DIAGNOSTICO:

Alto riesgo de lesión por alteración de la irrigación a los tejidos cerebrales y cardíacos con relación a complicaciones graves de la preeclampsia grave.

OBETIVO.

Durante su estancia en el servicio, la enfermera detectara signos y síntomas que le indiquen alteración en la irrigación cerebral y cardiaca para reducir el daño que la paciente pudiera presentar.

JUSTIFICACION CIENTIFICA.

En estudios realizados en pacientes con preeclampsia para valorar los cambios hemodinámicos identificaron presiones normales de llenado ventricular, resistencias vasculares sistémicas elevadas y función ventricular hiperdinámica. W:O. pag.,656

Estas pacientes son sensibles de presentar insuficiencia cardíaca y edema pulmonar.

No se sabe con precisión qué efectos tiene la preeclampsia sobre el flujo sanguíneo cerebral. La evidencia es compatible con vasoespasmo o con deterioro de la autorregulación e hiperdistensión pasiva de las arteriolas cerebrales.

Las principales lesiones postmorten en estas pacientes consisten en edema, hiperemia, anemia focal, trombosis y hemorragia.

La encefalopatía hipertensiva es un cuadro que se caracteriza por la presencia de los siguientes signos, ya sea en su conjunto o en forma aislada son cefalea, fosfenos, acúfenos, tinitus, visión borrosa y en etapas avanzadas irritabilidad neuromotora, manifestada por hiperreflexia osteotendinosa situación que caracteriza a la subclasificación de inminencia de eclampsia.

La encefalopatía se produce por alteración aguda de la hemodinámica de las arterias cerebrales resultado de hipertensión arterial repentina e intensa o por incrementos ulteriores de la misma cuando esta se encuentra crónicamente elevada, esto se logra al sobrepasar la presión de riego sanguíneo cerebral 150 torr. anulando el mecanismo autorregulador de flujo.

ACCIONES DE ENFERMERIA.

Mantener reposo en cama en posición fowler y decúbito lateral izquierdo mientras este embarazada.

Disminuir su ansiedad explicándole cada uno de los procedimientos que se le van a realizar.

Vigilar signos vitales y presión venosa central cada hora.

Control estricto de ingresos y egresos.

Vigilar reflejos osteotendinosos profundos cada cuatro horas.

Vigilar las características del edema.

Proporcionar un ambiente sin ruido y con luz tenue.

Aplicación de Nifedipina sublingual 10 mgs. en caso de que la paciente presente tensión arterial distólica de 110 o más.

Ministrar sulfato de magnesio un gramo por hora en 100 cc de glucosa al 5%.

Valorar la función cerebral; vigilando alteración a nivel de la conciencia, inquietud, memoria, conciencia sensorial, funcionamiento motor.

Valorar campos pulmonares cada hora en busca de edema.

JUSTIFICACION CIENTIFICA.

El reposo absoluto contribuye a disminuir las cifras tensionales lo cual contribuye a mejorar la irrigación.

Una explicación detallada de cada procedimiento disminuirá la ansiedad en la paciente con la consiguiente disminución de la excitabilidad del sistema nervioso.

Las constantes vitales son un medio para detectar signos de agravamiento en la paciente.

El sulfato de magnesio se utiliza para prevenir y detener las convulsiones debidas a eclampsia sin producir depresión el sistema nervioso central en la madre ni en el feto-neonato. Produce vasodilatación y sedación eficaz

EVALUACION.

María no presenta signos y síntomas de disminución de la irrigación al SNC ni cardíaco.

3.2.3.9. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.

DATOS DE INDEPENDENCIA. .

Consciente y orientada, sus estudios de Hemoglobina, Pruebas de funcionamiento hepático, pruebas de tendencia hemorrágica, frotis de sangre periférica, están dentro de los límites normales.

DATOS DE DEPENDENCIA.

María tiene riesgo de presentar daño por Síndrome de HELLP.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

ALTO RIESGO DE LESION RELACIONADO POR LA PRESENCIA DE SINDROME DE HELLP.

OBJETIVO.

Durante su estancia y hasta 10 días después la paciente no presentará Síndrome de Hellp.

JUSTIFICACION CIENTIFICA.

El síndrome de hellp es una serie de complicaciones que se pueden presentar en la preeclampsia-eclampsia y se caracterizan por hemólisis intravascular, daño hepático y trombocitopenia.

Se presenta en el 2 a 30% de las pacientes siendo mayor en la preeclampsia.

DIAGNOSTICO CLINICO:

Dolor en epigastrio irradiado en barra, acompañado y precedido de náuseas y vómito, sintomatología de un síndrome viral,

malestar en días anteriores a la presentación, hematuria, sangrado gastrointestinal, la hipertensión y proteinuria pueden estar ausentes.

Ganancia de peso y edema.

La hipertensión severa no es un hallazgo constante de hellp, hasta un 14.5% pueden tener tensión arterial diastólica menor de 90 mm Hg.

El hellp ocasionalmente se asocia a hipoglicemia que lleva a como, hiponatremia severa y ceguera cortical.

LABORATORIO:

HEMOLISIS INTRAVASCUAR.

- frotis de sangre periférica anormal.
- Bilirrubina mayor o igual a 1.2 mg /dl.
- DHL mayor de 600 IU/l.

DAÑO CELULAR HEPÁTICO.

- Elevación de enzimas hepáticas.
 - SGOT mayor o igual a 72 IU/L.
 - DHL mayor de 600 IU/L.

TROMBOCITOPENIA.

Biometría hemática con plaquetas menores de 100 mil/mm³.

FISIOPATOLOGIA.

La unidad fetoplacentaria hipoperfundida provoca liberación de productos que alteran la función endotelial, conduciendo al incremento de la sensibilidad a vasopresores y en ocasiones a coagulación intravascular diseminada.

Existe un aumento en la síntesis de Tromboxano A₂ y una formación de prostaciclina, esto produce vasoespasmo y lesión vascular en

múltiples órganos: los sitios no funcionantes del endotelio, condicionarán trombocitopenia y anemia hemolítica microangiopática. En relación a plaquetas se tendrá consumo y destrucción aumentados, que conduce a trombocitopenia. El organismo para tratar de conservar lo anterior presenta aumento del plaquetario y plaquetas inmaduras en la circulación.

Un aumento en la reactividad vascular a nivel de la arteria hepática produce vasoconstricción e hiperperfusión, evolucionando con procesos de hipoxia-isquemia, lo anterior podría evidenciarse por un aumento en el índice de pulsatilidad que traduce aumento en la resistencia al flujo sanguíneo.

El vasoespasmo y la irregularidad del endotelio, contribuiría a la destrucción de eritrocitos traduciéndose en hemólisis intravascular.

ACCIONES DE ENFERMERIA.

DEPENDIENTES.

Toma de signos vitales horarios.

Control estricto de ingresos y egresos.

Toma de PVC.

Toma de muestras de laboratorio:

Biometría Hemática, pruebas de funcionamiento hepático, frotis de sangre periférica.

INDEPENDIENTES.

Vigilar:- presencia de dolor en cuadrante superior derecho, Náuseas y vómito; Hematuria, Sangrado en sitios de punción, Aumento de edema. En caso de presentar los síntomas anteriores informar al médico tratante.

JUSTIFICACION CIENTIFICA.

El síndrome de Hellp es un padecimiento de evolución rápida que provoca la muerte de la paciente, por lo que la enfermera debe estar alerta a la primera señal de signos y síntomas de su presencia y avisar inmediatamente al médico.

La medición de la presión venosa central (PVC) determina la presión de la sangre de la aurícula derecha, que refleja la presión de la sangre en el ventrículo derecho. Determina el volumen de sangre y la capacidad del lado derecho del corazón para recibir y expulsar sangre.

La Presión venosa central se utiliza para valorar estado de hidratación, controlar la reposición hídrica y determinar requerimientos de fluidos específicos; valorar el volumen de sangre (129).

El diagnóstico clínico del síndrome de hellp se hace cuando la paciente presenta dolor en epigastrio, irradiado en barra acompañado y precedido de náuseas y vómito, hematuria, sangrado por los sitios de punción.

Los estudios de laboratorio muestran frotis de sangre periférica anormal, Bilirrubina mayor o igual a 1.2 mg /dl, DHL mayor de 600 IU/l, elevación de enzimas hepáticas: SGOT mayor o igual a 72 IU/L, DHL mayor de 600 IU/L; plaquetas menores de 100 mil/mm³ (130).

EVALUACION.

No se observaron signos, ni síntomas durante su estancia en el hospital.

(129).- Kozier Barbara; Erb Glenora, Blais Kathleen Blais, Young Johnson Joyce, Smith Temple Jean, Técnicas en Enfermería Clínica editorial Mc GRAW-HILL/INTERAMERICANA, ESPAÑA, 1ª edición al español de la 4ª edición en inglés, 1999. Vol. II pagina 678.

(130).- Vargas Gonzalez Alejandro, Diagnostico, clasificación y fisiología del Síndrome de Hellp, XI Congreso de Ginecología y Obstetricia. Curso transcongreso, actualización y controversias de Preeclampsia, Eclampsia y Síndrome de Hellp, Hospital de la Mujer, pagina 24-25.

3.2.3.14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE.

DATOS DE INDEPENDENCIA.

Estudio secundario; se muestra receptivo a todo lo que se le informa, no tiene dificultad para aprender si se le explica de acuerdo a su nivel educacional.

DATOS DE DEPENDENCIA.

Desconoce el padecimiento que en la actualidad le aqueja, ella refiere que le gustaría que le explicarán con más calma y en términos que ella entienda. Esta preocupada por el estado de salud de su hijo.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

Déficit de conocimiento relacionado con incomprensión de la información del diagnóstico y tratamiento de su enfermedad referido por la paciente como una necesidad de que se le explique en términos que ella entienda el proceso de su padecimiento.

OBJETIVO.

En las primeras 5 horas la paciente comprenderá y podrá explicar si le pregunta las características de su padecimiento y en que va a consistir su tratamiento.

JUSTIFICACION CIENTIFICA.

Un único problema de dependencia se manifiesta a nivel de la necesidad de aprender: la ignorancia. Es un defecto de conocimientos o una falta de saberes de las medidas que el individuo debe mantener o recuperar su salud.

ACCIONES DE ENFERMERIA.

- Averiguar las necesidades de aprendizaje del paciente
- Evaluar el conocimiento sobre la preeclampsia grave.
- Explicar en términos que la paciente y/o cliente comprenda el padecimiento, su tratamiento y posibles complicaciones.

JUSTIFICACION CIENTIFICA.

Aprender es una necesidad para el ser humano de adquirir conocimientos, actitudes y habilidades para la modificación de sus comportamientos o la adquisición de nuevos comportamientos con el objeto de mantener o recobrar la salud.

El comprender el padecimiento, tratamiento y posibles complicaciones por parte del cliente y/o paciente disminuirá su ansiedad y contribuirá con el personal de salud en su tratamiento (131).

Cuando el cliente y/o paciente ha adquirido los conocimientos, las actitudes y las habilidades para mantener su salud, este experimenta un sentimiento de seguridad, siendo así capaz de luchar contra la enfermedad, el estrés y la ansiedad de su estancia en el hospital (132)

EVALUACION.

María durante las primeras 5 horas comprendió su padecimiento, tratamiento y posibles complicaciones siendo capaz de poder responder a preguntas acerca de su enfermedad.

(131).- Reeder, Martin, Koniak; Op cit. pag. 346-350

(122).- Lise Riopelle, inf. M:N, Op cit. Pag. 69-73, 242-247.

PLAN DE ALTA

Fecha prevista para el alta: 10 DE ABRIL DE 1999.

Recursos humanos disponibles: esposo, suegra y madre.

Recursos económicos disponibles: Depende económicamente del esposo que es sargento primero auxiliar escribiente.

Se preveen cambios en su forma de vida después del alta: La llegada de un nuevo miembro a la familia modifica su forma de vida, teniendo que brindarle cuidados al recién nacido.

Doña María, su mejoría ha sido favorable, por lo que usted esta lista para dejar la sala, es importante que usted siga las siguientes recomendaciones:

Va estar pendiente si presenta dolor de cabeza, náuseas y vómito, que vea borroso, zumbidos en los oídos, dolor del lado derecho o boca del estómago, se lo dirá de inmediato a su enfermera.

REPOSO.

Su reposo va a ser relativo, esto quiere decir que va a poder levantarse al baño, bañarse, pero estará en cama por una semana, no va a cocinar, lavar, planchar ni hacer la limpieza de su casa, solo cuidara de su hijo.

DIETA.

Usted va a poder comer de todo, excepto reducirá la cantidad de sal a lo mínimo, tomará de 1.5 a 3 litros de agua al día, de los cuales estará incluida leche.

Incluirá una taza de fibra de la marca que usted prefiera en el desayuno.

CUIDADOS AL PERINE.

Cuando nació su bebé, le hicieron una cortadita, la cual le va a causar molestias como una semana, no se preocupe, esto es normal poco a poco van a disminuir las molestias hasta desaparecer, solo se va a lavar con agua y un jabón neutro, no use estropajo o zacate. No va ser necesario que le quiten los puntos ya que el hilo con que le cosieron se le va a caer solo.

Los primeros días va a ser necesario que se cambie su toalla sanitaria por lo menos cada tres horas o antes si lo considera necesario, después como usted lo considera.

Cada que orine o haga del baño tendrá que enjuagarse con agua tibia se secura el área sin tallarse para que no vaya a lastimarse y cambiara su toalla sanitaria de adelante hacia atrás

Cuando se siente va a sentir molestias por eso es importante que antes de hacerlo junte las pompis y manténgalas así durante un momento, hasta que se siente completamente esto le ayudara a disminuir las molestias, sin tener que sentarse de manera incomoda.

LOQUIOS Y ENTUERTOS.

Durante los primeros dos o tres días después del parto, va a sentir molestias(entuertos) en el vientre como cólicos de menstruación, porque su matriz o útero esta regresando a su estado de no embarazo; durante

uno o dos días va a sentir una bolita que le llega hasta el ombligo, es su matriz, la cual poco a poco se va ir haciendo mas chica hasta recobrar su tamaño normal, a los 10 días usted ya no tocará su matriz en su barriga.

Va a tener sangrado color rojo brillante, pueden aparecer coágulos pequeños lo que es normal, esto es durante los tres primeros días después del parto; del día 4 al 7 hay escurrimiento como sanguasa con color rosáceo o café rosáceo y su cantidad disminuye; para la primera semana y hasta la semana tres después de su cuarto escurrimiento por su vagina va disminuir mucho y tendrá un color crema o amarillento hasta tomarse café. Para la tercera semana usted ya no va a tener salida de liquido por vagina pero es posible que tenga un manchado de su toalla color café que le dure un poco más. Este escurrimiento no tiene mal olor.

CUANDO VA A ORINAR.

A usted se le acaba de retirar la sonda por la que usted estaba orinando.

Debe estar muy pendiente de orinar a las ocho horas de que salga del servicio, si no sucede así tiene que avisarle a la enfermera de la sala también antes si tiene mucha molestia.

Es posible que sienta ardor las primeras veces que orine lo cual es normal pero si esto sigue después de varios días tiene que avisarle al médico.

CUANDO VA A DEFECAR.

Su primera defecación se va a producir en dos o tres días, es posible que tenga un poco estreñimiento aun con el medicamento que le receto el médico, por eso es importante que coma usted mucha verdura de hoja verde de preferencia y coma frutas como papaya o naranja en la cantidad

que usted prefiera, además podrá incluir un poco de cereal de fibra por la mañana.

CUIDADOS A LA MAMA.

Usted va a pasar a sala por que su mejoría a sido buena pero va estar en observación durante un tiempo, si sus presiones altas disminuyen hasta que estén bien va a poder darle el pecho al niño pero por el contrario si todavía tiene las presiones altas será necesario darle medicamento para que su presión baje por lo que no va a poder darle pecho a su bebé ya que este medicamento le causaría daño.

Durante los dos primeros días después del parto va a tener escurrimiento por el pezón a esto se le llama calostro y sus pechos solo van a aumentar de tamaño un poco.

Hasta que no lo ordené el médico o la enfermera usted no se va a dar masaje en los senos o se va a estar tocando los mismos, en caso de que tenga demasiadas molestias le avisara a su enfermera.

ES IMPORTANTE QUE USTED ESTE PENDIENTE DE LO SIGUIENTE PARA QUE USTED ACUDA AL HOSPITAL EN CASO DE QUE YA LA HAYAN DADO DE ALTA.

- 1.- Si usted nota que aparece salida de sangre por la vagina o loquios color rojo brillante después de que ya eran café rojizo o pálido.
- 2.- Si hay fiebre o escalofríos.
- 3.- Aumento de flujo vaginal especialmente si es de mal olor.
- 4.- Area inflamada o adolorida, enrojecida o caliente en una pierna.
- 5.- Area inflamada o adolorida, enrojecida o caliente en las mamas.
- 5.- Sensación quemante o dolor al orinar, o no puede orinar.

6.- Dolor en la parte de debajo de su barriga.

La enfermedad que presento es muy delicada y solo les da a las mujeres embarazadas y en los primeros días de que nace su bebe; es posible que se vuelva a presentar en su próximo embarazo, por eso es muy importante que desde que sepa que espera a su próximo hijo acuda con el médico.

CONCLUSIONES.

La profesión de enfermería debe poseer gran número de conocimientos y habilidades los cuales deben estar basados en un modelo conceptual definido, siendo este el punto de apoyo del ejercicio de la profesión el cual vincula los postulados y valores que forman los cimientos teóricos en los que se apoya el concepto de los cuidados, mismos que constituyen el cómo y el porque de la profesión de enfermería.

Actualmente la profesión cuenta con diferentes modelos que derivan de las ciencias naturales, físicas, de la conducta humana y de la investigación en enfermería, para que pueda aplicarlos en su práctica diaria; esto hace de la enfermería una disciplina muy completa así como compleja, por lo cual el personal de enfermería tiene la obligación de conocerlos y poner en práctica el modelo que más se ajuste a las necesidades del paciente y/o cliente al cual le proporciona sus cuidados; puesto que todos los modelos tienen ventajas y desventajas al ser utilizados.

Como modelo conceptual de Virginia Henderson nos proporciona todos los elementos para que nuestro objetivo de dar cuidados de calidad y calidez se cumpla, ya que este le permite al profesional de los cuidados establecer una relación enfermera-paciente, que sea adaptada a sus necesidades, el cual se fundamenta en la presencia de un ser humano con ciertas exigencias fisiológicas y aspiraciones, que ella denomina necesidades fundamentales.

Para poder poner en práctica un Proceso Atención de Enfermería que cubra la necesidades del cliente y/o paciente, el modelo conceptual de Virginia Henderson facilita en forma extraordinaria la identificación de

SUGERENCIAS.

Reconozco que después de haber terminado mi carrera técnica conocía la existencia del proceso atención enfermería de manera muy somera, lo que recuerdo de ese tiempo es la angustia que sentía cuando mi instructora me pedía mi plan de cuidados, esto obviamente elaborado en un formato prediseñado que ellas nos proporcionaban, desde entonces me quede con la idea que hacer un escrito de la patología y realizar un plan de cuidados de la misma era hacer proceso atención enfermería.

También tengo que admitir que en mi escuela las teóricas en enfermería ni se conocen, bueno, ese comentario lo hago por que no recuerdo que me las hayan mencionado en ningún momento cuando fui estudiante, por lo mismo desconocía su existencia hasta el momento que curse la licenciatura en enfermería; así como yo, hay muchas enfermeras por no decir la gran mayoría que ni idea tienen de todo esto.

Nos justificamos las que conocemos un poquito del Proceso Atención de Enfermería diciendo que no es aplicable ya que la falta de personal y por consiguiente con la carga de trabajo es imposible llevarlo a la practica, yo no pienso así, considero que si se nos educará para tenerlo inmerso en nuestros conocimientos y desde un principio lo lleváramos a la práctica, no necesitaríamos tomar un libro de consulta o meternos horas y horas a la biblioteca con cada paciente al cual le proporcionamos cuidados, con lo que nos quedaría tiempo para dedicárselo a la aplicación del proceso.

A N E X O S .

ANEXOS I

TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO

Se define como hipertensión arterial durante el embarazo a la presión sanguínea sistólica de 140 mmHg o más y presión diastólica de 90 mmHg ó más por lo menos en 2 registros, con un mínimo de 6 horas de diferencia entre uno y otro, presentándose después de las 20 semanas, esta definición es la expresada por el Comité de Terminología del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos.

La proteinuria debe ser la presencia de 300 mg de proteína o más en una colección de orina de 24 hrs ó bien 300 mg/l ó más en tiras reactivas (133)

El edema es la acumulación excesiva y generalizada de líquido en el espacio intersticial (133)

En esta forma la H.I.E., es un padecimiento ó grupo de padecimientos que se presentan desde la semana 20 o más del embarazo, durante el parto y el puerperio inmediato, remitiendo dentro de los 10 días siguientes a la terminación del embarazo. La preeclampsia se define como la presencia de hipertensión arterial junto con proteinuria y edema, durante el embarazo. El desarrollo de convulsiones recibe el nombre de Eclampsia.

(133)- Sibai BM. Preeclampsia Eclampsia . Curr Probl Obstet Gynecol Fertil 1990;167 1-45

Se ha podido observar que los problemas hipertensivos del embarazo son causa de un incremento en las tasas de mortalidad materno-fetal en todo el mundo; todo ello por las repercusiones en órganos y sistemas, como el de coagulación, sistema nervioso central, hígado, riñón y corazón (134); en relación con el feto, se presentan consecuencias como insuficiencia placentaria crónica, factible de agudizarse por el curso de la enfermedad o por efecto de medicamentos, principalmente los hipertensivos administrados a la madre (135).

En Estados Unidos en el periodo comprendido de 1980 a 1984 se reportaron 601 muertes maternas, de las cuales el 12 % fueron a causa de Hipertensión Inducida por el Embarazo; se presenta en 6 a 8 % de todas las mujeres embarazadas (136), y volviéndose a presentar hasta en la tercera parte de las mujeres embarazadas con el antecedente de pre-eclampsia, siendo responsable del 15% de muertes maternas en ese país.

En México, en el Hospital de la Mujer en el periodo de 1990 a 1994, en un total de 52,282 partos se encontró que el 15.9% de paciente fallecieron a causa de H.I.E, colocándose de esta manera en la primera causa de muerte materna en ese nosocomio (137)

(134).- Daony WS, Brinkman CHR. Antihipertensores y embarazo. *Tem Act de Ginecoly Obstet* 1987;4:817-41

(135).- Rochat RW, Koonin LM, Atrash HK, et al. the maternal Mortality Collaborative. Maternal mortality in the United States: report from the Maternal Mortality Collaborative. *Obstet Gynecol* 1988;72:91-97.

(136).- Rivas RYE. Muerte Materna en el Hospital de la Mujer; *Revisión Medica del Hospital de la Mujer*. 1996;6:7-10.

(137).- Ruiz MJA, Rodríguez EC, Marquez TJF. Mortalidad Materna en el Hospital Central Militar *Gin Obst Mex* 1982;50:29-32.

En el Hospital Central Militar, se estudió a 124 muertes maternas ocurridas entre 1968 y 1993, encontrando que el 21.8% fallecieron por esta enfermedad, colocándola en la segunda causa de muerte materna en ese hospital. (138,139).

En cuanto a la prevalencia de esta afección es mayor en ciertos grupos de mujeres, en las cuales se incluyen a las nulíparas con un riesgo de 3:1 (140), adolescentes o mujeres mayores de 35 años, con un riesgo de 3:1 en mujeres de más de 40 años (141); en embarazos múltiples o con presencia de hidramnios existe un riesgo de 4:1 (142); las mujeres con embarazo complicado por diabetes sacarina, el riesgo es de 2:1; con algunos antecedentes de hipertensión es de 20:1 (143), las pacientes con antecedentes de preeclampsia tienen un riesgo mayor de sufrir preeclampsia en un nuevo embarazo (144); se relaciona el nivel socioeconómico bajo con esta enfermedad (145).

(138).- Ruiz MJA. Mortalidad materna en el Hospital Central Militar, Comparación de dos periodos consecutivos de 13 años. *Rev Snd Mil* 1996;4:113-6

(139).-Cunningham FG, Leveno KJ. Management of pregnancy-induced hypertension. In: Rubin PC, ed. *Handbook of hypertension*, Vol X, hypertension in pregnancy. Amsterdam. Elsevier Science, 1988:290.

(140).- Spellacy WN, Miller SJ, Winegar A, Penancy after or age. *Obstet Gynecol* 1986;68:452-4.

(141).- Thompson SA, Lyons TL, Makowaki EL. Outcomes of twin gestations at the University of Colorado Health Science Center, 1973-1983. *J Reprod Med* 1987;32:328-339.

(142).- Branch DW, Silver RM, Bickwell JL, Reading JC, Scott Jr. Outcome of treated pregnancies in women with antiphospholipid syndromes: an update of the Utah experience. *Obstet Gynecol* 1992;80:614-620.

(143).-Cunningham FG, Cox SM, Harstad TW, Mason RA, Pritchard JA. Chronic renal disease and pregnancy outcome. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 163:453

(144).-Everest F , Magam y James N, Martin Jr: Hipertension de inicio reciente: *Clinic Gin Obstet* 1995;147-159.

(145).- Lopez-Llera M. Actualización y controversias en pre-eclampsia y síndrome de HELLP. *Obstet Gynecol* 1995;3-4.

En la actualidad podemos decir que la eclampsia y las formas graves de preeclampsia continúan siendo causa importante de morbi-mortalidad materno-perinatal; que no se han podido precisar o los mecanismos causales responsables; que la información sobre el tema tanto nacional como internacional a pesar de un incremento sustancial, resulta incompleta y de difícil acceso; que el incremento de recursos y enfoques terapéuticos modernos han provocado confusión e inseguridad; y que las políticas preventivas propuestas no han tenido el éxito esperado (146).

De hecho, todo hace pensar que estas tendencias seguirán manteniéndose al comenzar el siglo XXI, pero con alarmantes consecuencias para las poblaciones de escasos recursos. Es por ello que en tanto no se pueda registrar un avance claro y sostenido en este problema resulta obligado el análisis y estudio de prácticamente toda clase de actividad asistencial y académica de los integrantes de las ciencias de la salud. (147).

A pesar de los adelantos que caracterizan a la medicina moderna, sigue desconocida la etiología de la H:I:E:, pero se ha relacionado con factores genéticos, inmunológicos y ambientales. (148).

En la actualidad la teoría más aceptada es la que describe un desequilibrio entre la prostaciclina, sustancia de efecto vasodilatador y antiagregante plaquetario y el tromboxano, potente vasoconstrictor, capaz de agregar las plaquetas. También hay aumento de endotelina y disminución de factor relajante derivado del endotelio (149), lo que hace suponer que se trata de una competencia entre sustancias vasodilatadoras y antiagregantes plaquetarias, con sustancias vasoconstrictoras y con capacidad de agregar dichas células, predominando la última; trayendo como consecuencia aumento de la presión arterial, lentitud circulatoria con hipoxia secundaria, depósitos de fibrina, alteraciones de la coagulación, de

la permeabilidad capilar, fuga de filtrado al espacio extravascular ocasionando hipovolemia y edema. La elevación de la presión arterial contribuye también a la mayor reactividad de los vasos a sustancias constrictoras que tienen estas enfermas.

Las alteraciones descritas se inician a nivel de la circulación útero-placentaria generalizándose posteriormente; esto hace a la H.I.E., el prototipo de enfermedad sistémica, con un cuadro clínico diverso dependiendo en cada caso del o los órganos afectados, por esto el personal médico y de enfermería debe conocer y tener siempre en mente que cada mujer puede expresar diferentes síntomas y signos (150).

DIAGNOSTICO.

La determinación de preeclampsia se facilita mediante observaciones cuidadosas antes del parto e identificación temprana en las mujeres que se sabe tienen factores de riesgo que las predispone a la enfermedad. La aparición de tendencias ascendentes, en la presión arterial en normotensas o un aumento rápido de peso en el segundo o tercer trimestre sugiere diagnóstico potencial de Preeclampsia. Generalmente siempre el primer hallazgo clínico en detectarse es la hipertensión arterial, debida al vaso espasmo arteriolar, y que se establece cuando esta es igual o mayor de 140/90 mmHg.

En el diagnóstico de la preeclampsia se ha requerido tradicionalmente la identificación de H.I.E más la presencia de proteinuria y/o edema generalizado.

(146).- De Alvarez RR. Preeclampsia y enf.renales en el embarazo. Clin Obstet Ginecol 1978;3:923.

(147).-Friedman SA. Taylor RN. et al .fisiopatología de la preeclampsia. Clin Prinatol 1991;4645-65

(148).-Daony WS. Brinkman CHR.Antihipertensores y embarazo Tem Act de Ginecoly Obstet 1987;4:817-41

(149) Friedman SA. Taylor RN. et al .fisiopatología de la preeclampsia Clin Prinatol 1991;4645-65

(150) Daony WS. Brinkman CHR Antihipertensores y embarazo Tem Act de Ginecoly Obstet 1987;4:817-41

En cuanto a la proteinuria es importante saber que todas las tiras comerciales expresan la cantidad de proteinuria en mg/dl, éstas deberán obtenerse de orina clara y obtenida a medio chorro durante la micción o a través de sonda vesical, la paciente debe estar en reposo y tomar en cuenta que:

- 1.- La contaminación por bacterias o secreciones vaginales dan resultados falsos positivos
- 2.- El ejercicio puede darnos una excreción aumentada
- 3.- La postura nos altera el resultado por existir una proteinuria ortostática
- 4.-La densidad de orina menor a 1.010 origina resultados falsos-negativos y mayor de 1.030 da falsos- positivos
- 5.- El ph urinario cuando es mayor de 8 da resultados falsos-positivos.

Con lo que respecta al edema que es el signo que sigue en la preeclampsia, es importante 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 y su clasificación se lleva a cabo en cruces (151).

(151) Rochat RW, Koonin LM, Atrash HK, et al. the maternal Mortality Colaeorative. Maternal mortality in the United States: report from the Maternal Mortalliu Collaborative. Obstet Gynecol 1988;72:91-97.

Para confirmar el diagnóstico se identifica: como lo es el aumento de peso, donde un incremento súbito puede preceder el desarrollo de preeclampsia, cuando este es de unos 400 gr. Por semana es normal, pero si excede de un kilo en cualquier semana o 2750 gr. en un mes, se considera como un dato confirmatorio de preeclampsia (152). La cefalea es un indicativo de agravamiento de la enfermedad, este es frontal, pero puede ser occipital y es resistente con analgésicos ordinarios.

En las alteraciones visuales, el síntoma más frecuente de presentarse son los escotomas o la percepción transitoria de luces o manchas negras, puede progresar hasta desarrollarse una incapacidad brusca para enfocar, visión borrosa y en casos graves ceguera total; en el examen oftalmológico solo demuestra la existencia de vasoespasma (153). La exaltación de los reflejos ostotendinosos profundos denota irritabilidad del sistema nervioso central, así mismo puede presentarse como mioclonias o sacudidas espasmódicas de los dedos.

En cuanto a los auxiliares de diagnóstico es importante tomar muestras de Laboratorio para detectar algún cambio en la homeostasia del riñón, hígado. (154).

El la Preeclamsia Grave se produce una elevación en suero de Creatinina, Nitrógeno Ureico y Ácido Úrico, así como una disminución de la depuración de Creatinina, proteinuria y cambios en sedimento urinario.

152 Rochat RW, Koonin LM, Atrash HK, et al. the maternal Mortality Collaborative. Maternal mortality in the United States: report from the Maternal Mortality Collaborative. *Obstet Gynecol* 1988;72:91-97.

153 Rivas RYE. Muerte Materna en el Hospital de la Mujer; *Revisión Medica del Hospital de la Mujer*. 1996;6:7-10.

154 Ruiz MJA, Rodriguez EC, Marquez TJF. Mortalidad Materna en el Hospital Central Militar. *Gin Obst Mex* 1982;50:29-32.

La Preeclampsia Leve muestra alteraciones escasas o nulas de las Enzimas Hepáticas, en cambio en la Preeclampsia Grave suelen producirse elevaciones marcadas de Transaminasa Glutámico-pirúvica, Transaminasa Glutámico-oxalacética y la Deshidrogenasa Láctica (DHL) todas ellas en sangre.

Después del parto los valores de los niveles de estos estudios disminuyen rápidamente, alcanzando valores normales al 5^{to} día del postparto, la D.H.L. disminuye más lentamente alcanzando valores al octavo o noveno día del postparto. (155, 156).

1. CUIDADOS DE ENFERMERIA

Es conveniente que las mujeres con síntomas tempranos de preeclampsia permanezcan en el hogar, con modificación de actividades o reposo en cama, que se recuesten en posición lateral izquierda. Esta posición reduce la presión arterial, aumenta el flujo sanguíneo uterino y favorece

La producción de catecolaminas endógenas (157). Se revisa la administración de sedantes o fármacos antihipertensivos que se recetaron.

Si los síntomas de preeclampsia persisten o progresan, la paciente debe ingresar al hospital, favoreciendo una atmósfera hospitalaria terapéutica, proporcionándole un medio cómodo y tan agradable como sea posible.

155 Ruiz MJA. Mortalidad materna en el Hospital Central Militar, Comparación de dos períodos consecutivos de 13 años. Rev Snd Mil 1996;4:113-6

156 Cunningham FG, Leveno KJ. Management of pregnancy-induced hypertension. In Rubin PC, ed. Handbook of hypertension, Vol X, hypertension in pregnancy. Amsterdam: Elsevier Science, 1988:290.

157 Spellacy WN, Miller SJ, Winegar A, Penancy after or age. Obstet Gynecol 1986;68:452-4.

Es conveniente que la enfermera esté en habitación individual, sin ruido y con luz tenue, restringiéndole las visitas innecesarias, de lo contrario la persona que se acerque a la cama puede inferir con la eficacia del tratamiento. Se realizan todos los esfuerzos para aliviar el nerviosismo de esta, ya que en ocasiones es producto de temores con respecto a la enfermedad o preocupaciones por el bienestar de su familia. En el hogar. La paciente con Preeclampsia Grave requiere cuidado INDIVIDUAL de una enfermera.

La enfermera debe contar con el equipo necesario para el cuidado seguro y eficiente de la paciente, en este se requiere de una vía respiratoria oral, con el fin de evitar que la paciente se muerda la lengua en caso de convulsiones, además es necesario contar con una charola que contenga equipo para cateterización y ministración especial de medicamentos si se le esta ministrando Sulfato de Magnesio, será necesario que en esta exista un frasco con gluconato de calcio, Bicarbonato de sodio, hidralacina, epinefrina, además de contar con el equipo de oxigenoterapia, barandales acojinados y un equipo de succión.

Cuando se ordena cualquier tratamiento es mejor efectuar el procedimiento después de sedar a la paciente retirándole previamente las prótesis dentales y los lentes de contacto. Si la enferma no está en trabajo de parto la enfermera debe estar alerta para detectar signos del mismo en especial después de administrarle el sedante o de alguna complicación como lo es el desprendimiento prematuro de placenta.

La paciente se encontrará en reposo, si requiere de medicamentos, tratamientos y procedimientos de enfermería se administrarán de manera simultánea si lo permiten las órdenes del médico, para que la paciente no se fatigue. Se efectuará observaciones frecuentes síntomas progresivos o cambios de estado con particular atención a las

perturbaciones visuales, cefálea y dolor epigástrico. Se examinará la orina para detectar proteínas con una muestra limpia de la corriente media del chorro.

La administración de fármacos prescritos para reducir la presión arterial es una intervención de enfermería importante para mujeres preeclámpticas en etapas avanzadas de la enfermedad. Cuando se ordena sulfato de magnesio ($MgSO_4$), la enfermera debe preparar el medicamento y valorar a la paciente, administrándosele con cuidado, regulándolo con bombas de infusión.

Como puede producirse efectos secundarios graves es fundamental que se vigile la producción de orina, los reflejos tendinales profundos y la frecuencia respiratoria antes, durante y después de administrar el $MgSO_4$.

Se valora la frecuencia cardíaca fetal mediante monitoreo electrónico continuo de tipo externo, porque cualquier fármaco prescrito tiene potencial para afectar al feto.

La enfermera debe estar preparada para una intervención quirúrgica de urgencia, agregando a la charola de medicamentos frascos con oxalato para muestras sanguíneas, soluciones parenterales y comprobar con la paciente o familiares el ayuno mínimo de 6 horas, proporcionándole sus cuidados preoperatorios inmediatos.

Después de la resolución del parto la enfermera continuará con los cuidados de la paciente al igual que antes de este, proporcionándole a esta una guía precisa de cuidados al irse de alta (158).

(158).- Spellacy WN, Miller SJ, Winegar A, Penancy after or age. *Obstet Gynecol* 1986;68:452-4.

ANEXO II

PROTOCOLO DE MANEJO DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES CON HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO EN EL HOSPITAL CENTRAL MILITAR.

- I. Se define HIPERTENSIÓN ARTERIAL como una presión sanguínea sistólica de 140 mmHg ó más y una presión sanguínea diastólica de 90 mmHg ó más por lo menos en 2 registros con un mínimo de 6 horas de diferencia entre uno y otro.

PROTEINURA. Es la presencia de 300 mg ó más en una colección de orina de 24 horas o 300mg/dl ó más en tiras reactivas.

EDEMA. Es la acumulación excesiva de líquidos en los tejidos (espacio intersticial).

II. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO

A. HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO

Es la hipertensión que se desarrolla como consecuencia del embarazo y revierte en el puerperio.

1. Hipertensión sin proteinura o edema patológico

2. Preeclampsia

- a. LEVE
- b. GRAVE

3. Eclampsia

B. HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA CON PREECLAMPSIA SOBREGREGADA

Hipertensión agravada por el embarazo

1. Preeclampsia sobregregada
2. Eclampsia sobregregada

C. HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA

III.- Los factores de riesgo de padecer esta complicación incluye a las mujeres nulíparas, con historia familiar de preeclampsia-eclampsia, embarazo múltiple, hidramnios, diabetes, síndrome de antifosfolípidos, enfermedad vascular crónica, enfermedad renal, nivel socioeconómico bajo; en embarazos con menos de 20 semanas de gestación, se puede relacionar con mola hidatiforme.

IV.- Se hace diagnóstico de Hipertensión Inducida por el Embarazo a las pacientes que en la segunda mitad de este; se les detecte presión arterial sistólica por arriba de 140 mm Hg y diastólica de 90 mmHg ó más,

Mismas que se hospitalizan para su estudio y clasificación. La enfermera realizará las siguientes acciones:

- A. Interrogará sobre los signos y síntomas de agravamiento, como es la presencia de dolor de cabeza, acúfenos, fosfenos, dolor epigástrico, edema, aumento excesivo de peso, visión borrosa, náuseas o vómito.
- B. Tomará los Signos Vitales, así como el peso; en especial la presión arterial para lo cual colocará a la paciente en decúbito lateral izquierdo, valorando esta en el brazo derecho, entre una y otra

es menor de 1.010 da resultados falsos-negativos y mayor de 1.030 da resultados falsos-positivos. (Estos dos último rubros se encuentran implícitos en la tira reactiva). Informando al médico el resultado.

E. Al ingresar la paciente a la sala, la enfermera se presentará con esta, indicándole su cama y políticas del hospital, proporcionándole un medio cómodo y tan agradable como sea posible.

F. En estas pacientes la enfermedad realizará:

- a. Toma de presión arterial cada 4 horas, para lo cual se llevará una curva de esta.
- b. Diuresis por turno, indicará a la paciente que orine en un comodo, midiéndola posteriormente.
- c. Albúmina en orina de 24 horas con Depuración de Creatinina. Se le instruirá a la paciente para que no tire ninguna micción en el día, las cuales depositará en un recipiente de plástico grande y limpio este procedimiento se llevara a cabo en cuanto ingrese la paciente durante 24 horas por lo que la enfermera rotulara el recipiente con fecha y hora de inicio. En caso de que se pierda una muestra se volverá a realizar el procedimiento.
- d. Reposo Absoluto. se le indica a la paciente que debe ser en Decúbito Lateral izquierdo de preferencia.
- e. Peso diario. Con las condiciones descritas anteriormente, teniendo en alerta que un aumento de 900 gramos por semanas se deberá considerar como sospechoso y el de 1,360 gramos como de alarma, comunicándole el resultado al médico y anotarlo en la Hoja de Enfermera.
- f. Se trasladará a la paciente al servicio de tocardiografía para realizarse una prueba de no estrés (N.S.T.); cuando el embarazo es

Es mayor de 32 semanas y por lo menos 2 veces por semana, informándole en que consiste y que previo a este debe desayunar para que no se altere el estudio.

g. Valorar el edema por turno. Con las consideraciones anteriores

h. Dieta de Alto Residuo Esta se indica para mejorar la función intestinal.

H.E l médico clasificará la H.I.E. en base a los riesgos de presión arterial y el reporte del estudio de depuración de creatinina en orina de 24 horas , indicando si es:

a.Hipertensión Inducida por el embarazo sin proteinura ni edema patológico.

la paciente se dará de alta con los mismos cuidados que en un hospital, con cita en consulta externa de Alto Riesgo.

b.Preeclampsia Leve

1. Se realizará los cuidados anteriores más:
2. La vigilancia materno-fetal consiste en la toma de estudios de agravamiento como sigue:
 - I Alabumina por turno
 - II Cuenta de plaquetas y hematocrito cada 48 horas
 - III Determinación de ácido úrico, creatinina y enzimas hepáticas dos veces por semana

IV Depuración de creatinina y albúmina en orina de 24 horas una vez por semana

V Ultrasonido seriado cada 10 días, para realizar curva de crecimiento y determinar el volumen de líquido amniótico.

VI hoja de movimiento fetales y NST dos veces por semana

Además vigilará los siguientes datos clínicos:

Signos vitales por turno

Nivel de conciencia de la paciente

Alteraciones de la visión y dolor epigástrico

Presencia de cefalea

3.-Si el embarazo es menor de 37 semanas seguirá con estudios para determinar agravamiento y vigilancia fetal.

4.-cuando sea mayor de 37 semanas se terminará el embarazo en base previa valoración obstétrica del Índice Bishop; el cual es un medidor de la madurez cervical.

Si es menor de 6 continuará con vigilancia materno-fetal y se podrá inducir la madurez cervical con Dinoproston, individualizando el caso.

Si la valoración es mayor o igual a 6 se inducirá el trabajo de parto, para lo cual la paciente se trasladará al servicio de Tococirugía, en donde se indicará el procedimiento; se le acomodará en una cama en el

Cubiculo de labor, sin ruido y sin luz fuerte.

5-. El médico o la enfermera especialista iniciará el monitoreo no invasivo fetal con un cardiotocógrafo ó en su defecto con un estetoscopio de Pinard cada 15 minutos mientras dure la Inductoconducción y durante el trabajo de parto.

6.- Procederá a colocar una vía endovenosa periférica con un catéter de grueso calibre, con 500 ml de Solución Hartmann en bolo.

7.- Después de ministrar la solución anterior, se prepara una solución de 500 cc. Solución Hartmann más 2 UI de oxitocina, quedando bajo la responsabilidad del médico o enfermera especialista la regulación del goteo de la misma.

8.- Se realizará aseo perineal a las pacientes, asistiendo al médico en la exploración física, en la cual determinará posición, presentación, encajamiento del producto, integridad de membranas, dilatación y borramiento, teniendo cerca el amniotomo por si se requiere realizar amniotomía.

9.- Es indicación médica el acortamiento del segundo período del trabajo de parto, por lo que la enfermera prepara el extractor de vacío y/o fórceps de salida, pinzas de anillos, valvas, vaselina estéril, guante estéril del Num.8; proporcionando los cuidados específicos para este procedimiento.

10.- Después del parto la paciente será trasladada a su sala verificando la involución uterina, líquidos parenterales permeables, presión arterial, sangrado transvaginal.

11.- La paciente en la sala continuará con curva de presión arterial cada 4 horas, albuminarias por turno, reposo relativo y amantamiento.

12.- En base a su evolución satisfactoria la paciente será dada de alta.

III. PREECLAMPSIA GRAVE.

En caso de que la paciente con H.I.E., sin edema y proteinuria patológico o Preeclampsia Leve comience a presentar los siguientes criterios se clasificará como Preeclampsia Grave:

- Presión arterial sistólica de 160 mmHg o más diastólica de 110 mmHg.
- Proteinuria mayor de 5 gr. en orina de 24 horas
- Creatinina sérica elevada
- Convulsiones tipo gran mal (Eclampsia)
- Edema Pulmonar
- Oliguria (menos de 500ml en 24 horas)
- Hemólisis microangiopática
- Trombocitopenia
- Transaminasas elevadas
- Cefalea, alteración de la visión, dolor epigástrico en un cuadrante derecho del abdomen.

A. Los cuidados serán igual que para la paciente con Preeclampsia Leve, teniendo además:

B. En cuenta que el tratamiento de la preeclampsia grave es la terminación del embarazo; la vía del mismo la indicará el médico, en base a que:

a. Si la paciente tiene más de 32 semanas, aun con bishop inadecuado se inducirá el trabajo de parto.

b. Si la edad gestacional es menor de 32 semanas y el bishop es:
6 se induce el trabajo de parto

>6 se realizará cesárea

C. A la paciente se le colocará un catéter venoso central, con escala de medición para Presión Venosa Central.

D. Se utiliza en las pacientes Sulfato de Magnesio ($MgSO_4$), indicando con una dosis de 4 gr. de este en 250 ml de solución glucosa al 5% y posteriormente a 1 gr. por hora, por 24 horas, por lo que la enfermera debe conocer los signos de intoxicación que son:

a. Calor generalizado

- b. Enrojecimiento
- c. Sed
- d. Sudoración
- e. Ansiedad
- f. Hipotensión
- g. Flacidez
- h. Respiraciones menores de 12 por minuto
- i. Reflejos osteotendinosos disminuidos vigilar reflejos
- j. Diuresis de 30 ml por hora
- k. Bradicardia fetal.

E. Se le colocará una Sonda de Foley, por lo que se debe de reunir el equipo lo más rápido posible, se le tomará estudios de agravamiento manteniendo a la paciente en reposo absoluto, sin vía oral, su habitación deberá ser individual , sin ruidos, ni luz , se restringirán las visitas innecesarias ya que incrementan la ansiedad de la paciente. El programa de medicamentos, tratamientos y procedimientos de enfermería se proporcionará de manera simultánea si lo permiten las ordenes,médicas pero solo de modo que no se fatigue la paciente.

F. La enfermera contará con una charola cerca de la unidad de la paciente, esta contiene, abatelenguas, catéteres venosos, soluciones parenterales, equipo para ministrar oxígeno y aspirar secreciones, los medicamentos: MgSO₄, Gluconato de calcio, bicarbonato de sodio, hidralacina, y Epinefrina, además contara con barandales acojinados, aparato de aspiración de secreciones y ministración de oxígeno.,. Observar en todo momento los cambios de estado de la paciente y del producto para poder descartar hemorragia vaginal o rigidez uterina, que sugieran Abruptio Placentae.

G. Es importante en la valoración de las pacientes el tiempo que se tiene de ayuno ya que por lo mínimo deben de ser 6 horas.

H. A indicación médica se podrán administrar medicamentos para controlar la hipertensión arterial:

a. El Diazóxido intravenoso el cual se administra de 1 mg x kg de peso corporal, sin sobrepasar de 150 mg en cada aplicación rápida, en estas pacientes se debe de estar monitorizando la presión arterial cada minuto hasta que se estabilice y después cada hora, este medicamento se administrará en periodos de 5 a 15 minutos; la enfermera vigilará las reacciones adversas del medicamento, las cuales son: vómito, náuseas, molestias abdominales, rubor, sudoración, hipotensión ortostática;

Hidralacina 10 mg por vía oral, cada 8 horas, si a pesar de este medicamento, la presión arterial no desciende de 160/110 mmHg, a indicación médica se le administrará a la paciente un comprimido de 5 mg de Nifedipina sublingual, valorando la presión arterial a los 15 minutos, hasta que se estabilice. Otro medicamento que no debe de faltar es el Gluconato de calcio para revertir el Sulfato de Magnesio, en este se administrarán 5-10 mEq en 3 minutos.

J. Después del parto la paciente permanecerá en el área de terapia intermedia de Tococirugía en donde se vigilarán los mismos datos de agravamiento, el manejo de enfermería será igual, volviendo a tomar estudio de agravamiento después de 4 horas postparto, esto aunado a la mejoría de la paciente, se decidirá por parte del personal médico su traslado a sala.

- K. En la sala la paciente continuará con su monitorización horaria; el Sulfato de Magnesio debe de permanecer durante 24 horas.
- L. A la paciente se le debe proporcionar sus cuidados del puerperio como a cualquier paciente, con la salvedad de que por la gravedad de la enfermedad, en ocasiones necesitará que se le proporcione baño de esponja y cuidado especial las mamas.
- M. En cuanto la paciente sea dada de alta, la enfermera proporcionará orientación respecto a medicamentos de base, dieta, cuidados del puerperio y del recién nacido, haciendo resaltar la importancia del cuidado prenatal en el próximo embarazo.

GLOSARIO.

ACTIVIDAD.

Acción o tarea específica que hay que realizar para transformar en realidad los objetivos.

ACTIVIDAD DE ENFERMERIA

Acción realizada por la enfermera para prevenir la enfermedad o sus complicaciones, mantener o restablecer la salud.

ACTIVIDAD INDEPENDIENTE DE ENFERMERIA.

Actividad reconocida como responsabilidad de enfermería y que no requiere de supervisión o dirección de otros.

ACTIVIDAD INTERDEPENDIENTE DE ENFERMERIA.

Actividad de enfermería que requiere dirección o asesoramiento de otros profesionales de salud.

ANAMNESIS.

Conjunto de datos pertenecientes al enfermo, recogidos a través de interrogatorio del paciente y sus familiares.

ANSIEDAD.

Estado en que el individuo o grupo experimenta sentimiento de inquietud, aprensión y alteración del sistema nervioso autónomo como respuesta a amenazas vagas inespecíficas.

ASISTENCIAL.

Area de trabajo vinculada con la prestación de servicios de salud, ya sea en el hospital o institución de salud pública.

ANTIHIPERTENSIVO.

Cualquier agente que reduce la tensión arterial alta.

COMUNICACIÓN.

Es el medio por el cual nuestras tendencias, sentimientos y/o deseos son captadas por otros.

COMUNIDAD.

Congregación de personas que viven unidas sujetas a ciertas reglas comunes.

CRITERIO.

Es un elemento concreto que sirve de norma o modelo.

DIAGNOSTICO.

Investigación de los síntomas de una enfermedad para reconocerla y clasificarla por una denominación propia.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

Problemas de salud reales o potenciales que las enfermeras, en virtud de su educación y experiencia, están capacitadas y autorizadas a tratar.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA DE BIENESTAR.

Es un juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar, hacia un nivel mas elevado y deben estar presentes dos hechos: deseo de un mayor nivel de bienestar y estado o función actuales eficaces.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA POTENCIAL:

Conocido ahora como el diagnóstico de alto riesgo.

EMPATIA.

Facultad de identificarse con alguien, de compartir con alguien lo que siente.

ENSEÑANZA.

Es la tarea de preparar al hombre para vivir en una sociedad en evolución constante.

ENFERMERA.

Es una persona que ha completado un programa básico de educación en enfermería y esta calificada y autorizada en su país para proporcionar un servicio profesional responsable y competente para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, cuidado al enfermo y su rehabilitación.

ENFERMERIA.

Ciencia de atender al individuo sano o enfermo en sus necesidades biosociales básicas ya adquiridas

ECLAMPSIA.

Aparición de coma y/o convulsiones en la mujer diagnosticada con preeclampsia.

ESTANDARES.

Modelos o normas establecidas a través de autoridad, costumbre o consejo general.

ETIOLOGIA.

Término previo para los factores relacionados.

FACTORES DE RIESGO.

Factores predisponentes que aumentan la vulnerabilidad al desarrollo de una alteración y un diagnóstico de enfermería.

FACTORES RELACIONADOS.

Factores que contribuyen a un diagnóstico de enfermería real.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

Presión sanguínea sistólica de 140 mmHg ó más y una presión sanguínea diastólica de 90 mmHg ó más por lo menos en 2 registros con un mínimo de 6 horas de diferencia entre uno y otro.

INDICADORES.

Son criterios establecidos que sirven de referencia para enjuiciar.

METODO.

Es cualquier actividad que orientamos hacia un fin propuesto con un orden lógico.

METODO FORMAL.

Es la representación de una estructura idealizada (o teoría) que supone análoga a la de un sistema real. Exhibe relaciones entre variables de un fenómeno que intenta explicar, y afirma que estas relaciones formales son semejantes a las existentes en la realidad.

NECESIDAD FUNDAMENTAL

Es una necesidad vital esencial que tiene el ser humano para asegurar su bienestar y preservarse física y mentalmente.

OBJETIVO.

Meta o un fin determinado. Cambio que se quiere lograr.

PROBLEMA.

Insatisfacción de necesidades.

PROCESO.

Es un conjunto de etapas o pasos que siguen un orden lógico.

PROCESO DE ENFERMERIA.

Método sistemático y organizado para proporcionar cuidados de enfermería individualizados de acuerdo con el concepto básico de cada persona o grupo de personas, responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud.

PRONOSTICO.

Conjetura acerca de lo que puede suceder.

TAXONOMIA.

Ciencia de la clasificación, es decir, estudio de los principios generales de la clasificación científica.

TEORIA.

Las hipótesis confirmadas (leyes) y sus conclusiones se introducen en un sistema.

TERAPEUTICA.

Rama de las ciencias médicas relacionada con el tratamiento de las enfermedades.

VALORACION.

Termino utilizado para describir la entrevista inicial con un paciente de la que se extrae importante información que permita una individualización de los cuidados de enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Balseiro Almario Lasty, Investigación en Enfermería. Mexico Editorial Prado, S:A: DEC:V:, 1991, paginas 213.
- 2.- Branch DW, Silver RM, Bickwell JL, Reading JC, Scott Jr. Outcome of treated pregnancies in women with antiphopolid syndromes: an update of the Utah experience. Obstet Gynecol 1992; 132 paginas.
- 3.- Carmen Fernández Ferrín; Gloria Novel Martí. Proceso Arención de Enfermería. Estudio de Casos. Ediciones Cientificas y Técnicas, S:A. Masson, Salvat 1ª edición. 1993. 111 paginas.
- 4.- Cunnigham FG, Leveno KJ. Management of pregnancy-induced hypertension.In: Rubin PC, ed.Hadbook of hypertension, Vol X, hypertension in pregnancy.Amsterdan: Elsevier Science, 1988:290.
- 5.- Cunningham MacDonald Ganald, Gant, Leveno, Gilstrap, Hankins, Clark. Williams Obstetricia, Editorial Panamericana, Edición 20, 1576 paginas.
- 6.-Cunninghan FG, Cox SM, Harstad TW, Mason RA, Pritchard JA. Chronic renal disease and pregnancy outcome. Am J Obstet Gynecol 1990; paginas 453
- 7.- Daony WS. Brinkman CHR.Antihipertensores y embarazo. Tem Act de Ginecoly Obstet 1987;4:817-41; 98 paginas.

8.-Daony WS. Brinkman CHR. Antihipertensores y embarazo. Tem Act de Ginecoly Obstet 1987; 930 paginas.

9.- De Alvarez RR. Preeclampsia y enfermedades renales en el embarazo. Clin Obstet Ginecol 1978; pagian 1032.

10.-Everest F , Magam y James N, Martin Jr: Hipertension de inicio reciente: Clinic Gin Obstet 1995; 174 pagians.

11.-Friedman SA. Taylor RN. et al .fisiopatología de la preeclampsia. Clin Prinatol 1991; 65 paginas.

12.- Janet W. griffith-Paula J. Chistensen, Proeso Atención de Enfermería, México, Editorial el Manual Moderna, 1ª edición 1992, 249 paginas.

13.- Kozier Barbara; Erb Glenora, Blais Kathleen Blais, Young Johnson Joyce, Smith Temple Jean, Técnicas en Enfermería Clínica editorial Mc GRAW-HILL/INTERAMERICANA, ESPANA, 1ª edición al español de la 4ª edición en ingles, 1999. 2 volúmenes, paginas 1055.

14.- L J. Carpenito. Diagnostico de Enfermería. Editorial Interamericana. McGRAM-HIL 5ª. EDICION. 1995 España .1335 paginas.

15.- Lopez-Llera M. Actualización y controversias en pre-eclámpsia y síndrome de HELLP. 1995; 45 paginas.

16.- Luis Vázquez Camacho "El método científico en la investigación en las ciencias de la salud". México 1989. 238 paginas.

17.-Lise Riopelle, inf. M:N; Louise Grondenm enf. M.ed.; Margot Phaneuf, inf. M.A. Cuidados de enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona. Editorial. McGraw-Hill-Interamericana. tercera edición 1996; 352 paginas.

18.- Margor Phaneuf, inf. M:A: CUIDADOS DE ENFERMERIA, Un proceso de atención de enfermería. Primera edición 1993, editorial Interamericana McGraw-Hill; 130 paginas.

- 19.- Merriner , Ann . El Proceso de atención de enfermería, un enfoque científico. Traducción de la 2º Edición. Editorial Manual Moderno, México; 1990. Pag.26.
- 20.- Rivas RYE. Muerte Materna en el Hospital de la Mujer; Revisión Medica del Hospital de la Mujer.1996; 45 paginas.
- 21.-Rochat RW, Koonin LM, Atrash HK, et al.the maternal Mortality Colaerative. Maternal mortality in the United States: report from the Maternal Mortalliti Collaborative. Obstet Gynecol 1988;72:91-97; 135 paginas.
- 22.- Rochat RW, Koonin LM, Atrash HK, et al.the maternal Mortality Colaerative. Maternal mortality in the United States: report from the Maternal Mortalliti Collaborative. Obstet Gynecol 1988; 153 paginas.
- 23.- Rosalinda Alfaro-Lefevre, MSN, RN. Aplicación del Proceso de Enfermería. Guía Practica. Editorial MOSBY 3/a. Edición. Paginas 286.
- 24.- Ruiz MJA, Rodriguez EC , Márquez TJF. Mortalidad Materna en el Hospital Central Militar. Gin Obst Mex 1982; 85 paginas.
- 25.- Ruiz MJA. Mortalidad materna en el Hospital Central Militar, Comparación de dos períodos consecutivos de 13 años. Rev:Snd Mil 1996;136 paginas.
- 26.- S.C. Smemeltzer, B.G. Bare, de Brunner y Suddarth, Enfermería Medicoquirurgica; Eeditotial Interamericana McGraw-Hill, 2 volumenes 2121 paginas.
- 27.- Sibai BM. Preeclampsia Eclampsia . Curr Probl Obstet Gynecol Ferti!! 990:167:1-45; 110 paginas.
- 28.- Spellacy WN, Miller SJ, Winegar A, Penancy after or age. Obstet Gynecol 1986; paginas 524.
- 29.- Thompson SA, Lyons TL, Makowaki EL. Outcomes of twin gestations at the University of Colorado Health Science Center, 1973-1983. J Reprod Med 1987;420 pagunas.

30.- Vargas Gonzalez Alejandro, Diagnostico, clasificación y fisiología del Síndrome de Hellp, XI Congreso de Ginecología y Obstetricia. Curso transcongreso, actualización y controversias de Preeclampsia, Eclampsia y Síndrome de Hellp, Hospital de la Mujer, paginas 45.

31.- Spellacy WN, Miller SJ, Winegar A, Penancy after or age. Obstet Gynecol 1986;68:452-4.

32.- Spellacy WN, Miller SJ, Winegar A, Penancy after or age. Obstet Gynecol 1986;68:452-4.

33.- - W. Iyer, B.J. Taptich, D. Bernocchi-Losey. Proceso y Diagnostico de enfermería. Editorial Interamericana Mc.GRAW-HILL. 3ª. Edición 1994. 443 paginas.