



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**



**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA
Y OBSTETRICIA**

**“ PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA
APLICADO A UNA PACIENTE CON
ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO
(PREECLAMPSIA).”**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

P R E S E N T A

BLANCA ELSI CEGUEDA BENITEZ

**DIRECTOR DE TRABAJO:
MTRA. MAGDALENA MATA CORTES**

**ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

MEXICO, D. F.



FEBRERO DEL 2004

SECRETARIA DE AGUNTOS ESCOLARES



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

"Se gana mas ayudando
a que cada hombre aprenda a estar sano
que preparando a las terapeutas
mas diestras a servir
a los que están enfermos"
V. Henderson

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Blanca Elsi Cegueda
Benitez

FECHA: 03-05-04

FIRMA: 

"En esta época ninguna
profesión, ocupación e industria
puede evaluar adecuadamente a
perfeccionar su trabajo sin
investigación. La investigación
es el tipo de análisis mas fiable"
V. Henderson

"La Enfermería no debe existir
En un vacío. Debe crecer y aprender
A las nuevas necesidades de salud del
público a medida que las encontremos"
V. Henderson

CONTENIDO

I. INTRODUCCIÓN	4
II. OBJETIVOS	5
1.1 General	5
1.2 Específicos.....	5
III. MARCO TEÓRICO	6-27
3.1 Definición de Enfermería.....	6
3.2 Concepto de proceso de Atención de Enfermería.....	7
3.3 Etapas del Proceso	7
3.3.1 Valoración	7
3.3.2 Diagnóstico de Enfermería.....	9
3.3.3 Planeación.....	11
3.3.4 Ejecución.....	12
3.3.5 Evaluación.....	13
3.4 Generalidades del Modelo de Virginia Henderson.....	14-19
3.5 Patología (Preeclampsia).....	20-27
IV. METODOLOGÍA	28
V. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	29-58
5.1 Presentación del caso clínico	29
5.2 Historia clínica del paciente.....	30-36
5.3 Diagnóstico de Enfermería	38-58
5.4 Planeación.....	38-58
5.5 Ejecución.....	38-58
5.6 Evaluación.....	38-58
VI. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	59
VII. GLOSARIO	60-62
VIII. BIBLIOGRAFÍA	63-64
IX. ANEXO (Instrumento Metodológico).....	66-75

I. INTRODUCCIÓN

La práctica de la Enfermería se ve continuamente enfrentada a la identificación de problemas, cuyo objetivo no es solo combatir la enfermedad sino satisfacer un amplio repertorio de necesidades humanas, cuya valoración y diagnóstico forman parte sustancial de la actividad enfermero.

Existen diversas teorías o modelos que sustentan a la Enfermería de las cuales solo haremos referencia al modelo de Henderson quien nos dice que los cuidados básicos de enfermería, considerados como un servicio derivado del análisis de las necesidades humanas, son universalmente los mismos (pirámide de necesidades de Maslow) , porque todos los seres humanos tienen necesidades comunes. Sin embargo varían constantemente porque cada persona interpreta a su manera esas necesidades. En otras palabras, la enfermería se compone de los mismos elementos identificables, pero estos se han de adaptar a las modalidades e idiosincrasia de cada persona.

En la actualidad se considera este proceso de delimitación y ampliación de competencias de la enfermería, en el que la educación para la salud tiene un papel destacado.

En su dimensión didáctica el **Proceso Enfermero** refuerza y vincula a la estudiante de la Licenciatura de Enfermería y Obstetricia tomando como referente su experiencia en el ejercicio profesional con lo que retroalimenta y afianza una orientación teórica y metodológica debido a los cambios fundamentales que la Enfermería ha experimentado.

Considerando la **Investigación y el Proceso Enfermero** como las herramientas básicas de la profesión elaboro el proceso enfermero en el cuidado de la paciente con Enfermedad Hipertensiva del embarazo (preeclampsia) en donde se desglosan tres puntos básicos como son: En primer lugar el Marco Teórico, en segundo lugar la metodología y por último la Aplicación del Proceso.

En el primer punto, se realiza una reflexión sobre la definición de Enfermería, se conceptualiza el Proceso de Atención de Enfermería y su carácter científico, desglosándolo en cada una de sus etapas .Se aborda también las generalidades la práctica, utilizando el modelo de **Henderson** en el cuidado de Enfermería que se fundamenta en la detección o identificación y satisfacción de las necesidades del cliente y posteriormente se realiza la descripción de la patología (Preeclampsia).

El segundo aspecto es la descripción de la metodología a seguir para el desarrollo del proceso de atención de enfermería.

El tercero y último punto es la aplicación del proceso de atención de enfermería, iniciando con la presentación del caso clínico, continuando con la historia clínica del paciente, los Diagnósticos de enfermería, planeación de los cuidados, ejecución y evaluación de los mismos.

Con base a la experiencia generada durante el desarrollo de este proceso, damos a conocer las conclusiones y sugerencias, así como un glosario de términos y la bibliografía utilizada.

I. OBJETIVOS

2.1 GENERAL:

Aplicar los elementos teóricos metodológicos del Proceso de Enfermería con base en el modelo conceptual de Virginia Henderson con un enfoque holístico, en el cuidado de la paciente con Enfermedad Hipertensiva del Embarazo (Preeclampsia).

2.2 ESPECÍFICO:

Sistematizar las actividades del cuidado Enfermero en la paciente con Enfermedad Hipertensiva del Embarazo (preeclampsia) para cubrir las necesidades individuales del cliente.

III. MARCO TEÓRICO

3.1. DEFINICIONES DE ENFERMERÍA

Existen diversas definiciones de enfermería como muestra de las numerosas descripciones de la misma. La profesión de la enfermería ha sido definida por dirigentes de la Enfermería y según sus funciones. Estas definiciones ayudan a describir el sistema sobre el cual se basa el proceso de Enfermería.

Los teóricos de la Enfermería son profesionales de enfermería que desarrollan conceptos y propuestas específicas y concretas que intentan justificar o caracterizar fenómenos de interés para la Enfermería (Fawcett,1989), tal es el caso de Dorothea Orem con su modelo de Autocuidados, Martha Rogers con el modelo de Seres Humanos Unitarios, Dorothy Johnson con su modelo de sistema conductual y Virginia Henderson con su modelo de necesidades básicas, entre otras teóricas; de las cuales retomaremos sus definiciones de enfermería.

Dorothea Orem formuló su concepto de Enfermería relativo al autocuidado como una preocupación especial por las necesidades del individuo, para las necesidades de autocuidado y su prestación y tratamiento de forma continuada, para mantener la vida y la salud, recuperarse de enfermedades o de lesiones y enfrentarse a sus efectos.

Martha Rogers define a la Enfermería como una Ciencia con un conjunto organizado de conocimientos abstractos a la que se ha llegado por la investigación científica y el análisis lógico; es un arte en el uso imaginativo y creativo del conjunto de conocimientos al servicio del ser humano.

Dorothy Jonson conceptualiza a la enfermería como una fuerza reguladora externa que actúa para conservar la organización e integración de la conducta del cliente a un nivel óptimo, en aquellas ocasiones en las que la conducta constituye una amenaza para la salud física o social, o en las que existe una enfermedad.

Y por último bajo el concepto de **Virginia Henderson** se realizará el desarrollo de este proceso quien define a la enfermería como el ayudar al individuo, enfermo o sano, a realizar aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte en paz), y que podría llevar a cabo sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios.¹

¹ Iyer, Patricia W. "Proceso y Diagnóstico de Enfermería", en Definiciones de Enfermería. Pag. 3

3.2. CONCEPTO DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

El proceso es un método para realizar algo, por lo general abarca cierto número de pasos y que intenta lograr un resultado particular. **El proceso de Enfermería** es la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados de Enfermería. Este proceso se utiliza para identificar los problemas del paciente, para planear y efectuar en forma sistemática los cuidados de Enfermería y para evaluar los resultados obtenidos por estos cuidados²

El Proceso de Enfermería le confiere el carácter científico desde su introducción en los años sesenta. La resolución científica de problemas que propugna el **Proceso de Enfermería**, lleva consigo un modo de proceder **metódico y sistemático** cuyo perfeccionamiento conlleva la mejora de la eficacia de los cuidados Enfermeros.

En otras palabras para Iyer (1997) El proceso de Enfermería es el método mediante el cual se aplica este sistema a la práctica de enfermería. Se trata de un enfoque deliberativo para la resolución de problemas que exige **habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales** y va dirigido a cubrir las necesidades del 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 para definir las acciones de Enfermería.³

3.3 ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

3.3.1 VALORACIÓN

La valoración es la primera fase del proceso de Enfermería. Sus actividades se centran en la obtención de la información relacionada con el cliente, el sistema cliente / familia o la comunidad, con el fin de identificar las necesidades, problemas, preocupaciones o respuestas humanas del cliente. 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.

Para obtener la información se recurre tanto a **fuentes directas** como indirectas. Son **fuentes directas primarias** el usuario y la familia (ellos constituyen la principal fuente de información), los amigos y los profesionales del área de la salud son **fuentes directas secundarias** porque aportan datos valiosos sobre el usuario y la familia. Las **fuentes indirectas** de información a las que también se debe recurrir son el expediente clínico y la bibliografía relevante.

² Marriner Ann, "El proceso de Atención de Enfermería", en el Proceso de Enfermería. Pág. 1

³ Iyer, Patricia W. "Proceso y Diagnóstico de Enfermería", en el proceso de Enfermería. Pag. 9

"Durante la Valoración el profesional de Enfermería recoge cuatro tipos de datos: Subjetivos, objetivos, históricos y actuales".⁴ **Los Datos Subjetivos** son aquellos que el usuario nos refiere y que manifiestan una percepción de carácter individual. Son **Datos Objetivos** la información que se puede **observar y medir a través de órganos de los sentidos**. Los datos históricos se refieren a hechos del pasado y que se relacionan con la salud del usuario (ejemplo: antecedente familiares y personales de enfermedad, conductas que se han tenido para el cuidado de la salud, hospitalizaciones, tratamientos médicos recibidos, etc...), y los datos actuales son hechos que suceden en el momento y que son el motivo de consulta u hospitalización. (ejemplo: la hipertermia, la deshidratación, el sangrado, el alcoholismo, la ansiedad etc...)⁵

Toda la información se recolecta por medio de la entrevista y del examen físico ambas "se complementan y clarifican mutuamente".⁶

La Entrevista, una labor compleja que requiere ante todo de habilidad en la comunicación y de la relación estrecha con el usuario. Tiene como finalidad: la obtención de la información necesaria para el diagnóstico y planeación de actividades, la iniciación de un ambiente terapéutico caracterizado por el diálogo, respeto y confianza y el establecimiento de objetivos comunes entre la enfermera y el usuario.

Toda entrevista por mas sencilla que sea debe tener una **introducción**, para saludar al cliente, proceder a presentarse y explicar la razón de la entrevista; también debe poseer un **núcleo**, caracterizado por el diálogo y por seguir la estructura de la guía de valoración (Es recomendable un orden para evitar omisiones). Por último la entrevista debe presentar un **cierre** para informar al usuario sobre su término, agradecer la colaboración y establecer objetivos comunes.⁷

El examen físico permite obtener una serie de datos para valorar el estado de salud de un individuo y determinar la eficacia de las intervenciones de enfermería y médicas. Este debe ser complejo, sistemático y preciso, con un modelo por sistemas corporales o de cabeza a pies.

Para efectuar "el examen físico se requieren de cuatro técnicas principales: **Inspección, Palpación, Percusión y Auscultación**" (Kozier 1993:393) además de la medición de las constantes vitales y de la somatometría.

"**La inspección** consiste en la valoración utilizando los sentidos de la vista, olfato y oído (...)" (Kozier 1993:393). Es un proceso activo en donde la enfermera debe saber que va a inspeccionar y el orden a seguir; con la inspección se puede valorar: la forma del cuerpo, expresiones faciales, características de la piel, movimientos realizados, olor y ruidos que emite el cliente, etc...

"**La Palpación** es el examen del cuerpo utilizando el sentido del tacto" (Kozier 1993:393) es decir la yema de los dedos, ya que por su inervación las hace sensibles para determinar textura, temperatura, posición y tamaño de órganos, pulsos periféricos etc.. La palpación puede ser superficial (extensión de los dedos de la mano dominante en forma paralela a la superficie de la piel con presión suave en sentido circular) y profunda (intervienen las dos manos, la mano dominante para presionar y la otra para sujetar un órgano desde abajo. Para tener éxito en la palpación es necesario que el cliente se

⁴ Iyer, Patricia W. "Proceso y Diagnóstico de Enfermería", Op. Cit. Pag. 36

⁵ Rodríguez, S. Berta A. "Proceso Enfermero Aplicación Actual" Op. Cit. Pag. 41

⁶ Alfaro, Rosalinda, "Aplicación del Proceso de Enfermería, Guía Práctica" Op. Cit. Pag. 41

⁷ Rodríguez, S. Berta A. Op. Cit. Pag. 41

encuentre relajado, que las manos del explorador estén tibias e iniciar con la exploración superficial y en las zonas que no sean dolorosas.

“La Percusión es un método de valoración en el que la superficie del cuerpo es golpeada para producir sonidos... o vibraciones (...)(Kozier 1993:394) y se emplea para estimar el tamaño y la forma de órganos, la presencia de líquido, aire o algún sólido, la percusión puede ser directa al golpear el área que ha de percutir con las yemas de los dedos o indirecta cuando coloca contra la piel el dedo medio de la mano dominante y procede a golpear con la punta del dedo de la otra mano.

“La auscultación es el proceso de escuchar los sonidos producidos por el cuerpo” (Kozier 1993:395) y sirve para valorar el funcionamiento de diversos órganos. Al igual que la percusión esta puede ser directa cuando únicamente se emplea el sentido de la audición e indirecta empleando un estetoscopio.

Son aspectos imprescindible del examen físico la medición de las constantes vitales, estas deben ser valoradas en conjunto ya que reflejan el funcionamiento general del organismo permitiéndonos detectar problemas de salud reales y de riesgo.

Por último, el examen físico incluye la somatometría (estatura, peso, perímetros y segmentos corporales), estos parámetros también nos permiten valorar en forma general el estado de salud del cliente, al identificar el crecimiento normal y anormal de las estructuras corporales; al mismo tiempo que sirven para calcular dosis de medicamentos por parte del médico.⁸

3.3.2 DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

Según la definición del diccionario diagnóstico es el estudio cuidadoso y profundo de algo con el fin de determinar su naturaleza.

Existen diversas definiciones de **Diagnóstico de Enfermería**

- Es un “juicio sobre la respuesta (...)” (Alfaro 1999:81) humana “(...) de una persona, familia o comunidad a procesos vitales y a problemas de salud reales (...)” (Luis 1998:6) y de riesgo en donde la enfermera es responsable de su predicción, prevención y tratamiento en forma independiente.
- Los problemas de salud reales o potenciales que las enfermeras, en virtud de su educación y experiencia están capacitadas y autorizadas a tratar (Gordon).
- Las respuestas a los problemas de salud reales o potenciales que las enfermeras en virtud de su educación y experiencia están capacitadas, autorizadas y legalmente responsabilizadas para tratar (Moritz).
- Es un enunciado que describe la respuesta humana (estado de salud o pauta de interacción alterada presente/ potencial) de un individuo o grupo que la enfermera puede identificar legalmente y para el cual puede indicar intervenciones definidas, destinadas a mantener el estado de salud o a reducir, eliminar o prevenir alteraciones.⁹

Problema Interdependiente o de Colaboración

Es un juicio clínico sobre la respuesta fisiopatológica del organismo a problemas de salud reales o de riesgo en donde la enfermera (o) es responsable de su predicción,

⁸ Rodríguez, S. Berta A. “Proceso Enfermero Aplicación Actual” Op. Cit. Pag. 44

⁹ Carpenito, Linda J. “Diagnóstico de Enfermería Aplicación a la práctica clínica” Pag. 6

prevención y tratamiento en colaboración con el equipo sanitario. Los aspectos interdependientes "se relacionan con la patología, con la aplicación del tratamiento preescrito por el médico y con el control tanto de la respuesta a este como de la evolución de la situación patológica, lo que los sitúa en el ámbito de la interdependencia con otro profesional, aunque nuestra atención siga centrada en el usuario. En la redacción de los problemas interdependientes se utiliza terminología médica, por consiguiente no deben emplearse las categorías diagnósticas de la N.A.N.D.A.

Diferencias Entre un Diagnóstico Enfermero y un Problema Interdependiente

Ambos son juicios clínicos, el diagnóstico enfermero se centra en las respuestas humanas, que es el campo de acción específico de la enfermería, en donde la enfermera (o) tiene la autoridad para la predicción, prevención y tratamiento en forma independiente; en cambio el problema interdependiente se centra en las respuestas fisiopatológicas, en donde el médico es el principal responsable, la enfermera y el resto de los integrantes del equipo sanitario colaboran en la predicción, prevención y tratamiento.

Los diagnósticos de Enfermería se clasifican en **reales, de riesgo y de salud:**

El Diagnóstico Enfermero Real "describe la respuesta actual de una persona, una familia a una comunidad (...) y se apoya en la existencia de características definitorias, (datos objetivos y subjetivos), (Luis 1998:7) además de tener factores relacionados.

El Diagnóstico Enfermero de Riesgo Potencial "describe respuestas humanas (...) que pueden desarrollar en un futuro próximo en una persona, familia o comunidad vulnerables" (Luis 1998:7) no existen características definitorias solo se apoya en los factores de riesgos (etiología).

El Diagnóstico Enfermero de Salud "es un diagnóstico real que se fórmula cuando la persona, familia o comunidad goza de un nivel aceptable de salud o bienestar, pero puede y quiere alcanzar un nivel mayor" (Luis 1998:8).¹⁰

El concepto de un esquema de clasificación de los problemas de la salud y la enfermedad que las enfermeras diagnostican y tratan se integró a la literatura sobre enfermería desde 1950. El diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas ante la enfermedad fue normalizado en 1973 por los estándares del ejercicio de la enfermería de la American Nurses Association. Al convertirse el diagnóstico y tratamiento de los problemas de la salud y la enfermedad en una función aceptada por la enfermería, la atención se centró en el desarrollo de una taxonomía o clasificación de las respuestas humanas comprendidas en la esfera de la acción de la enfermería. La primera conferencia nacional para el desarrollo de un sistema de clasificación estandarizado. La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) se formó en el encuentro realizado en 1982. Con la conducción de la NANDA, el diagnóstico ha evolucionado desde un concepto vago hasta un sistema de clasificaciones y terminología estándar sujeto a rigurosa investigación para su evaluación e investigación. En la actualidad la **NANDA** ha identificado más de 60 diagnósticos de enfermería: otros más son objeto de examen y evaluación.

El propósito del registro escrito de los diagnósticos consiste en el proporcionar informes coherentes y concisos de la interpretación de los datos de la valoración.

¹⁰ Rodríguez, S. Berta A. "Proceso Enfermero Aplicación Actual" Op. Cit. Pag. 56-58

Un diagnóstico de Enfermería es el nombre o denominación diagnóstica atribuida a juicios clínicos consecutivos a la aplicación del proceso de enfermería a los problemas de salud de los pacientes.

La expresión "Diagnóstico de Enfermería" comprende dos definiciones interrelacionadas. Diagnóstico de enfermería significa un sistema de denominaciones diagnósticas, es decir, un esquema de clasificación de las alteraciones de la salud y el proceso mismo de determinación de una denominación diagnóstica.

El diagnóstico de enfermería tiene tres componentes denominado **Formato**

P. E. S. que son:

P = Problema de Salud

E = Etiología

S = Signos y Síntomas

El formato PES descrito por Gordon se utiliza para redactar un informe para el diagnóstico actual. Un informe diagnóstico enuncia el problema en relación con su etiología y con su manifestación con signos y síntomas. Este formato se representa de la siguiente manera:

P: Problema de Salud E: Etiología S: Signos y síntomas (Relacionado con) (manifestado por)¹¹

3.3.3 PLANEACIÓN

Es el paso del proceso del proceso de la enfermería en el que la enfermera elige la mejor manera de prestar atención organizada, dirigida hacia una meta y diseñada con un criterio individual. La planeación de la atención implica establecer prioridades, determinar los resultados que se esperan, identificar las acciones e intervenciones de enfermería y documentar el plan asistencial.

Es la tercera etapa del proceso enfermero que inicia después de haber formulado los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes y que 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."¹²

Pasos de la Planeación

1. Establecer prioridades
2. Elaborar Objetivos
3. Determinar acciones de Enfermería
4. Documentar el plan de cuidados

1. Determinación de las Prioridades para la Atención del Paciente

La planeación de la atención inicia con la identificación de las prioridades entre los problemas del paciente. Como es obvio, los problemas que ponen en riesgo la vida deben ser atendidos inmediatamente. Los problemas sin riesgo para la vida pueden ser atendidos posteriormente.

La priorización, sigue siendo la **jerarquía de las necesidades humanas de MASLOW Y KALISH**. Durante la priorización se emplea el pensamiento crítico, para analizar los

¹¹ Alfaro, Rosalinda, "Aplicación del Proceso de Enfermería, Guía Práctica" Op. Cit. Pag. 77-78

¹² Iyer, Patricia W. "Proceso y Diagnóstico de Enfermería", Op. Cit. Pag. 157

problemas y reconocer a que prioridad pertenecen, lo que permite brindar una atención de enfermería de acuerdo a la jerarquía de la de las necesidades humanas.

2. Elaboración de Objetivos

Son una parte indispensable dentro de la etapa de planeación, ya que con ellos "Usted mide el éxito de un plan determinado" (Alfaro 1998:121), al valorar el logro de los resultados. También permiten dirigir las acciones de enfermería para dar solución a los problemas de salud encontrados, y "son factores de motivación" (Alfaro 1998:121) al generar numerosas acciones de las enfermeras.¹³

Objetivos a corto, mediano y largo plazo

Los objetivos describen cambios esperados en el comportamiento del cliente, pero el plazo previsto para que se lleven a cabo no tiene por qué ser necesariamente el mismo para todos. Alguno de ellos se podrán conseguir a corto plazo, en horas o en pocos días. Los objetivo a **corto plazo** son aquellos que el cliente debe ejecutar con cierta premura y que dentro de unas horas o pocos días tendrá que ser evaluado y modificado.

Los objetivos a **mediano plazo** son aquellos en donde el espacio de tiempo entre el momento de establecer el objetivo y el momento en que se acaba de realizar completamente. (Phaneuf 1993)

Los objetivos acumulados conducen poco a poco al objetivo a **largo plazo** fijado previamente (de un mes en adelante).

3. Determinación de Acciones de Enfermería

"Las intervenciones de enfermería son estrategias concretas diseñadas para ayudar al cliente a conseguir los objetivos".¹⁴ y están encaminadas a tratar los factores relacionados o de riesgo del problema de salud señalado en el diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

En la determinación de dichas estrategias se utiliza el pensamiento crítico, para analizar la situación "problema" mediante cuestionamientos que conducen a la selección de acciones de enfermería específicas.¹⁵

4. Documentación del Plan de Cuidados

Es el registro que la enfermera (o) realiza de los componentes de un plan de cuidados en un formato especial, que permite guiar las intervenciones de enfermería y registrar resultados alcanzados.¹⁶

De acuerdo con su registro los planes pueden ser **individualizado, estandarizado o computarizado**.

¹³ Rodríguez, S. Berta A. "Proceso Enfermero Aplicación Actual" Op. Cit. Pag. 75

¹⁴ Iyer, Patricia W. "Proceso y Diagnóstico de Enfermería", Op. Cit. Pag 186

¹⁵ Rodríguez, S. Berta A. "Proceso Enfermero Aplicación Actual" Op. Cit. Pag. 82

¹⁶ Ibid. Pag. 86

3.3.4 EJECUCIÓN

Es la cuarta etapa del proceso enfermero que comienza una vez que se han elaborado los planes de cuidado... y está enfocada al inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al cliente a conseguir los objetivos deseados.¹⁷

De acuerdo con el marco conceptual de Virginia Henderson, el objetivo principal de los cuidados consiste en conducir al cliente hacia un estado óptimo de independencia en la satisfacción de las necesidades. Pero, según la condición del cliente, el estado de dependencia puede ser variable. En consecuencia antes de ejecutar cuidados, es esencial evaluar que puede hacer el cliente por sí mismo a fin de procurar que conserve toda la autonomía posible (Phaneuf 1993).¹⁸

En cada intervención de enfermería "usted es tan responsable de los resultados emocionales como de los físicos" (Alfaro 1999:164), por lo que es necesario actuar siempre "con pleno conocimiento de los principios y razones(...), observando atentamente la respuesta" (Alfaro 1999:163) del usuario y la familia.

Es requisito indispensable la realización de los registros de enfermería con el propósito de mantener informados a otros profesionales del área de la salud, sobre datos de valoración del usuario, cuidados proporcionados y las respuestas del usuario / familia; ser "base para la evaluación, investigación y mejora de la calidad de los cuidados" (Alfaro 1999:166) respaldar legalmente las actuaciones de la enfermera (o) y servir para estimar "el pago de los servicios prestados" (Alfaro 1999:166).

Los registros de enfermería deben reunir ciertas características universales como son: fecha y hora, datos de valoración, intervenciones de enfermería; resultados obtenidos y nombre / firma de la enfermera (o). Asimismo las notas deben ser claras, completas, legibles, relevantes y oportunas.¹⁹

3.3.5. EVALUACIÓN

Es la última etapa del proceso enfermero y a la vez una exigencia en toda práctica de enfermería; la evaluación como parte del proceso es continua y formal por lo que está presente en la valoración, diagnóstico, planificación y ejecución.²⁰

Se trata de una etapa difícil, porque en ella hay que conjugar un conjunto de elementos humanos particularmente complejos. Consiste en **Emitir un Juicio** sobre el trabajo de la enfermera en relación con los resultados obtenidos. Se trata en realidad, de un interrogatorio y una reflexión que se hace sobre el conjunto de acciones y orientaciones decididas por la enfermera.²¹

¹⁷ Iyer, Patricia W. Op. Cit. Pag 224

¹⁸ Phaneuf, Margot, "Las necesidades Fundamentales Según en Enfoque de Virginia Henderson" Pag.17

¹⁹ Rodríguez, S. Berta A. "Proceso Enfermero Aplicación Actual" Op. Cit. Pag. 90

²⁰ Ibid. Pag. 93

²¹ Phaneuf, Margot, "Las necesidades Fundamentales Según en Enfoque de Virginia Henderson" Pag.137

La evaluación en el proceso enfermero es útil para "determinar el logro de los objetivos; identificar las variables que afectan, decidir si hay que mantener el plan, modificarlo o darlo por finalizado (...)" (Alfaro 1999:182), por consiguiente es necesario la valoración del usuario, familia y comunidad para confrontar el estado de salud actual con el anterior y corroborar la consecución de objetivos.

"La enfermera y el paciente deben de determinar el progreso o la falta de progreso (...) hacia la realización de sus metas (leey 1989:263) en forma conjunta; identificando obstáculos y estrategias."²²

3.4 GENERALIDADES DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Bajo la concepción de las necesidades fundamentales según el enfoque de Virginia Henderson nos ofrece una visión clara de los cuidados de Enfermería. **El individuo, sano o enfermo, es considerado como un todo completo que presenta catorce necesidades fundamentales**, que debe satisfacer. La finalidad de los cuidados, tal como se deduce de esta concepción, consiste en **conservar o restablecer la independencia del cliente en la satisfacción de sus necesidades**. El rol de la Enfermera consiste en ayudar al cliente a recuperar o mantener su independencia, supliéndolo en aquello que el no puede realizar por sí mismo para responder a sus necesidades. Su rol, por tanto, es el de suplencia.²³

Los postulados y valores en que se fundamenta el modelo de Virginia Henderson

❖ **Postulados:**

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

❖ **Valores**

- La enfermera tiene funciones que le son propias
- Cuando la enfermera usurpa la función del médico, cede a su vez sus funciones propias a un personal no cualificado.
- La sociedad espera de la enfermera un servicio especial que ningún otro trabajador le puede prestar.²⁴

Definición de Enfermería

1. Henderson considera su trabajo mas como una aserción filosófica que como una teoría, ya que el término teoría no se utilizaba en el momento en que ella formuló sus ideas.

²² Rodríguez, S. Berta A Op. Cit. Pag. 93

²³ Phaneuf, Margot, Op. Cit. Pag. 17

²⁴ Phaneuf, Margot, "Las necesidades Fundamentales Según en Enfoque de Virginia Henderson" Pag. 18

2. En su definición Henderson hace hincapié en el cuidado tanto de los individuos enfermos como de los sanos; fue una de las primeras teóricas que incorporó los aspectos espirituales al cuidado enfermero.
3. Según Henderson, la enfermera asiste al paciente con actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o lograr una muerte tranquila.
4. La independencia del paciente es un criterio importante para la salud.
5. Henderson identifica 14 necesidades básicas que son los componentes del cuidado enfermero; la enfermera ayuda al paciente a satisfacer estas necesidades.
6. Las 14 necesidades básicas de Henderson son muy similares a las de Abraham Maslow: de la 1 a la 7 están relacionadas con la fisiología, de la 8 a la 9 con la seguridad, la 10 está relacionada con la autoestima, de la 10 a la 11 con el afecto y la pertenencia y de la 11 a la 14 con la autorrealización.
7. Considerando las 14 necesidades básicas de forma conjunta, proporcionan un enfoque holístico de la enfermería.²⁵

²⁵ Wesley, Ruby L. "Teorías y Modelos de Enfermería" Pag. 25

NECESIDADES BÁSICAS DE HENDERSON

1. Respirar
2. Alimentarse e hidratarse
3. Eliminar
4. Moverse, conservar una buena postura (y mantener una circulación adecuada)
5. Dormir y Reposar (y conservar un estado de bienestar aceptable)
6. Vestirse y desnudarse
7. Mantener la temperatura corporal en los límites normales
8. Estar limpio aseado y proteger los tegumentos.
9. Evitar los peligros (y mantener la integridad física y mental)
10. Comunicar con sus semejantes (desarrollarse como ser humano y asumir su sexualidad)
11. Actuar de acuerdo a sus creencias y valores
12. Procurarse de su propia realización (y en conservar su propia estima)
13. recrearse
14. Aprender.²⁶

Cuatro Conceptos del Meta paradigma Enfermero

1. PERSONA

- Es considerada por Henderson como un individuo que necesita asistencia para alcanzar un estado de salud e independencia o para mantener tranquilidad; la persona y la familia son consideradas como una unidad.
- Se ve influida tanto por el cuerpo como por la mente
- Consta de componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales.
- Está enferma o sana y se esfuerza por obtener un estado de independencia.
- Tiene unas necesidades básicas reales de supervivencia.
- Necesita fuerza, voluntad o conocimiento para llevar a cabo las actividades necesarias para llevar una vida sana.²⁷

2. ENTORNO

- Henderson no lo define explícitamente.
- Implica la relación que uno comparte con su familia
- También abarca a la comunidad y su responsabilidad para proporcionar cuidados; Henderson cree que la sociedad quiere y espera de las enfermeras que proporcionen un servicio para los individuos incapaces de funcionar independientemente, pero por otra parte, espera que la sociedad contribuya a la educación enfermera
- Puede ser controlado por los individuos sanos; una enfermedad puede interferir con esta capacidad.
- Puede afectar a la salud; los factores personales (edad, entorno cultural, capacidad física e inteligencia) y los factores físicos (aire, temperatura) desempeñan un papel en el bienestar de la persona.

²⁶ Phaneuf, Margot, "Las necesidades Fundamentales Según en Enfoque de Virginia Henderson" Pag. 19

²⁷ Wesley, Ruby L. "Teorías y Modelos de Enfermería" Pag. 25-26

3. SALUD

- Se refiere a la capacidad del individuo para funcionar con independencia en relación con las 14 necesidades básicas.
- Es una cualidad de la vida básica para el funcionamiento humano.
- Requiere fuerza, voluntad o conocimiento.

4. ENFERMERIA

- Henderson la define como la asistencia fundamentalmente al individuo enfermo o sano para que lleve a cabo actividades que contribuyan a la salud a una muerte tranquila; la persona con suficiente fuerza, voluntad o conocimiento llevará a cabo estas actividades sin ayuda.
- Ayuda a una persona a no depender de la asistencia tan pronto como sea posible o a alcanzar una muerte tranquila.
- Requiere trabajar de forma interdependiente con otros miembros del equipo de salud; las funciones de la enfermera son independientes de las del médico; pero utiliza el plan de cuidados de este para proporcionar un cuidado holístico al paciente.
- Requiere un conocimiento básico de ciencias sociales y humanidades; esta opinión pionera, que consideraba el programa de licenciatura como el entrenamiento básico para las enfermeras, no fue adoptado por la American Nurses Association hasta 1965.
- Requiere un conocimiento de las costumbres sociales y las prácticas religiosas para valorar áreas de conflicto potencial o necesidades humanas inadecuadas.
- Ayuda al paciente a satisfacer las 14 necesidades básicas a través de la formación de una relación enfermera-paciente; Henderson identifica tres niveles de función enfermera: sustituta (compensa lo que le falta al paciente), ayudante (establece las intervenciones clínicas) o compañera (fomenta una relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud).
- Es un enfoque lógico y científico para resolver el problema, que desemboca en un cuidado individualizado.
- Implica la utilización de un **PLAN DE CUIDADO ENFERMERO** por escrito.²⁸ (Wesley 1997:25-27).

²⁸ Wesley, Ruby L. "Teorías y Modelos de Enfermería" Pag. 26-27

Continuum Independencia-Dependencia

La noción de satisfacción a un nivel aceptable es muy importante en este punto. Significa que existen grados en la satisfacción de las necesidades vitales de la persona y en la dependencia que una carencia desencadena. Sin embargo, puede darse un cierto grado de insatisfacción, sin que suponga necesariamente la dependencia del sujeto. La dependencia se instala en el momento en que el **cliente debe recurrir a otro para que le asista, le enseñe lo que debe hacer, o le supla en lo que no puede hacer por sí mismo.**

Por tanto, es importante evaluar la capacidad del cliente para satisfacer por sí mismo sus necesidades. De esta manera, se puede evitar, en la medida de lo posible, la aparición de la dependencia, frenar su progresión y hacer que disminuya.

Con el fin de facilitar esta evolución, se puede dividir en seis niveles el continuum entre la independencia y la dependencia de una persona adulta.

Estos niveles se enuncian así:

1. El cliente es independiente si responde por sí mismo a sus necesidades de una manera aceptable que permite la persistencia de una buena homeostasis física y psíquica, a la vez que el mantenimiento de un estado satisfactorio de bienestar.
2. Es independiente si utiliza – sin ayuda, y de forma adecuada – un aparato, dispositivo de apoyo o prótesis (bastón, andador, muleta, bolsa de ostomía, miembro artificial, prótesis dental, ocular o auditiva, etc) y de este modo, logra satisfacer sus necesidades.
3. Empieza a ser dependiente, si debe recurrir a otra persona para que le enseñe lo que debe hacer y para controlar si lo hace bien; si debe ser ayudado, aunque sea poco.
4. Muestra una dependencia mas marcada cuando ha de recurrir a la asistencia de otra persona para utilizar un aparato, un dispositivo de apoyo o una prótesis.
5. Su dependencia es aún mayor cuando ha de contar con otra persona para realizar las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades, aunque sea capaz de participar en estas acciones.
6. Llega a ser completamente dependiente cuando ha, de ponerse totalmente en manos de otra persona, porque es incapaz de realizar por si mismo las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades.²⁹

Tipos de Dependencia:

La dependencia se manifiesta en el cliente por medio de ciertos cambios observables, en la satisfacción de una necesidad fundamental. Este cambio desfavorable constituye el problema de dependencia. Puede afectar a aspectos biológicos, psicológicos, sociales, culturales o espirituales del individuo. Por lo que se describen cuatro tipos de dependencia.³⁰

²⁹ Phaneuf, Margot, "Las necesidades Fundamentales Según en Enfoque de Virginia Henderson" Pag. 30

³⁰ Ibid. Pag. 30

Dependencia Potencial

Debido a la presencia de determinadas predisposiciones o ciertos factores ajenos al sujeto, puede presentarse un problema, de dependencia como potencial y tendrá que planificarse una acción orientada a evitar su instalación inminente.

Dependencia Actual

Cuando el problema ya está instalado nos encontramos ante una dependencia actual y han de emprenderse acciones correctivas para intentar reducir o limitar sus consecuencias.

Dependencia Decreciente

Cuando el cliente se recupera, su dependencia comienza a ser decreciente y el rol de la enfermera, en este momento, consiste en mantener esta progresión descendente y ayudar al cliente a recuperar un grado óptimo de autonomía a pesar de que subsistan limitaciones.

Dependencia Permanente o Crónica

Si a pesar de los cuidados apropiados prestados por la enfermera, el problema no puede ser corregido, la dependencia se convierte en ese momento en permanente o crónica. El rol de la enfermera en este caso consiste en un rol de suplencia, en todo lo que no puede hacer por sí mismo y en ayudarlo a adaptarse a sus limitaciones.³¹

³¹ Phaneuf, Margot, "Las necesidades Fundamentales Según en Enfoque de Virginia Henderson" Pag. 30

3.5 ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO (PREECLAMPSIA)

INTRODUCCIÓN

Los estados hipertensivos del embarazo consisten en Preeclampsia y eclampsia, hipertensión crónica (esencial y secundaria a enfermedad renal, enfermedad endocrina u otras causas), hipertensión crónica con preeclampsia sobrepuesta o hipertensión transitoria.

Se llama **Preeclampsia** a la tríada de Edema, hipertensión y Proteinuria que ocurre con mayor frecuencia en las nulípara después de la vigésima semana de gestación y mas a menudo cerca del término.

FACTORES PREDISONENTES

Se produce preeclampsia casi en un 6% de la población general; la frecuencia varía según la localización geográfica. Los factores que la predisponen son nuliparidad, raza negra, edad materna inferior a 20 años o mayor de 35, estado socioeconómico de bajos ingresos, gestación múltiple, mola hidatiforme, polihidramnios, hidropesía fetal no inmunitaria, diabetes, hipertensión crónica y enfermedad renal de fondo.

CLASIFICACIÓN

Son dos las categorías de **preeclampsia; leve y grave** y se distinguen de acuerdo con los siguientes criterios:

- 1) Presión arterial superior a 160 mm Hg sistólica o 110 mm Hg diastólica.
- 2) Proteinuria en exceso de 5 g en un periodo de 24 hrs.
- 3) Aumento en la creatinina del suero (>1.2mg/dL, a menos que se tenga conocimiento de que estaba elevada antes.
- 4) Perturbaciones cerebrales o visuales
- 5) Dolor epigástrico
- 6) Elevación de las enzimas del hígado
- 7) Trombocitopenia (recuento de plaquetas <100 000/mm³)
- 8) Hemorragias retinianas, exudados o papiledema
- 9) Edema pulmonar (norma tec.)

PATOGENIA

La preeclampsia se describe como una "Enfermedad de Teorías", ya que hasta a la fecha se desconoce su causa.³² Sin embargo, entre estas se incluyen:

1. Lesiones de las células endoteliales
2. Fenómeno de rechazo (producción insuficiente de anticuerpos bloqueadores)
3. Deterioro de la perfusión placentaria
4. Alteraciones de la reactividad vascular
5. Desequilibrio entre la prostaciclina y el tromboxano
6. Disminución en la velocidad de filtración glomerular con retención de sal y agua
7. Disminución del volumen intravascular
8. Aumento en la irritabilidad del sistema nervioso central
9. Regularización intravascular diseminada
10. Estiramiento del músculo uterino (isquemia)

³² Ramírez, A. Alonso, "Obstetricia para la Enfermera Profesional" en Toxemia Gravidica Pag. 219

11. Factores dietéticos

12. Factores genéticos.

La teoría relativamente más reciente de lesiones endoteliales que esclarece mucha de la información clínica acerca de la **preeclampsia**. El endotelio vascular produce varias sustancias importantes que incluyen al factor relajante derivado del endotelio u óxido nítrico, endotelina-1, prostaciclina, y activador del plasminógeno tisular por lo tanto, las células endoteliales modifican la respuesta contráctil de las células musculares lisas subyacentes, previenen la coagulación intravascular y mantienen la integridad del comportamiento intravascular. Diversas investigaciones sugieren lesiones endoteliales en la preeclampsia. La lesión renal característica de la preeclampsia es la "glomeruloendoteliosis", que se manifiesta principalmente por la inflamación de las células endoteliales capilares glomerulares. Las alteraciones hematológicas de la preeclampsia, como la Trombocitopenia y la anemia hemolítica microangiopática, son similares a las que se encuentran en la púrpura trombocitopénica trombótica o en el síndrome urémico hemolítico, los cuales son trastornos en que se considera importante la disfunción endotelial. La activación de la cascada de coagulación y en el aumento de la sensibilidad a los agentes presores son incompatibles con la disfunción de la célula endotelial. Las pruebas bioquímicas disponibles incluyen un desequilibrio en la relación entre prostaciclina y tromboxano, así como concentraciones circulantes elevadas del factor de von Willebrand, endotelina y fibrocentina celular.

En suma la hipótesis actual sobre la patogenia de la preeclampsia indica que se trata de una perturbación inmunitaria ocasionada por la implantación anormal de la placenta, lo cual origina una disminución en la perfusión placentaria. La perfusión anormal a su vez estimula la producción de sustancias en la sangre que activan o lesionan a las células endoteliales. El endotelio vascular proporciona un blanco único para estos productos de la sangre, hecho que explica la afectación de múltiples órganos en la preeclampsia.

FISIOPATOLOGÍA DE LA TRIADA CLÁSICA: HIPERTENSIÓN, PROTEINURIA Y EDEMA

Hipertensión Arterial.- La secreción aumentada de renina uterina, en un árbol vascular que tiene sensibilidad aumentada a la angiotensina y una relación tromboxano/prostaciclina alterada a favor del potente vasoconstrictor tromboxano, serían los cambios fisiopatológicos responsables de la hipertensión arterial sistémica en la preeclampsia y eclampsia.

Es probable que el desequilibrio tromboxano/prostaciclina se inicie a nivel útero-placentario, pero que después dichos niveles aumentados de tromboxano y disminuidos de prostaciclina, ocasionen a nivel sistémico los importantes cambios fisiopatológicos de la enfermedad, es decir vasoconstricción generalizada, daño de células endoteliales que acarrea menor producción de prostaciclina por estas células y que al ser dañadas queda expuesta el tejido colágeno subendotelial favoreciendo la adhesividad y agregación plaquetaria, estas plaquetas al destruirse liberarán más tromboxano cerrando así un círculo vicioso en muy diversos órganos y sistemas. Esto explicará además la plaquetopenia observada en los casos graves de preeclampsia.

Los factores que mantienen la presión sanguínea sistémica son principalmente cuatro:

1. El gasto cardíaco (volumen de expulsión sistólica x la frecuencia de latidos por minuto) es el primer factor importante. La fuerza de la sístole del ventrículo izquierdo, es

decir la "bomba" es indispensable para el mantenimiento de una adecuada presión de la sangre.

2. El Volumen sanguíneo representa el "contenido" que está dentro del "continente" que es el árbol vascular. A menor volumen habrá menor presión sanguínea, como ocurre, por ejemplo, en la hemorragia aguda.

Conforme el organismo envejece y los fenómenos de arteriosclerosis van siendo más acentuados se va perdiendo la elasticidad de las paredes arteriales.

Cuanto menor sea la elasticidad, mayor será la presión sanguínea.

Las resistencias periféricas representadas por las últimas arteriolas precapilares regulan la presión sanguínea mediante vasoconstricción (aumento de la presión) o vasodilatación (disminución de la presión).

En el embarazo normal el gasto cardíaco se encuentra aumentado a expensas tanto del volumen de expulsión sistólica, como del aumento de la frecuencia cardíaca.

El volumen sanguíneo tal también se encuentra aumentado en aproximadamente 40 a 45% del volumen de la mujer no embarazada. Este aumento es más importante en el volumen plásmico (50% aproximadamente) que en el volumen de la masa eritrocítica (30% aproximadamente) lo que acarrea una hemodilución (la llamada "anemia fisiológica del embarazo").

Como la mayoría de las embarazadas son jóvenes, la elasticidad de la pared arterial no se modifica a excepción de embarazadas añosas con hipertensión crónica.

A pesar del aumento en el gasto cardíaco y en el volumen sanguíneo observados en la embarazada normal, la presión sanguínea disminuye principalmente en el segundo trimestre y principios del tercero debido a una disminución en las resistencias periféricas.

En el embarazo complicado por preeclampsia las resistencias periféricas están muy aumentadas por los mecanismos antes explicados y hay hipertensión a pesar de un volumen sanguíneo disminuido con hemoconcentración. De hecho, el común denominador fisiopatológico de la preeclampsia-eclampsia es el vasoespasmo generalizado.

Proteinuria.- La lesión característica del glomérulo renal en preeclampsia-eclampsia consiste de: edema de células endoteliales, depósito de material fibrinoide por debajo de esas células endoteliales hinchadas y engrosamiento de la membrana basal.

Esto altera permeabilidad glomerular.

En condiciones normales pueden filtrar a través del glomérulo sustancias con un peso molecular de hasta 60,000.

La albúmina (peso molecular: 68,000) no filtra por el glomérulo sano, pero dado su bajo peso molecular es la primera proteína en filtrar cuando se inician las alteraciones glomerulares señaladas.

En la actualidad sabemos que no solo la albúmina filtra por el glomérulo en la preeclampsia, sino también otras proteínas de más alto peso molecular, principalmente una Alfa 2 globulina. De hecho, la albúmina es responsable de aproximadamente dos terceras partes de la Proteinuria total observada en preeclampsia. Por se utiliza el término "Proteinuria" que "albuminuria" que estuvo en boga hace años.

Además de la Proteinuria, la lesión glomerular será responsable también de la disminución de la tasa de filtración glomerular. En la embarazada normal la tasa de filtración glomerular puede aumentar hasta en un 50% sobre los valores que tiene la

mujer no embarazada. En la preeclampsia, no solo no hay este aumento fisiológico sino que incluso puede estar muy disminuida; esto se refleja en la disminución de los valores de la depuración de creatinina y aumento del ácido úrico en la sangre. Los productos azuados: urea y creatinina no se elevan actualmente ya que para que esta elevación ocurra la tasa de filtración glomerular tiene que estar disminuida al 40% de los valores normales o incluso menos.

Edema.- Es la acumulación excesiva de líquidos en los tejidos especialmente en el compartimiento intersticial. La mujer con preeclampsia-eclampsia en nuestro medio, habitualmente procede de una clase socioeconómica baja con pobre ingesta de proteínas a lo que se agrega la pérdida de las mismas por la orina. Esto da lugar a una hipoproteinemia, especialmente hipoalbuminemia.

Las proteínas de la sangre son las responsables de la presión oncótica del plasma que en condiciones normales oscilan al rededor de 25 mm Hg. Esta presión oncótica se opone a la salida de líquido intravascular hacia el compartimiento intersticial o bien favorece el paso de líquido del compartimiento intersticial al intravascular. A esta presión se opone a la presión hidrostática de la sangre que favorece la salida del líquido del vaso. La presión hidrostática en el lado arterial de un capilar es de 30 mm Hg. lo cual supera a la presión oncótica de 25 mm Hg y por lo tanto el líquido sale del vaso hacia los tejidos. Conforme sale el líquido y el capilar se aleja del corazón, la presión hidrostática disminuye hasta llegar a ser de 15 mm Hg en el lado venoso del capilar; ahora la presión oncótica supera a la hidrostática y por lo tanto el líquido ingresa al vaso sanguíneo.

La presión oncótica del plasma se encuentra disminuida en la preeclampsia-eclampsia debido a la hipoproteinemia favoreciendo así a la salida de líquidos del compartimiento intravascular (con hipovolemia y hemoconcentración resultantes) al compartimiento intersticial (edema) esto se ve agravado por la permeabilidad vascular aumentada ocasionada probablemente por el incremento de leucotrienos, por el daño endotelial y por la vasoconstricción venosa.³³

COMPLICACIONES

Crisis Convulsivas.- Se desconoce su fisiopatología exacta, pero se han postulado los siguientes mecanismos:

1. Vasoespasmo arterial Cerebral
2. Hemorragia cerebral
3. Isquemia Cerebral
4. Edema Cerebral
5. Encefalopatía Hipertensiva
6. Encefalopatía Metabólica

Una forma rara y atípica de la preeclampsia severa que encierra forma equivale a la eclampsia es la amaurosis o ceguera cortical en donde se ha demostrado por TAC y por resonancia magnética la presencia de edema, hemorragia difusa o infarto del lóbulo occipital del cerebro donde radica el centro visual en la cisura calcarina.

Síndrome de Hellp.- Se piensa que la hemólisis microangiopática (destrucción de glóbulos rojos por daño en la microcirculación) ocurre por las alteraciones en la membrana celular y por el paso de estos eritrocitos a través de pequeños vasos

³³ Norma Técnico Médica para la Prevención y Manejo de la Preeclampsia Eclampsia, IMSS.

sanguíneos trombosados, cuya íntima ha sido dañada y existen depósitos de mallas de fibrina. Los glóbulos rojos dañados (esquistocitos o células en casco de bombero) podrán verse en un frotis periférico. Al destruirse el glóbulo rojo habrá hemoglobina libre de plasma, la cual, por un lado se convertirá en bilirrubina ocasionando ictericia y por otro lado filtrará a través del glomérulo y se depositará en los túbulos renales produciendo insuficiencia renal aguda y hematuria con oliguria severa (casi anuria). En estos casos se colectarán en la bolsa de solo unos pocos mililitros de orina francamente hematúrica.

La deshidrogenasa láctica y las bilirrubinas se encontrarán aumentadas.

En el hígado, debido a vasoespasmo, habrá isquemia y depósito de fibrina en los sinusoides hepáticos lo cual provocará necrosis periportal y necrosis focal del parénquima. Si esta situación se prolonga ocurriría infarto con hemorragia hepática, que puede ser desde petequiral hasta un gran hematoma subcapsular y ruptura del mismo a la cavidad peritoneal, con hemorragia severa, choque y muerte.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Las manifestaciones clínicas serán dolor en epigastrio o en cuadrante superior derecho del abdomen (llamado dolor en barra epigástrica), con náuseas y vómito. El laboratorio detectará elevadas las transaminasas glutámico-oxaloacética (TGO) y glutámico-pirúvica (TGP) y la deshidrogenasa láctica (DHL) debido al daño hepato-celular. Habrá un gran consumo de plaquetas al ser atrapadas y destruidas en las mallas de fibrina de la microcirculación en la consecuente Trombocitopenia.

En resumen de la fisiopatología de la preeclampsia-eclampsia que hoy en día se conoce que involucra prácticamente a todos los órganos y sistemas.

TRATAMIENTO

Debemos encauzar el tratamiento basándose en lo siguiente:

Control de la irritabilidad nerviosa

Estabilizar las cifras tensionales

Fomentar la diuresis

Interrupción del embarazo

Desequilibrio ácido básico

Complicaciones

Diagnóstico Diferencial

Como ya se mencionó la clasificación de la preeclampsia en leve o severa da pie al tratamiento de cualquiera de las dos categorías.

PREECLAMPSIA LEVE Y SEVERA

El diagnóstico de la **PREECLAMPSIA LEVE:**

Se establece el diagnóstico de preeclampsia leve cuando se presentan dos o mas de los siguientes signos posterior a la semana 20 de gestación, durante el parto o en el puerperio (no mas de 30 días):

Presión sistólica, mayor o igual a 140 mm/Hg., o elevación mayor igual a 30 mm/Hg sobre la tensión habitual.

Presión diastólica, mayor o igual a 90 mm/Hg. O elevación mayor o igual a 15 mm/Hg sobre la presión habitual.

Proteinuria:

- 30 mg/dl. o mas en tiras reactivas (se requieren dos determinaciones o mas en un lapso de 6 horas o mas).
- Proteinuria mayor de 300 mg en orina de 24 horas.

Edema. de uno a dos segmentos.

PREECLAMPSIA SEVERA:

Se establece el diagnóstico de preeclampsia severa cuando después de la semana 20, durante el parto o en el puerperio (no mas de 30 días), se presentan dos o mas de los siguientes signos:

- Presión sistólica mayor o igual a 160 mm Hg y presión diastólica mayor o igual a 110 mm Hg.
- Proteinuria mayor a 5 g en orina de 24 horas o su equivalente en tiras reactivas (mas de 3 +)
- Oliguria de menos de 500 ml en 24 horas
- Trastornos cerebrales o visuales
- Edema generalizado.

a) Reposo

La disminución de la actividad física puede ser suficiente para controlar este cuadro. Es preferible el reposo absoluto.

b) Dieta Hiperproteica

Se recomienda dieta rica en proteínas, mas de 75g. Y se efectúan recomendaciones individuales respecto a las calorías. NO debe mantenerse regímenes dietéticos menores de 1,500 calorías, ya que se ha comprobado que se disminuye la utilización de las proteínas y que coincide con el nacimiento del lactante de peso menor al normal.

c) Sal.

La utilización de sal en la dieta dependerá mas de criterio que de restricción.

d) Sedante.

Se recomienda el uso de diazepam a razón de 5 mg oral de 1 a 3 veces al día.

e) Diuréticos.

Generalmente el uso de la hidroclorotiazida y furosemide son los mas aconsejables.

En la Preeclampsia leve la dosis y el tiempo de uso son prácticamente inocuos por lo que se pueden recomendar ambos.

La hidroclorotiazida se administra a dosis de 50 mg. diarios o 40 mg de furosemide c/24 horas.

Es recomendable administrarlos en las mañanas, ya que si se administra en la noche la respuesta diurética es variable y la micción se puede presentar en forma importante.

Es por eso por lo que de preferencia se dará durante el día para que la paciente por la noche tenga reposo absoluto.

Estas medidas terapéuticas aunadas a recomendaciones de cualquier dato de alarma a convertirse en preeclampsia severa así como el control prenatal bastará para el control de esta etapa.

Se hace hincapié que el tratamiento de la preeclampsia leve será ambulatorio o domiciliario. Se harán controles de laboratorio y se vigilarán las condiciones fetales y obstétricas.

Mencionaremos que la frontera entre una preeclampsia leve y una severa suele ser intangible.

El obstetra deberá saber que la paciente brinca etapas de evolución de la enfermedad. Es importante que conozca que una de las particularidades del síndrome es la oscilación de las cifras tensionales.

Si una preeclampsia leve no se ha controlado con las medidas anotadas y además los datos que hacen el diagnóstico se agravan de principio es un mal pronóstico.

Deberá investigarse si la paciente ha seguido el tratamiento o la ha llevado mal, de lo contrario toda preeclampsia grave deberá internarse.

f) Preeclampsia Grave

Su manejo es hospitalario, deberán tomarse medidas generales y específicas para una mejor vigilancia y control del cuadro.

g) Medidas Generales

Los pacientes con preeclampsia grave se hospitalizarán y se efectuarán las siguientes medidas:

Reposo Absoluto, aislamiento y silencio

Sonda Foley a permanencia

P.V.C. (presión venosa central)

Control estricto de líquidos

Signos vitales cada 4 horas.

h) Medidas específicas:

Dieta hiposódica e hiperproteica (se mantiene el criterio mencionado en cuanto a la preeclampsia leve)

Sedantes (se aplica diazepam 10 mg c/8 horas, durante las primeras 24 horas, el cambio de dosis y vía dependerá de la respuesta.

Puede utilizar también fenobarbital en dosis de 120 a 180 mg c/6 hrs. U 8 horas, aunque el fenobarbital cruza la barrera placentaria ofrece un margen de seguridad aceptable. Ambos medicamentos se utilizan como sedantes o anticonvulsivantes.

i) Control de las cifras tensionales

La utilización de diuréticos antihipertensores e hipotensores dependerá de las respuestas a los mismos y la facilidad y experiencia del manejo de los mismos.

Se utiliza la hidralacina a dosis de 24 a 50 mg oral c/6 hrs. Es eficaz cuando se combina con diuréticos.

Se utiliza asociado a propanolol para evitar la taquicardia refleja a dosis de 40mg/6 horas.

También la utilización de metildopa es eficaz. La dosis varía de 750 a 1,500 mg en 24 horas, se asocia también con diuréticos.

El inconveniente de la metildopa es su tiempo de latencia de acción.

Es conveniente para un efecto inmediato utilizar la hidralacina, sin embargo su poco tiempo de acción hace que se aplique con mas frecuencia.

La aplicación de isoxuprina para las crisis severas es muy útil.

Es recomendable no llevar a la paciente a cifras normales, esto acarrea una descompensación grave, mas para el producto si aún está embarazada. El producto no soporta los cambios tensionales bruscos sobre todo hacia la hipotensión.

Es preferible manejar cifras altas pero estables e ir abatiendo estas en forma paulatina.

Se debe vigilar muy estrechamente al producto de preferencia monitorizarlo o evaluar la frecuencia cardiaca fetal.

ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE

En la preeclampsia leve se solicitarán los exámenes básicos: biometría hemática completa, química sanguínea, general de orina.

La biometría persigue percatándose de que no existan problemas de anemias y coagulación.

Se solicitará ácido úrico que tiene valor pronóstico, proteínas totales y urocultivo.

En la eclampsia grave además de lo anterior se solicitará electrolitos, pruebas de coagulación, plaquetas, fibrinógeno y E.C.G.

En la preeclampsia grave los exámenes se solicitarán cada 24 horas.

Gases en sangre y PH sanguíneo, transaminasa, tele de torax, fondo de ojo, lo anterior en intervalos de 6 a 24 horas. Estudio bioquímico del líquido amniótico.

Al resolver el embarazo la placenta deberá enviarse a estudio histopatológico.³⁴

³⁴ Decherney, Alan, H. Pernol, Martin L. "Diganóstico y tratamiento Ginecobstétricos", en Toxemia Gravídica

IV. METODOLOGÍA

El presente proceso de Atención de Enfermería se realizó bajo la asesoría de un docente experto en proceso enfermero, en el período comprendido del 15 de octubre del 2003 a Marzo del 2004. Iniciando por la selección del caso clínico, el cual se determinó por el papel tan importante que juega la enfermera en el proceso de atención de la paciente con enfermedad Hipertensiva del embarazo (preeclampsia), la dinámica para el desarrollo de este trabajo fué la siguiente:

El asesor y el alumno determinaron los puntos que contendría el proceso, los cuales sirvieron de guía para la actividad documental del alumno, presentándose ante el docente con las actividades desarrolladas para ser comentadas, así como la aclaración de dudas surgidas durante el desarrollo del mismo, el asesor esclareció las dudas presentadas por el alumno, retroalimentó el trabajo y sugeriró bibliografía.

La elaboración de este proceso consta de etapas:

1. Análisis y discusión de la bibliografía seleccionada para la fundamentación de la disciplina.
2. Elaboración de un marco teórico del proceso de Enfermería desde la perspectiva del modelo de Atención de Virginia Henderson.
3. Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en una paciente con diagnóstico médico de preeclampsia, con asesorías los días viernes en el período establecido para utilizar dicho proceso con fines de titulación.
4. Envío del proyecto a la E.N.E.O. para su aprobación y registro
5. Conclusión y presentación del trabajo final.

RECURSOS

Humanos:

- Paciente
- Pasante de Licenciatura de Enfermería y obstetricia
- Profesor

Físicos:

- Hospital de Gineco Pediatría 3ª
- Servicio de Alojamiento Conjunto
- Centro de Documentación en Salud

Materiales:

- Artículos de oficina y papelería
- Equipo y material propios del hospital para el otorgamiento de la atención

V. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

5.1 PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre: H. V. M. E. Edad: 36 años: Peso: 69 Kg
Talla: 1.45 m. Fecha de Nac. 18 Febrero 1967 Sexo: Femenino Ocupación: Hogar
Escolaridad: Secundaria Fecha de Admisión: 9 agosto del 2003 Hora: 9:30 horas
Procedencia: México, D. F. Fuente de Información: Directa Fiabilidad (1-4) 3
Miembro de la familia / persona significativa: Esposo

Paciente Ginecoblástica de 36 años de edad conciente, bien orientada en sus tres esferas, actualmente hospitalizada en el servicio de Alojamiento Conjunto con recién nacido en Cunero Patológico por condiciones maternas; con diagnóstico médico de "Puerperio Posquirúrgico secundario a Embarazo de 40 semanas de gestación, preeclampsia Severa, con producto valioso y primigesta añosa.

PRESUME DE LAS SIGUIENTES NECESIDADES:

Oxigenación asociada a la hipertensión arterial relacionado con la gestación

Hidratación relacionado con edema generalizado.

Oxigenación con riesgo de alteración en la perfusión tisular relacionado con hipovolemia

Eliminación asociado al estreñimiento relacionado con las secuelas de la intervención quirúrgica abdominal.

Termorregulación asociada a la hipertermia por interrupción de la lactancia

Moverse y mantener una buena postura asociada a la alteración de la movilidad física por dolor en herida quirúrgica

Trabajar y realizarse manifestado por la alteración en el desempeño de su rol de madre relacionado con la incapacidad para la atención de su hijo.

Sueño y descanso relacionado con cambios en la dinámica familiar al integrarse a su hogar

Higiene y protección de la piel asociado al dolor y a la movilidad física para bañarse por si sola

Comunicación asociado a los valores que presenta el esposo sobre el hijo biológico y de la hija adoptiva

Aprendizaje asociado al desconocimiento del cuidado del recién nacido y lactancia materna relacionado con la falta de oportunidades previas para su conocimiento.

5.2 HISTORIA CLÍNICA DE LA PACIENTE (GUIA DE VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON) 14

1. *Necesidades básicas de: oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación y termorregulación*

a) OXIGENACIÓN

Subjetivo:

Niega disneas, tos productiva y seca, dolor precordial a la respiración, así como tabaquismo y alcoholismo.

Objetivo:

Se registran los signos vitales y sus características:

Pulso: 80 X': La frecuencia se encuentra entre los parámetros normales, de un buen ritmo cardiaco, calidad o amplitud del pulso normal, la intensidad a la palpación se encuentra normal.

Respiración: 22 X' en reposo. Frecuencia dentro de los parámetros normales, ritmo, amplitud e intensidad normales; expansión simétrica de caja torácica; focos pulmonares limpios, con ausencia de sibilancias, estertores y crepitaciones.

Tensión Arterial: 150/110 mm Hg, acostada en decúbito dorsal, en reposo, con miembro torácico derecho en extensión a la altura de la aurícula, escuchando claramente los sonidos de Korotkoff e identificando la presión sistólica y diastólica, verificando en el brazo contrario sin modificación en la cifra mencionada.

Temperatura: 38°C

Grado de Dependencia:

Independiente.

b) NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Subjetivo:

Dieta habitual de tipo balanceada, con un número total de tres comidas diarias; en trastornos digestivos refiere estreñimiento de más de 48 horas posterior a la cesarea. Niega intolerancia alimentaria y alergias. Sin problemas de masticación y deglución.

Objetivo:

Piel turgente, brillante por el edema generalizado, cloasma facial, mucosa oral hidratada cabellos y uñas sin datos de desnutrición. En relación al funcionamiento neuromuscular y esquelético, se mantiene en reposo acostada y a la exploración se observa buen tono muscular. Dentadura completa, encía color rosado con adecuada higiene y rehabilitación en cuatro molares. Existe herida quirúrgica en abdomen (cesarea) por la interrupción del embarazo y se mantiene limpia y seca.

Grado de Dependencia:

Dependencia actual

c) ELIMINACIÓN

Subjetivo:

Refiere evacuar una vez al día, pero dos días posterior a la intervención quirúrgica no ha evacuado y manifiesta incremento del dolor abdominal, flatulencia, orina de 8 a 10 veces al día en cantidad, color y olor normales, menarca a los 12 años con duración de 4 a 5 días en cantidad normal. Refiere desde hace 5 años miomatosis uterina con sangrado transvaginal intermenstrual en ocasiones abundante, niega enfermedades renales. NO utiliza laxantes, refiere presencia de hemorroides a partir del sexto mes de embarazo con leves molestias para la defecación, refiere que no influyen las emociones en su patrón de eliminación.

Objetivo:

Abdomen distendido, depresible a la exploración física disminución del peristaltismo y facies de dolor a la palpación. Se palpa útero por debajo de cicatriz umbilical bien contraído y presencia de globo vesical (con sonda foley).

Grado de Dependencia:

Dependencia actual

d) TERMORREGULACIÓN

Subjetivo:

Refiere tener buena adaptación a los cambios de temperatura. Niega algún tipo de ejercicio. La temperatura ambiental que le es mas agradable es la cálida.

Objetivo:

Se observa rubicunda diaforética, con mamas congestionadas y dolorosas, hipertermia de 38.5°C. Las condiciones del entorno físico es cálido, la paciente se encuentra vestida con ropa hospitalaria ligera de algodón.

Grado de Dependencia:

Dependencia actual

2. Necesidades Básicas de: moverse y mantener una buena postura, usar prendas de vestir adecuadas, higiene y protección de la piel.

a) **MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA**

Subjetivo:

Al referirnos a la actividad física cotidiana refiere ser normal, realizando sus actividades propias del hogar en el transcurso del día y por las tardes en sus tiempos libres lleva a su hija al parque cercano a su domicilio, en las noches (20-22 hrs) ve televisión; sus hábitos de descanso son de 8 horas.

Objetivo:

Actualmente con indicación médica de reposo, a la exploración tono muscular disminuido por efectos farmacológicos, se ayuda para la movilización en cama, se observan movimientos limitados por dolor en herida quirúrgica, se mantiene en decúbito lateral (derecho e izquierdo), no se observa presencia de temblores, su estado de conciencia es somnolienta y refiere tristeza por no sentirse en condiciones para estar con su hijo.

Grado de Dependencia:

Dependencia decreciente

a) **DESCANSO Y SUEÑO**

Subjetivo:

Su descanso es de 4 horas diarias con un horario de 18 a 22 horas ocasionalmente, con siesta de una hora aproximadamente (15 a 16 horas), los horarios de sueño son de 22 a 6 horas teniendo un total de 8 horas, refiere insomnio y lo atribuye al trato que recibirá su hija adoptiva por parte de su esposo y demás familiares en relación al hijo biológico, por lo que manifiesta ocasionalmente cansancio al levantarse.

Objetivo:

En relación a su estado mental, se observa estrés, con lenguaje claro y pausado, con ojeras, bostezos y con buena respuesta a estímulos.

Grado de Dependencia:

Dependencia decreciente

c) **USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS**

Subjetivo:

Refiere que su estado de ánimo no influye para la selección de sus prendas de vestir y que se siente muy bien con su modo de vestir por lo que su autoestima no es determinante en este aspecto, sus creencias no le impiden vestirse como a ella le gusta y tampoco no necesita ayuda para la selección del vestuario.

Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad, y su capacidad psicomotora está limitada para vestirse y desvestirse. El tipo de vestimenta que utiliza es completo, limpio y adecuado.

Grado de Dependencia:

Dependencia decreciente

d) **NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL****Subjetivo:**

La frecuencia de su aseo personal es diario a través del baño por las mañanas, con cambio de ropa, aseo bucal dos veces al día por las mañanas al levantarse y por la noche antes de dormir, refiere lavado de manos antes de preparar los alimentos, antes y después de comer y después de ir al baño. Menciona que sus creencias personales no limitan sus hábitos higiénicos.

Objetivo:

Aspecto general: baja estatura, constitución corporal obesa a simple vista, aparentemente integra, sin halitosis, cuero cabelludo en condiciones normales y sin lesiones dérmicas. Actualmente inicia deambulación con movimientos lentos, refiere dolor de herida quirúrgica y solicita ayuda para el baño de regadera.

Grado de Dependencia:

Dependencia Decreciente

e) **NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS****Subjetivo:**

Su familia se encuentra conformada por cuatro integrantes (ella, esposo, hija de 4 años adoptada desde 1 año de vida y el recién nacido). La reacción que toma ante una situación de urgencia es de ansiedad y angustia, pero sin llegar a perder el control de la situación. Si conoce las medidas de prevención de accidentes en el hogar. Realiza periódicamente los controles de salud recomendados (consultas prenatales). La forma como canaliza sus situaciones de tensión en su vida es hablando con su esposo o a través de su quehacer diario.

Objetivo:

No se observan deformidades congénitas aparentes, las condiciones del ambiente en su hogar es de tranquilidad, limpieza general, sin presencia de olores, con amplitud de espacio, bien ventilada e iluminada tanto natural como artificialmente (luz eléctrica), cuenta con todos los servicios (agua potable, luz eléctrica, drenaje).

Grado de Dependencia:

Independiente

3. Necesidades básicas de: comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas o de aprendizaje.

a) NECESIDAD DE COMUNICARSE

Subjetivo:

Estado civil casada desde hace 14 años, vive con su esposo y su hija, el rol que ocupa en la estructura familiar es ser madre de familia, acepta preocupaciones y estrés dentro de su núcleo familiar ya que la adopción de su hija se dio por insistencia propia y no por convencimiento de ambos como pareja, los problemas en relación a su enfermedad los comenta con su esposo. Desde hace tres años se acompaña de su hija, su esposo trabaja durante todo el día. La frecuencia de los contactos sociales son en fin de semana a través de visitas a familiares de su esposo.

Objetivo:

Lenguaje claro y fluido, orientada en sus tres esferas, con alteraciones en la visión por fosfenos, agudeza auditiva normal, refiere tinitus, comunicación verbal con la familia durante la visita hospitalaria.

Grado de Dependencia:

Dependencia decreciente

b) VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Subjetivo:

Profesa la religión católica, la cual no le genera conflictos personales. Los valores en su familia son amor, confianza y respeto. Sus valores personales son amor y respeto observándose cierta incongruencia en su forma de pensar con su forma de vivir.

Objetivo:

Su grupo social religioso no interfiere en sus hábitos de vestir, siendo permitido el contacto físico con su hija y se observa una imagen de la virgen de Guadalupe como objeto indicativo de creencia.

Grado de Dependencia:

Independiente

c) TRABAJAR Y REALIZARSE

Subjetivo:

Desde su matrimonio no ha trabajado, su esposo se encarga del aporte económico para las necesidades de la familia, está satisfecha con el rol que juega en su familia. Refiere angustia por no tener a su hijo a en convivencia como las demás madres.

Objetivo:

El estado emocional observado durante la entrevista es de cooperación, atenta, Pero con facies de tristeza.

Grado de Dependencia:

Independiente

d) JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Subjetivo:

Las actividades recreativas que realiza en su tiempo libre es jugar con su hija. Refiere que las situaciones de estrés ocasionalmente influyen en la satisfacción de sus necesidades. Los recursos existentes en la comunidad para la recreación son: un parque, multicinema, casa de la cultura, deportivo, teatro. No ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa.

Objetivo:

Se observa limitantes en el sistema neuromuscular por el trauma quirúrgico. No rechaza las actividades recreativas, su estado de ánimo es participativo y cooperador.

Grado de Dependencia:

Dependencia decreciente

e) APRENDIZAJE

Subjetivo:

Su nivel de educación es de secundaria completa, sin problemas de aprendizaje, prefiere escribir mas que leer. Si conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad, pero no la utilización de estas. Refiere tener interés para aprender a resolver problemas de salud sobre todo manifiesta su inquietud e inseguridad para el manejo de su recién nacido así como en la lactancia materna.

Objetivo:

El estado de sistema nervioso se encuentra normal, los órganos de los sentidos se encuentran alterados (visión y audición), se observa un poco de inquietud por dolor en herida quirúrgica, pero tanto la memoria reciente como la remota se encuentran normales y presentes.

Grado de Dependencia:

Dependencia decreciente

PRIORIZACIÓN DE NECESIDADES:

Oxigenación asociada a la hipertensión arterial relacionado con la gestación.

Oxigenación con riesgo de alteración en la perfusión tisular relacionado con hipovolemia.

Hidratación relacionado con edema generalizado.

Eliminación asociado al estreñimiento relacionado con las secuelas de la intervención quirúrgica abdominal.

Moverse y mantener una buena postura asociada a la alteración de la movilidad física por dolor en herida quirúrgica.

Termorregulación asociada a la hipertermia por interrupción de la lactancia.

Sueño y descanso relacionado con cambios en la dinámica familiar al integrarse a su hogar.

Trabajar de forma que proporcione sensación de satisfacción relacionado con la alteración en el desempeño de su rol de madre manifestado por la incapacidad para la atención de su hijo.

Higiene y protección de la piel asociado al dolor y a la movilidad física para bañarse por si sola.

Comunicación asociada a los valores que presenta el esposo sobre el hijo biológico y la hija adoptiva.

Aprendizaje asociado al desconocimiento del cuidado del recién nacido y lactancia materna relacionado con la falta de oportunidades previas de aprendizaje.

EJECUCIÓN

5.3 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

5.4 PLANEACIÓN

5.5 EJECUCIÓN

5.6 EVALUACIÓN

NECESIDAD: Oxigenación

DX. DE ENFERMERÍA: Aumento de la presión arterial, asociada con la gestación por el desequilibrio tromboxano/prostaciclina a nivel útero placentario relacionado con la vasoconstricción generalizada, manifestada por cefalea, acúfenos, fosfenos y tensión arterial de 150/110.

OBJETIVO: La presión arterial descenderá a rangos considerados como normales para la usuaria, posterior a la realización de los cuidados de enfermería.

INTERVENCIÓN	JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA
Medir tensión arterial cada hora En ambos brazos acostada	El monitoreo de las constantes vitales (TA) permite valorar el estado hemodinámico de la usuaria. Ya que a mayor volumen de líquidos en el espacio extracelular aumenta también el volumen sanguíneo, incrementando el gasto cardiaco y este a su vez la tensión arterial.
Efectuar balance de líquidos por turno y observar características de la orina (volumen, color, olor)	La medición de ingresos y egresos de líquidos así como su balance se emplea para valorar el estado de hidratación de la usuaria y función renal tomando en cuenta las características de la orina; considerando que una de las causas de daño renal es el aporte sanguíneo inadecuado a consecuencia de la hipertensión arterial.
Reposo Absoluto	La disminución de la actividad física favorece al control de la tensión arterial por la disminución del gasto cardiaco.
Orientar a la usuaria y familiares sobre los signos y síntomas de alarma en el excesivo aumento de la presión arterial que deben observar y referir: <ul style="list-style-type: none">• Cefalea• Acúfenos• Fosfenos	La comprensión de los signos y síntomas normales y de alarma en la hipertensión arterial pueden ayudar a la familia y a la usuaria a mejorar el cumplimiento del plan y reducir riesgos.

<p>Labstix por turno</p> <p>Ministrar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hidralazina tabletas 30 mg c/6 hrs Vía oral. - Alfametildopa Tabletetas 500 mg c/8 hrs Vía Oral. <p>Orientar al usuario y familia sobre los medicamentos utilizados para el control de la presión arterial y sus efectos secundarios.</p> <p>Registrar en la hoja de enfermería los datos de valoración y acciones emprendidas, así como su respuesta y evolución.</p>	<p>La alteración de la permeabilidad glomerular permite la filtración de proteínas como la albúmina que puede ser monitorizada por medio del labstix en orina.</p> <p>Los antihipertensivos actúan a nivel vascular ocasionando vasodilatación lo cual favorece a la disminución de la tensión arterial.</p> <p>el usuario y familiares deberán conocer la acción del medicamento así como la importancia del horario establecido y los posibles efectos colaterales para que la misma paciente y familiares sean participantes activos dentro del proceso de su atención</p> <p>Las notas de enfermería constituyen el documento legal que facilita la comunicación entre los integrantes del equipo sanitario y respaldan las actuaciones de la enfermera (o)</p>
--	---

EVALUACIÓN GENERAL:

El conjunto de cuidados de enfermería proporcionados, lograron a partir del segundo día de hospitalización remitir la cefalea, acúfenos y fosfenos, permitiendo controlar la tensión arterial en 110/80.

NECESIDAD: Oxigenación

DX. DE ENFERMERÍA: Riesgo de alteración en la perfusión tisular sistémica relacionado con hipovolemia

OBJETIVO: La enfermera detectará oportunamente y reducirá las complicaciones por alteraciones de la perfusión tisular sistémica.

INTERVENCIÓN	JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA
Palpar y localizar el fondo uterino Palpar consistencia del útero Valorar el sangrado transvaginal y sus características	La valoración de la localización del fondo uterino, consistencia del útero, características del sangrado transvaginal permiten determinar la eficacia del proceso de involución uterina.
Medir constantes vitales Determinar llenado capilar	El monitoreo de las constantes vitales y del llenado capilar permiten valorar el estado hemodinámico de la usuaria.
Cuantificación de Sangrado Uterino	El control de sangrado ayuda a estimar pérdidas por el sangrado transvaginal.
Efectuar balance de líquidos Por turno	La medición de ingresos y egresos de líquidos así como su balance, se emplea para valorar el estado de hidratación y función renal de la usuaria.
Orientar a la usuaria y familiares sobre signos y síntomas de alarma que deben observar y referir: ➤ Características del sangrado transvaginal • Cantidad • Color • Olor • Tiempo ➤ Características de la herida quirúrgica. • Rubor • Calor • Presencia de Secreción • Fiebre ➤ Signos y síntomas asociados con la hipertensión arterial	La socialización y comprensión de los signos y síntomas normales y de alarma en el puerperio pueden ayudar a la familia y a la usuaria a mejorar el cumplimiento del plan y reducir riesgos. La detección y rápida comunicación oportuna con el equipo de salud sobre signos de alarma durante el puerperio permiten intervenciones oportunas para tratar complicaciones (hipovolemia, infección e hipertensión arterial).

<p>arterial</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cefalea • Acúfenos • Fosfenos <p>Comunicar al médico signos de alarma como: falta de progreso en la involución uterina, consistencia blanda del útero, incremento del sangrado transvaginal, alteración de las constantes vitales y llenado capilar</p> <p>Registrar en las notas de enfermería, datos de valoración y acciones emprendidas.</p>	<p>La detección y rápida comunicación al médico de signos de alarma durante el puerperio permiten intervenciones oportunas para tratar complicaciones.</p> <p>Las notas de Enfermería constituyen el documento legal que facilita la comunicación entre los integrantes del equipo de salud y respaldan las acciones de la enfermera (o).</p>
--	---

EVALUACIÓN GENERAL: A la exploración física se palpa útero bien contraído por debajo de la cicatriz umbilical, se observan loquios hemáticos en cantidad y olor normales así como temperatura corporal en un rango de 36.5 a 37 °C.

NECESIDAD: Hidratación

DX. DE ENFERMERÍA: Exceso de volumen de líquidos relacionado con el aumento de la presión sanguínea en los capilares, reducción de la presión osmótica coloidal plasmática y retención de sodio, manifestada por aumento de peso súbito, hipertensión arterial y piel brillante.

OBJETIVO: La función circulatoria se verá favorecida con la disminución del edema generalizado posterior a los cuidados de enfermería otorgados

INTERVENCIÓN	JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA
Medir signos vitales c/4 horas	El monitoreo de las constantes vitales permite valorar el estado hemodinámico de la usuaria.
Efectuar balance de líquidos Por turno	La medición de ingresos y egresos de líquidos así como su balance se emplea para valorar el estado de hidratación de la usuaria y función renal.
Peso diario de la paciente	Monitoreo del peso de la paciente para valorar la evolución del problema.
Instalación de sonda Foley Vigilar permeabilidad, características de la orina (volumen, color y olor) y molestias generadas por la sonda a permanencia.	El sondeo vesical a permanencia permite el drenaje de orina en la paciente trans y posoperatoria, también determina la medición precisa del drenaje de orina para valorar la función renal. La sonda vesical puede actuar como un cuerpo extraño desencadenando una reacción antígeno anticuerpo.
Informar a la paciente y usuaria sobre la importancia del control de líquidos y la ingesta de la dieta hiposódica.	La comprensión de la relación existente entre la ingesta sin control de líquidos y de comidas saladas con la retención de líquidos ayudará a la usuaria a mejorar el cumplimiento del plan y reducir riesgos (ya que la retención de sodio produce también retención de agua aumentando el volumen del líquido extracelular y por ende la presencia del edema).
Ministrar Diuréticos : Furosemide Amp. 40mg/24 horas	Son sustancias químicas que aumentan la producción de orina mediante el aumento de la magnitud de la filtración o por disminución de la reabsorción tubular.

Registrar en la hoja de enfermería los datos de valoración y acciones emprendidas, así como su respuesta y evolución..	Las notas de enfermería constituyen el documento legal que facilita la comunicación entre los integrantes del equipo sanitario y respaldan las actuaciones de la enfermera (o)
--	--

EVALUACIÓN GENERAL: La eliminación de orina de acuerdo al balance hídrico por turno fueron negativos durante dos días, lo que quiere decir que fue mayor la eliminación de líquidos en relación a los ingresos, disminuyendo gradualmente la Proteinuria hasta negativizarse y por ende el edema y el peso disminuyó, logrando también el control de la tensión arterial en 110/80

NECESIDAD: Eliminación

DX. DE ENFERMERÍA: Estreñimiento relacionado con las secuelas de la intervención quirúrgica abdominal manifestado por dificultad para defecar, dolor y distensión abdominal.

OBJETIVO: Recuperar el hábito intestinal normal de la señora HVME.

INTERVENCIÓN	JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA
<p>Valorar el estado de hidratación, características del peristaltismo intestinal e intensidad del dolor</p> <p>Verificar la presencia de distensión abdominal, flatulencia y esfuerzos para defecar.</p>	<p>La valoración permite identificar los factores que se relacionan con el estreñimiento así como sus manifestaciones clínicas</p>
<p>Ejercicios de movilización y de la contracción de la musculatura abdominal.</p> <p>Favorecer la deambulación temprana</p>	<p>El ejercicio (deambulación) ayuda a estimular la motilidad normal de los intestinos.</p>
<p>Ayudar a la señora durante la deambulación</p>	<p>En las primeras horas del puerperio, las pacientes al incorporarse y caminar refieren mareos como consecuencia de las pérdidas sanguíneas y la permanencia en cama.</p> <p>Ayudar a la usuaria durante la deambulación pone en práctica el principio básico de enfermería de evitar lesiones ulteriores.</p>
<p>Vigilar la ingesta completa de dieta blanda y líquidos (controlados) calientes</p>	<p>La dieta blanda se mastica y se digiere fácilmente aunque carece de suficiente fibra y los líquidos calientes estimulan el peristaltismo.</p>
<p>Aconsejar aprovechar el reflejo gastrocólico</p>	<p>El aprovechar el reflejo gastrocólico facilita la defecación.</p>
<p>Educar a la señora sobre el estreñimiento y sus complicaciones</p> <p>Educarla para que ingiera al egreso del hospital alimentos ricos en fibra y residuos e incremente la cantidad de</p>	<p>La educación es la base para que se modifiquen patrones de conducta y se propicie el autocuidado.</p> <p>La dieta rica en fibra y residuos así como la ingesta de mayor cantidad de líquidos modificarán el patrón de eliminación intestinal de la usuaria. Comer a intervalos regulares de tres veces al día genera regularidad en la evacuación intestinal.</p>

<p>líquidos y que realice tres comidas al día (tomando en cuenta los recursos con que cuenta).</p> <p>Comunicar a la usuaria sobre los efectos nocivos del uso prolongado de laxantes.</p> <p>Administración de Psyllium plántago 1 cucharada disuelta en agua tres veces al día (por único día)</p> <p>Registrar en la hoja de enfermería los datos de valoración y acciones emprendidas, así como su respuesta y evolución.</p>	<p>El uso prolongado o abuso de laxantes induce la disminución de movimientos peristálticos.</p> <p>Es un regulador intestinal que incrementa la formación de bolo al formar una masa blanda, no irritante que favorece la evacuación normal.</p> <p>Las notas de enfermería constituyen el documento legal que facilita la comunicación entre los integrantes del equipo sanitario y respaldan las actuaciones de la enfermera (o)</p>
---	---

EVALUACIÓN GENERAL: La usuaria no evacuó durante el segundo día de posoperada que se realizaron las acciones descritas, pero ingirió su dieta completa así como líquidos calientes y deambula por momentos con ayuda, refiere movimientos intestinales y expulsión de gases; presentándose la evacuación hasta el siguiente día aproximadamente a las 7 a. m.

NECESIDAD: Moverse y mantener una buena postura

DX. DE ENFERMERÍA: : Alteración en la movilidad física relacionado con la lesión de las terminaciones nerviosas del abdomen, producidas por el trauma quirúrgico, manifestado por mantener una posición rígida, puños cerrados, expresión facial de tensión y ansiedad, y quejidos de dolor.

OBJETIVO: La enfermera valorará y ejecutará acciones encaminadas a la disminución y control del dolor de la herida quirúrgica abdominal.

INTERVENCIÓN	JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA
Valorar en la usuaria la intensidad del dolor (a través de expresiones vocales, expresión facial, llanto, quietud fuera de lo común, rigidez muscular, movimientos y posturas e irritabilidad) y constantes vitales.	La valoración de la usuaria nos permite estimar el umbral al dolor. El dolor superficial intenso excita mecanismos fisiológicos de defensa que se asocian con el patrón de alarma. El dolor visceral o profundo puede causar insuficiencia de los mecanismos de defensa.
Valorar el estado emocional de la usuaria y el grado de interferencia del dolor con las actividades de autocuidado.	Los cambios y ajustes hormonales en el periodo posparto originan cambios en el estado de ánimo. La verificación para el autocuidado guía a la enfermera en su plan de atención
Mantener la herida quirúrgica en optimas condiciones de higiene.	El aseo de la herida quirúrgica con agua y jabón a demás de disminuir el riesgo de infección proporciona bienestar a la usuaria.
Vendaje Abdominal.	La inmovilización, la presión y la fijación de un apósito en la región afectada a través del vendaje abdominal, mitiga el temor y la ansiedad promoviendo el bienestar físico de la usuaria.
Disminuir el estrés de la usuaria escuchándola y enseñándole a relajarse.	Al escuchar a la usuaria permitimos que externe sus sentimientos con los que se reduce el componente emotivo del dolor. Los ejercicios de relajación desminuyen el estrés y por ende el dolor.
Educar a la usuaria sobre la influencia del estrés en la percepción del dolor	La educación es la base para que se sigan determinados patrones de conducta que resultan beneficiosos para la salud.

<p>Ministrar una ampula de Metamizol IM c/8 hrs.</p>	<p>Produce analgesia al aumentar el umbral al dolor en las neuronas periféricas.</p>
<p>Registrar en la hoja de enfermería los datos de valoración y acciones emprendidas, así como su respuesta y evolución.</p>	<p>Las notas de enfermería constituyen el documento legal que facilita la comunicación entre los integrantes del equipo sanitario y respaldan las actuaciones de la enfermera (o)</p>

EVALUACIÓN GENERAL: Posterior a los cuidados de enfermería proporcionados disminuyó la sensación de dolor y contribuyó a realizar sus actividades de autocuidado.

NECESIDAD: Termorregulación

DX. DE ENFERMERÍA: Hipertermia relacionada con la interrupción de la lactancia materna, manifestada por dolor, calor, turgencia de las mamas, malestar general y temperatura de 38.5 °C

OBJETIVO: Disminuir la temperatura a un rango normal a través de los cuidados de enfermería proporcionados.

INTERVENCIÓN	JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA
Toma y registro periódico de la temperatura	El control periódico de la temperatura corporal; asegura la exactitud de la medición y tener en cuenta aquellos factores que pueden alterarla momentáneamente.
Retirar exceso de ropa (ropa ligera de algodón)	El calor que se desprende de la superficie corporal por irradiación y conducción varían según: el grado de aislamiento del cuerpo (ejem. Grasa subcutánea, ropas), la superficie cutánea expuesta, la temperatura ambiental, el volumen sanguíneo que fluye por los capilares periféricos.
Baño con agua tibia	Los receptores nerviosos para el frío y el calor que se localizan en la piel ayudan a regular la temperatura corporal. Ya que el calor que se desprende de la superficie corporal por convección depende de la superficie cutánea expuestas a las corrientes de aire o líquidos.
Técnica de Extracción manual de leche materna	Asegurar el vaciado adecuado de las mamas con la técnica de extracción de leche, durante el periodo de supresión de la lactancia, evitando con ello el congestionamiento mamario y asegurando la continuidad de la secretación de leche.
Registrar en la hoja de enfermería los datos de valoración y acciones emprendidas, así como su respuesta.	Las notas de enfermería constituyen el documento legal que facilita la comunicación entre los integrantes del equipo sanitario y respaldan las actuaciones de la enfermera (o)

EVALUACIÓN GENERAL: Baja la temperatura posterior al baño de regadera y disminuye el malestar general una vez realizada la extracción manual de ambas mamas obteniendo aproximadamente 20 ml de leche.

NECESIDAD: Necesidad de higiene y protección de la piel.

DX. DE ENFERMERÍA: Déficit de autocuidado (parcial) para bañarse relacionado con el dolor producido por el trauma quirúrgico, manifestado con limitaciones de movimientos y escasa colaboración para su higiene personal

OBJETIVO: Colaborar e incentivar a la paciente para la realización de las actividades del baño corporal de regadera.

INTERVENCIÓN	JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA
Determinar conjuntamente las actividades que la persona es capaz de realizar, aquellas para las que necesita asistencia y el tipo de ayuda que requiere.	Estimular la participación activa y la pronta recuperación del máximo nivel de autonomía empleando las actividades motrices de la usuaria y ayudándole en movimientos y maniobras que le sea doloroso realizar.
Mantener la herida quirúrgica en optimas condiciones de higiene.	El baño favorece el aseo de la herida quirúrgica con agua y jabón a demás de disminuir el riesgo de infección proporciona bienestar a la usuaria.
Ayuda para iniciar la deambulaci3n	En las primeras horas del puerperio, las pacientes al incorporarse y caminar refieren mareos como consecuencia de las pérdidas sanguíneas y la permanencia en cama. Ayudar a la usuaria durante la deambulaci3n pone en práctica el principio básico de enfermería de evitar lesiones ulteriores.
Programar el baño en el momento de máximo efecto de la analgesia.	El efecto máximo de la analgesia minimiza las molestias provocadas por la movilizaci3n. Determinar conjuntamente
Colocar los elementos necesarios para el baño al alcance de la mano de la usuaria	Facilitar las actividades que la persona es capaz de realizar.
Aconsejar que el baño o ducha se tome sentado	El tomar el baño o ducha sentado disminuye el gasto de energía.

Ofrecer un ambiente terapéutico	Respetando en lo posible su intimidad.
Elogiar los logros obtenidos	Incentivar la independencia animando a continuar con aquellas acciones que se hayan demostrado eficaces; reconociendo el esfuerzo realizado.
Involucrar a la pareja en los cuidados brindados a la usuaria.	Implicar a la familia en actividades de ayuda o de suplencia para el logro de una pronta recuperación.
Registrar en la hoja de enfermería los datos de valoración y acciones emprendidas, así como su respuesta y evolución.	Las notas de enfermería constituyen el documento legal que facilita la comunicación entre los integrantes del equipo sanitario y respaldan las actuaciones de la enfermera (o)

EVALUACIÓN GENERAL: Se observa disposición por parte de la usuaria para la realización de las actividades que generan menos molestias y responde favorablemente ya que solo en esa ocasión se le educó y auxilió en este procedimiento y posteriormente lo realizó lentamente pero en forma independiente.

NECESIDAD: Descanso y Sueño

DX. DE ENFERMERÍA: Alteración del patrón del sueño relacionado con cambios en la dinámica familiar al integrarse a su hogar manifestado por cansancio, bostezos, ojeras e insomnio

OBJETIVO: La señora HVME logrará descansar y dormir posterior a la intervención de enfermería.

INTERVENCIÓN	JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA
<p>Valorar la calidad del sueño, eficacia de técnicas de relajación y presencia de otras manifestaciones a consecuencia de la alteración de este patrón.</p>	<p>La valoración de la calidad del sueño permite determinar si la usuaria alcanza hasta el 4º periodo de sueño REM para que se produzca el descanso necesario. La mujer posterior al parto se encuentra agotada física y emocionalmente por lo que suele requerir mínimo de 6 horas de sueño; al no lograrlo puede presentar cambios importantes en su estado de ánimo y en su conducta.</p>
<p>Animar a la usuaria para que exprese sus sentimientos. Crear un ambiente confortable y seguro.</p>	<p>La usuaria al expresar sus sentimientos a la enfermera (o), podrá sentirse escuchada, aceptada y confiada en el ambiente hospitalario, reduciendo así su estrés.</p>
<p>Brindar baño tibio de regadera</p>	<p>El agua tibia produce vasodilatación y relajación con lo que se induce al sueño a la usuaria.</p>
<p>Proporcionar un vaso con leche tibia</p>	<p>La leche contiene triptófano (proteína) precursor de la serotonina que se creé produce y mantiene el sueño.</p>
<p>Orientar a la usuaria sobre el estrés y sus repercusiones.</p>	<p>La educación disminuye la ansiedad al proporcionar la información que la usuaria requiera y el sugerir patrones de conducta para lograr la adaptación y el bienestar.</p>
<p>Involucrar a la pareja en los cuidados brindados a la usuaria.</p>	<p>La participación de la pareja en los cuidados brindados a la usuaria garantizan mejores resultados al propiciar el acercamiento físico y emocional.</p>
<p>Registrar en la hoja de enfermería los datos de valoración y acciones emprendidas, así como su respuesta y evolución de la usuaria.</p>	<p>Las notas de enfermería constituyen el documento legal que facilita la comunicación entre los integrantes del equipo sanitario y respaldan las actuaciones de la enfermera (o)</p>

EVALUACIÓN GENERAL: Posterior a la intervención de enfermería la usuaria manifiesta menos ansiedad, se le recomendó la comunicación con su esposo en el momento en que ella lo juzgara pertinente, realizándolo durante la visita y al término de esta ella refiere con sus propias palabras "me quitó un gran peso de encima", durante el turno no durmió, pero al siguiente día refirió dormir y lograr el descanso durante la noche, reflejándose en su bienestar.

NECESIDAD: Moverse y mantener una postura

DX. DE ENFERMERÍA: Alteración en el desempeño del rol de madre relacionado la incapacidad para la atención de su hijo debido al riesgo de disfunción neurovascular, manifestado con angustia por no estar en convivencia con su recién nacido.

OBJETIVO: Disminuir el estrés de la usuaria a través de los cuidados de enfermería proporcionados

INTERVENCIÓN	JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA
Valorar el estado emocional de la madre.	La valoración del estado emocional de la usuaria y del estrés es un proceso elemental para conocer a la usuaria y poder otorgar los cuidados que requiere.
Observar manifestaciones de estrés Permitir que exprese sus sentimientos	La expresión de sentimientos y la escucha activa por parte la enfermera (o) ayuda a la usuaria a disminuir su estrés.
Explicar a la usuaria las manifestaciones y consecuencias del estrés	La educación es la base para que se modifiquen determinados patrones de conducta en beneficio de la adaptación y de la salud.
Ayudar a la usuaria a identificar los factores estresantes	La identificación por parte de la usuaria de los factores que le originan el estrés le permiten en forma conjunta con la enfermera a establecer las medidas necesarias para disminuirlo.
Enseñar y realizar con ella técnicas de relajación	Las técnicas de relajación conducen a la disminución de las manifestaciones del estrés.
Involucrar a la pareja en los cuidados brindados a la usuaria.	La participación de la pareja en los cuidados brindados a la usuaria garantizan mejores resultados al propiciar el acercamiento físico y emocional.
Registrar en la hoja de enfermería los datos de valoración y acciones emprendidas, así como su respuesta y evolución de la usuaria.	Las notas de enfermería constituyen el documento legal que facilita la comunicación entre los integrantes del equipo sanitario y respaldan las actuaciones de la enfermera (o)

EVALUACIÓN GENERAL: Cede el llanto y la paciente se manifiesta mas tranquila con la visita de su esposo, ingiere su dieta completa y lograr dormir aproximadamente 1 hora durante el turno.

NECESIDAD: Comunicarse con sus semejantes

DX. DE ENFERMERÍA: Alteración de los procesos familiares relacionado con los valores que presenta el esposo sobre el hijo biológico y la hija adoptiva manifestada por ansiedad y temor a la comunicación.

OBJETIVO:

INTERVENCIÓN	JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA
Animar a la usuaria para que exprese sus sentimientos. Crear un ambiente confortable y seguro.	La usuaria al expresar sus sentimientos a la enfermera (o), podrá sentirse escuchada, aceptada y confiada en el ambiente hospitalario, reduciendo así su estrés.
Orientar a la usuaria sobre el estrés y sus repercusiones.	La educación disminuye la ansiedad al proporcionar la información que la usuaria requiera y el sugerir patrones de conducta para lograr la adaptación y el bienestar.
Ayudar a la usuaria a identificar los factores estresantes	La identificación por parte de la usuaria de los factores que le originan el estrés le permiten en forma conjunta con la enfermera a establecer las medidas necesarias para disminuirlo.
Sugerir la comunicación con su pareja en el momento que considere pertinente	La comunicación efectiva, libera malos entendidos y esclarece la situación, por difícil que esta sea.
Involucrar a la pareja en los cuidados brindados a la usuaria.	La participación de la pareja en los cuidados brindados a la usuaria garantizan mejores resultados al propiciar el acercamiento físico y emocional.
Registrar en la hoja de enfermería los datos de valoración y acciones emprendidas, así como su respuesta y evolución de la usuaria	Las notas de enfermería constituyen el documento legal que facilita la comunicación entre los integrantes del equipo sanitario y respaldan las actuaciones de la enfermera (o)

EVALUACIÓN GENERAL: Al ser escuchada la señora HVME se observa mas relajada y ella manifiesta la disminución de su ansiedad, pero no es posible evaluar en forma objetiva, ya que este proceso requiere seguimiento.

NECESIDAD: Aprendizaje

DX. DE ENFERMERÍA: Déficit de conocimientos sobre el cuidado del recién nacido y lactancia materna relacionado con la falta de oportunidades previas de aprendizaje.

OBJETIVO: Educar a la madre sobre los cuidados del recién nacido y lactancia materna

INTERVENCIÓN	JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA
Valor los conocimientos que tiene la madre sobre el cuidado del recién nacido.	Esta valoración permite a la enfermera (o) planificar un programa orientado a satisfacer las necesidades educativas para la usuaria y estimar la disposición de ésta al aprendizaje.
Importancia del lavado de manos previo al manejo del recién nacido.	A través del lavado de manos se eliminan microbios, fomentando de esta forma la prevención o reducción de infecciones en el recién nacido.
Control de temperatura y vestido del recién nacido	Los conocimientos de la madre sobre el control de la temperatura ayudarán a la madre a la selección adecuada del vestido del recién nacido y a actuar en forma inmediata ante una distermia.
Baño	La enseñanza tutelar de la madre en la realización del baño del recién nacido, otorgará habilidad y seguridad para la realización de este procedimiento en el hogar.
Cuidado del muñón umbilical	La comprensión de la madre y la habilidad en el aseo del muñón umbilical disminuirá los factores de riesgo de infección.
Ventajas de la alimentación al seno materno	Los conocimientos de la madre sobre: la alimentación a libre demanda, las propiedades inmunológicas de la leche materna, la disponibilidad, economía, vínculo madre e hijo y los beneficios para ella durante el puerperio, favorecerá la aceptación de la lactancia materna.
Técnicas de alimentación al seno materno	La realización correcta de las técnicas de alimentación al seno materno favorecerá la producción de leche, evitará congestión de las mamas, lesiones en los pezones y posibilidad de fiebre e infección.

<p>Posición del recién nacido posterior a su alimentación.</p>	<p>El conocimiento de la madre sobre la posición de su recién nacido en decúbito ventral o lateral posterior a su alimentación disminuirá el riesgo de broncoaspiración.</p>
<p>Identificación de signos de alarma.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Problemas respiratorios • Temperatura • Coloración de tegumentos • Evacuaciones 	<p>El conocimiento de la madre sobre signos de alarma permitirá su identificación e incrementa las posibilidades de una atención oportuna.</p>
<p>Registrar en la hoja de enfermería los datos de valoración y acciones emprendidas, así como su respuesta y evolución.</p>	<p>Las notas de enfermería constituyen el documento legal que facilita la comunicación entre los integrantes del equipo sanitario y respaldan las actuaciones de la enfermera (o)</p>

EVALUACIÓN GENERAL: La usuaria a demostrado disposición a la enseñanza y solicita asesoría constantemente para el cuidado de su recién nacido y la técnica de alimentación al seno materno.

VI. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS:

La realización de este proceso de Enfermería me llevó a la aplicación del método científico como una herramienta útil para estructurar los conocimientos de la **Licenciada en Enfermería y obstetricia**, teniendo como principal objetivo definir el rol y ámbito de aplicación particular de la **Enfermería**.

Al analizar este proceso puede decir que lo realizamos en forma cotidiana dentro del quehacer de la enfermera solo que se lleva a cabo en forma rutinaria e irreflexiva, debemos ser mas analíticas con inquietud de búsqueda que nos mantenga a la vanguardia y nos dé los elementos científicos para justificar el cuidado de enfermería que realizamos día con día.

Por lo que sugiero que dentro de la formación del personal de enfermería se otorgue mayor énfasis a las teorías y modelos para que el alumno desde sus inicios identifique el aspecto filosófico de la enfermería profesional desde su contexto histórico para poder aterrizarlo al actual, con un fundamento científico que otorgue la capacidad al alumno de vincular el aspecto teórico-práctico identificando los modelos de atención que llevamos a cabo en el otorgamiento de la atención para la salud y por ende redundar en la utilización del método o proceso desde la formación para que posteriormente este forme parte de una práctica profesional crítica, reflexiva e innovadora.

De igual forma **sugiero** para el personal ya formado, que hagamos de nuestra práctica un motor generador de conocimiento, centrándonos en la aplicación del pensamiento crítico a la solución de problemas a través del Proceso Enfermero y la investigación en Enfermería como herramientas reguladoras de la práctica profesional independiente, así como la revaloración del proceso educativo que logre con una mirada participativa, modificar la rutina por una práctica reflexiva; donde la enfermera en su papel de alumno sea la protagonista del proceso educativo, tomando como punto de arranque la actividad reflexiva de la propia enfermera al construir por medio de la crítica su propio conocimiento a partir de los datos disponibles tomando como referencia su propia experiencia.

VII. GLOSARIO

ACÚFENOS:

Sensación auditiva anormal que es percibida solamente por el sujeto.

ANTIHIPERTENSIVOS:

1. Relativo a una sustancia o procedimiento que disminuye la presión arterial elevada.
2. Sustancia antihipertensiva.

CEFALEA:

(gr. Kephale=cabeza) relativo al dolor de cabeza.

EDEMA:

Tumefacción de la piel ocasionado por retención de líquidos en el tejido celular (espacio intersticial).

ENDOTELIO:

Delgada membrana compuesta de un solo estrato de células planas, poligonales, que constituye la superficie libre de las membranas serosas, sinoviales y túnica interna de los vasos.

EPIGASTRICO:

Región superior y media del abdomen entre ambos hipocondrios y desde el apéndice xifoides hasta dos dedos por encima del ombligo.

FOSFENOS:

Sensación luminosa producida por presión del globo ocular.

HEMOCONCENTRACIÓN:

Disminución del volumen plasmático sin modificación del número de células hemáticas, de donde resulta un aumento relativo del número de ellas por milímetro cúbico.

HEMODILUCIÓN:

Aumento del volumen del plasma en relación a los glóbulos rojos.

HIPERTENSIÓN:

Aumento del tono o tensión en general, especialmente aumento de la presión vascular o sanguínea.

HIPÓTESIS:

Suposición que se toma como base de razonamiento.

IDIOSINCRASIA:

Características físicas o de comportamiento, de un individuo o un grupo.

INTRAVASCULAR:

Adj. Situado o que ocurre dentro de uno o mas vasos.

INVOLUCIÓN:

Conjunto de modificaciones regresivas que ocurren en un organismo o un órgano.

Involución uterina es el retorno del útero a su tamaño normal después del parto.

KOROTKOFF, ruidos de:

Sonidos oídos durante la toma de la tensión arterial utilizando un esfigmomanómetro y un estetoscopio.

NULÍPARA:

Aplicase a la mujer que no ha tenido ningún hijo.

PAPILEDEMA:

Tumefacción del disco óptico, causada por un aumento de la presión intracraneal

PATOGENIA:

Origen y desarrollo de las enfermedades, especialmente modo como obra la causa morbosa sobre el organismo.

PERISTALTISMO:

Movimiento vermicular característico de ciertos órganos tubulares provistos de fibras musculares y longitudinales, específicamente intestino, en virtud del cual su contenido progresa.

POLIHIDRAMNIOS:

Dícese cuando el volumen del líquido amniótico es superior a 2000 mililitros en ausencia de gestación múltiple y con el embarazo cerca del término.

PROSTACICLINA:

Es una prostaglandina que se comporta como antiagregante plaquetario y vasodilatador.

PROTEINURIA:

Presencia de proteínas en orina; albuminuria.

SIGNO:

Hallazgo objetivo percibido por un explorador.

SÍNTOMA:

Índice subjetivo de una enfermedad o un cambio de estado tal como lo percibe el paciente.

TROMBOCITOPENIA:

Disminución del número de plaquetas en la sangre.

TROMBOXANO:

Es una prostaglandina del grupo de ácidos grasos formado por 20 átomos de carbono que induce la agrupación plaquetaria y es un potente vasoconstrictor.

VASOCONSTRICCIÓN:

Estrechamiento de la luz de los vasos sanguíneos.

VASOSPASMO:

Contracción involuntaria persistente de los vasos sanguíneos.

VIII. BIBLIOGRAFIA

1. Iyer, Patricia W. **Proceso y Diagnóstico de Enfermería**, 3ª. Edición, Mc. Graw Hill, México, 1997.
2. Marriner Ann, R.N., Ph. D. **El Proceso de Atención de Enfermería un Enfoque Científico**, 1ª. Edición, Manual Moderno, México, 1983.
3. Rodríguez, S. Bertha A. **Proceso Enfermero Aplicación Actual**, 2ª. Edición, Edit. Cuellar, México, 2001.
4. Carpenito, Linda J. **Diagnóstico de Enfermería Aplicación a la práctica clínica**, 3ª. Edición, Mc. Graw Hill, Madrid, 1991.
5. Alfaro, Rosalinda, **Aplicación del proceso de Enfermería**, Guía Práctica, 2ª. Edición, Doyma, Barcelona España, 1998.
6. Phaneuf, Margot, "**Las necesidades Fundamentales Según el Enfoque de Virginia Henderson**", Cuidados de Enfermería. El Proceso de Atención de Enfermería, Tr. Carlos Ma. López González y Julia López Ruiz, Editorial Mc.Graw-Hill, Madrid, 1993.
7. Wesley, Ruby L. **Teorías y Modelos de Enfermería**, 2ª Edición, McGaw-Hill, México, 1997.
8. Bonnie Wesorick, **Estándares de calidad para cuidados de Enfermería**, 2ª Edición, Ediciones Doyma S. A. Barcelona España, 1993.
9. Ramírez, A. Alonso, **Obstetricia para la Enfermera Profesional**, 2ª Edición, Manual Moderno, México, 2002.

10. **Norma Técnico Médica para la Prevención y Manejo de la Preeclampsia Eclampsia**, Dirección de Prestaciones Médicas, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 1995.

11. Decherney, Alan, H. Pernol, Martín L. **Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétricos**, 7ª. Edición, Manual Moderno, México, 1997.

12. Wilson, Jean D., Braunwald, Eugene, et al., **Harrison Principios de Medicina Interna**, 12ª Edición, McGaw-Hill, México, 1991.

13. Morán A. Victoria, Mendoza, R. Alba L. **Modelos de Enfermería**, 11ª Edición, Edit. Trillas, México, 1993.

14. **Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas**, 12ª. Edición, Salvat editores, México, 1984.

15. **Diccionario de Medicina Océano Mosby**, 4ª Edición, Editorial Océano, España, 1996.

IX. ANEXO

INSTRUMENTO METODOLÓGICO

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre: _____ Edad: _____ Peso: _____ Talla: _____
Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Ocupación: _____
Escolaridad: _____ Fecha de admisión: _____ Hora: _____
Procedencia: _____ Fuente de información: _____
Fiabilidad: (1-4): _____ Miembro de la Familia/persona significativa: _____

VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

1.- Necesidades básicas de: oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación y termorregulación.

a. Oxigenación

Subjetivo:

Disnea debido a: _____ Tos productiva/seca: _____
Dolor asociado con la respiración: _____ Fumador: _____
Desde cuando fuma/cuántos cigarrillos al día/varía la cantidad según su estado emocional: _____

Objetivo:

Registro de signos vitales y características: _____

Tos productiva/seca: _____ Estado de conciencia: _____
Coloración de Piel/lechos ungueales/peribucal: _____
Circulación del retorno venoso: _____
Otros: _____

b. Nutrición e hidratación

Subjetivo:

Dieta habitual (tipo): _____ Número de comidas diarias: _____

Trastornos digestivos: _____

Intolerancia alimentaria/alergias: _____

Problemas de masticación y deglución: _____

Patrón de ejercicio: _____

Objetivo:

Turgencia de la piel: Membranas hidratadas/secas: _____

Características de uñas/cabello: _____

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: _____

Aspectos de los dientes y encías: _____

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: _____

Otros: _____

c. Eliminación

Subjetivo:

Hábitos intestinales: _____ características de las heces, orina y menstruación: _____

Historia de hemorragias/enfermedades renales/ otros: _____

Uso de laxantes: _____ Hemorroides: _____ Dolor al

defecar

menstruar/orinar: _____ Como influyen las emociones en

sus

patrones de eliminación: _____

Objetivo:

Abdomen/características: _____

Ruidos intestinales: _____

Palpación de la vejiga urinaria: _____

Otros: _____

d. Termorregulación

Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: _____

Ejercicio/tipo y frecuencia: _____

Temperatura ambiental que le es agradable: _____

Objetivo:

Características de la piel: _____

Transpiración: _____

Condiciones del entorno físico: _____

Otros: _____

2.- Necesidades básicas de: moverse y mantener una buena postura, usar prendas de vestir adecuadas, higiene y protección de la piel.

a. Moverse y mantener una buena postura

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: _____

Actividad en el tiempo libre: _____

Hábitos de descanso: _____

Hábitos de trabajo: _____

Objetivo:

Estado del sistema músculo esquelético/fuerza: _____

Capacidad muscular/tono/resistencia/flexibilidad: _____

Posturas: _____

Ayuda para la deambulación: _____

Dolor con el movimiento: _____

Presencia de temblores: _____ Estado de conciencia: _____

Estado emocional: _____

Otros: _____

b. Descanso y sueño

Subjetivo:

Horario de descanso: _____ Horario de sueño: _____
Horas de descanso: _____ Horas de sueño: _____
Siesta: _____ Ayudas: _____
¿Padece de insomnio? _____
A qué considera que se deba: _____
¿Se siente descansado al levantarse? _____

Objetivo:

Estado mental: ansiedad/estrés/lenguaje: _____
Ojeras: _____ Atención: _____ Bostezos: _____ Concentración: _____
Apatía: _____ Cefaleas: _____
Respuesta a estímulos: _____
Otros: _____

c. Uso de prendas de vestir adecuadas

Subjetivo:

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

Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad: _____
Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: _____
Vestido completo: _____ Sucio: _____ Inadecuado: _____ Otros: _____

d. Necesidad de higiene y protección de la piel

Subjetivo:

Frecuencia de aseo: _____

Momento preferido para el baño: _____

Cuántas veces se lava los dientes al día: _____

Aseo de manos antes y después de comer: _____ Después de eliminar: _____

¿Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos? _____

Objetivo:

Aspecto general: _____

Olor corporal: _____

Halitosis: _____

Estado del cuero cabelludo: _____

Lesiones dérmicas, qué tipo: _____

Otros: _____

e. Necesidad de evitar peligros

Subjetivo:

Qué miembros componen su familia de pertenencia: _____

Cómo reacciona ante una situación de urgencia: _____

¿Conoce las medidas de prevención de accidentes? _____

En el hogar: _____

En el trabajo: _____

¿Realiza controles periódicos de salud recomendados? _____

Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: _____

Objetivo:

Deformidades congénitas: _____

Condiciones del ambiente en su hogar: _____

Trabajo: _____

Otros: _____

3.- Necesidades básicas de: comunicación, vivir según creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas o de aprendizaje.

a. Necesidad de comunicarse

Subjetivo:

Estado civil: _____ Años de relación _____ Vive con: _____

Preocupaciones/estrés: _____ Familiares: _____

Otras personas que puedan ayudar: _____

Rol en la estructura familiar: _____

Comunica sus problemas debidos a su enfermedad/estado: _____

Cuanto tiempo pasa sola: _____

Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo: _____

Objetivo:

Habla claro: _____ Confusa: _____

Dificultad en la visión: _____ Audición: _____

Comunicación verbal/no verbal con la familia /con otras personas significativas: _____

Otros: _____

b. Necesidad de vivir según sus creencias y valores

Subjetivo:

Creencia religiosa: _____

¿Su creencia religiosa le genera conflictos personales? _____

Principales valores en su familia: _____

Principales valores personales: _____

¿Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir? _____

Objetivo:

Hábitos específicos de vestir (grupo social religioso): _____

¿Permite el contacto físico? _____

¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias? _____

Otros: _____

c. Necesidad de trabajar y realizarse

Subjetivo:

¿Trabaja actualmente? _____ Tipo de trabajo: _____

Riesgos: _____ ¿Cuanto tiempo le dedica la trabajo? _____

¿Está satisfecho con su trabajo? _____

¿Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia? _____

¿Está satisfecho (a) con el rol familiar que juega? _____

Objetivo:

Estado emocional/calmado/ansioso/enfadado/retraído/temeroso/irritable/inquieto/eufórico: _____

Otros: _____

d. Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas

Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: _____

¿Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad? _____

¿Existen recursos en su comunidad para la recreación? _____

¿Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa? _____

Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular: _____

¿Rechaza las actividades recreativas? _____

¿Su estado de ánimo es apático/aburrido/participativo? _____

Otros: _____

e. Necesidad de Aprendizaje

Subjetivo:

Nivel de educación: _____

Problemas de aprendizaje: _____

Limitaciones cognitivas: _____ tipo: _____

Preferencias: leer/escribir: _____

¿Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad? _____

¿Sabe como utilizar esas fuentes de apoyo? _____

Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud? _____

Otros: _____

Objetivo:

Estado del sistema nervioso: _____

Órganos de los sentidos: _____

Estado emocional/ansiedad/dolor: _____

Memoria reciente: _____

Memoria remota: _____

Otras manifestaciones: _____

CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA DE ENFERMERÍA

Necesidad	Grado de dependencia	Diagnóstico de enfermería
1. Oxigenación	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
2. Nutrición / Hidratación	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
3. Eliminación	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
4. Moverse y mantener una buena postura	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
5. Descanso y sueño	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
6. Usar prendas de vestir adecuadas	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
7. Termorregulación	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
8. Higiene y protección de la piel	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
9. Evitar peligros	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
10. Comunicarse	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____

11. Vivir según sus creencias y valores	I	_____	_____
	PD	_____	_____
	D	_____	_____
12. Trabajar y realizarse	I	_____	_____
	PD	_____	_____
	D	_____	_____
13. Jugar y participar en actividades recreativas	I	_____	_____
	PD	_____	_____
	D	_____	_____
14. Aprendizaje	I	_____	_____
	PD	_____	_____
	D	_____	_____

***(I)** Independiente
(PD) Parcialmente dependiente
(D) Dependiente