

67

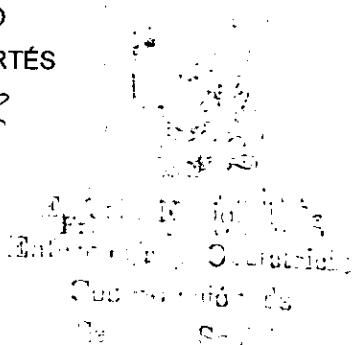
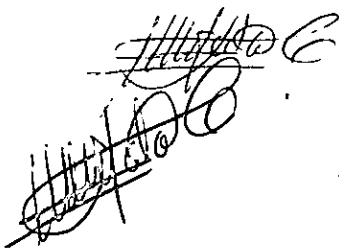
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A UNA PACIENTE CON
ALTERACIONES EN EL DEFICIT DE LA MOVILIDAD FÍSICA RELACIONADO
CON LAS CRISIS CONVULSIVAS POR ECLAMPSIA**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LIC. EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA
GLORIA DÍAZ MARTÍNEZ

DIRECTOR DE TRABAJO
MA. MAGDALENA MATA CORTÉS



MÉXICO, D.F. OCTUBRE 2000

2000



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.

ÍNDICE

Pág.

INTRODUCCIÓN.....	4
JUSTIFICACIÓN.....	6
OBJETIVOS.....	7
CAPÍTULO I	
MARCO TEÓRICO	8
1.1 CONCEPTO DE ENFERMERÍA.....	8
1.2 PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	8
1.3 ETAPAS DEL PROCESO	9
1.3.1 VALORACIÓN.....	9
1.3.2 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.....	15
1.3.3 PLANEACIÓN O PLANIFICACIÓN.....	16
1.3.4 EJECUCIÓN	18
1.3.5 EVALUACIÓN	20
1.4 GENERALIDADES DEL MODELO DE VIRGINIA HERNDERSON	22
1.5 PATOLOGÍA.....	25
1.5.1 ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA DE LOS ORGANOS REPRODUCTORES FEMENINO Y ANATOMIA DE LA PELVIS	25
MORFOLOGÍA DE LA PELVIS	31
1.5.2 EVOLUCION DEL EMBARAZO NORMAL.....	33
FISIOLÓGÍA DE LA PELVIS.....	37
1.5.3 TOXEMIA GRAVÍDICA.....	47
1.5.4 ECLAMPSIA.....	50

DEDICATORIAS

A DIOS

Por todo lo que me ha dado;
Y por la satisfacción de servir.

A MI MADRE

Gracias por todo su amor y apoyo,
Y por creer en mí.

A MI ESPOSO

Gracias por tu apoyo, amor y
Comprensión sin ti no hubiese sido
Posible lograrlo.

A MIS HIJOS

Por que los he sacrificado en tiempo, dedicación
y alegría
Pero que son la razón más grande de mi existir.

A MIS COMPAÑERAS DE CURSO

Por cada una de sus palabras de aliento.

INTRODUCCIÓN

La enfermera, demanda hoy como universitaria; espacios de reflexión sobre el significado de su practica profesional y el valor más importante en el quehacer profesional de la enfermería que, es el cuidado de la vida humana y de la persona en su entorno dinámico.

Por tal motivo este trabajo trata sobre el tema de eclampsia.

Dado que es una enfermedad que afecta principalmente a las mujeres embarazadas; aunque la etiología de la toxemia se desconoce, se sabe en cambio que el punto de partida fisiológica de la toxemia gravídica es un vaso espasmo arteriolar y lesión del endotelio.

La intención final es realizar un diagnóstico de enfermería y así poder realizar un proceso de atención enfermería; de acuerdo a Virginia Henderson y sus catorce necesidades aplicado a, una paciente con eclampsia.

El proceso de atención de enfermería, es un ordenamiento lógico de actividades a realizar por la enfermera, para satisfacer las necesidades que se detectan en la evolución de la enfermedad; de la paciente y así satisfacerlas adecuadamente. Adaptando este proceso de atención al modelo de Virginia Henderson y sus catorce necesidades.

La presentación de datos y resultados de la investigación ha sido de la siguiente manera.

Un primer capítulo en el cual se desglosa algunos elementos teóricos en relación a las etapas que comprenden el plan de atención de enfermería así como alguna referencia de Virginia Henderson.

En otro apartado los conceptos anatómicos del aparato reproductor femenino, fisiología del embarazo normal y la patología.

En el siguiente capítulo se concluye la metodología del trabajo; posteriormente se presenta el caso clínico que se realizó; así mismo el plan de atención que se elabora, de acuerdo a las necesidades que se detectaron, su diagnóstico de enfermería, intervenciones, justificación y su evaluación.

En la parte final se dan a conocer las conclusiones, sugerencias, bibliografía que sirvió de consulta para la elaboración del trabajo y su glosario de términos.

JUSTIFICACIÓN

Este proceso pretende hacer un análisis que permita a la enfermera; establecer una metodología, que fundamente las intervenciones que realiza y así mismo se vea motivada a investigar y mantenerse actualizada sobre las diferentes patologías o campo de acción donde se desarrolle como tal.

Con esto sentirse más segura de lo que realiza, logrando así dejar ser parte ejecutora, sin razonamiento y que este al mando de los demás

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Buscar elevar el nivel profesional de enfermería y mejorar la calidad técnica al aplicar el proceso atención de enfermería a una paciente con eclampsia, para reconocer los riesgos y poner posibles soluciones planeando las actividades y las fortalezca en beneficio de la paciente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar signos y síntomas fisiopatológicos que presenta la paciente con eclampsia y realizar intervenciones específicas que ayuden a su pronta recuperación.
- Reconocer los principales problemas que genera la eclampsia y realizar un proceso atención de enfermería , y que se vea reflejado en calidad y eficiencia posible para la atención de la paciente con eclampsia.
- Realizar diagnósticos de enfermería de acuerdo a la identificación de necesidades; que presenta la paciente con eclampsia y satisfacerlas mediante intervenciones de enfermería.

CAPITULO I MARCO TEÓRICO

1.1. Concepto de enfermería

- La primera definición la hizo Florencia Nightingale en 1858, como aquello que se encarga de la salud personal de alguien y lo que la enfermera tiene que hacer es poner al paciente en la mejor condición para que la naturaleza actúe sobre él mismo.
- Otra fue formulada por Henderson (1966). Según ella, la enfermería era ayudar al individuo sano o enfermo, a realizar aquellas actividades que contribuyen a conservar la salud o a su recuperación (o a morir en paz), que el individuo realizaría por sí mismo en caso de tener las fuerzas, los deseos o los conocimientos necesarios.¹

1.2. Proceso Atención de Enfermería

Es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales.

El proceso es un método para realizar algo, que por lo general abarca cierto número de pasos, y que intenta lograr un resultado particular.²

¹ SHOLTIS Brunner Lilian. "Manual de Enfermería Médico Quirúrgica". 4ª Ed. Edit. Iberoamericana. México. pp. 3-4

² ALFARO Rosalva, RN, MSN, "Aplicación Proceso de Enfermería". 2ª Ed. Edit. Mosby/Doyma Libros. Barcelona. 1995. pp. 6-8

1.3. Etapas del Proceso de Enfermería

1.3.1. VALORACIÓN

La valoración, primer paso del proceso de enfermería, es la recolección deliberada y sistemática de datos para determinar el estado de salud y el estado funcional actual y pasado de un paciente, y evaluar sus patrones de afrontamiento actuales y pasados, los datos se obtienen mediante cinco métodos:

- Observación
- Entrevista
- Historia Clínica
- Examen Físico

La colección de datos se centra en la identificación del paciente:

- Estado de salud presente y pasado.
- Patrones de afrontamiento presente y pasados (capacidades y limitaciones).
- Estado funcional presente y pasado.
- Respuesta al tratamiento (enfermería y médico).
- Riesgo de problemas potenciales.
- Deseo de un mayor nivel de bienestar.

Para realizar una correcta valoración, la enfermera debe ser capaz de:

- Comunicarse de forma eficaz.
- Observar sistemáticamente
- Interpretar los datos con exactitud.

La colección de datos empieza con el primer contacto del paciente con el sistema de cuidados de la salud. Esto puede suceder en un centro de atención primaria o

consulta externa, o al ingreso al hospital, se lleva a cabo una valoración de enfermería completa, y los datos pertinentes se anotan en la historia y en el plan de cuidados de enfermería. La colección de datos continúa durante toda la permanencia del paciente en el hospital a medida que se producen cambios y nueva información.

Es importante recordar que el paciente debe ser considerado como la fuente básica de información. La demás información se extraerá de los registros médicos, registros de enfermería, la familia y otros profesionales que hayan trabajado con el paciente y la bibliografía que se encuentre respecto a sus problemas. Todas estas fuentes serán valiosas, pero el examen y entrevista directa del paciente es probable que se ofrezca algunas de las piezas de información más significativas.

Fuentes para reunir datos:

- Paciente
- Familia
- Registros de enfermería
- Registros médicos
- Consultas verbales/escritas
- Registros de los estudios diagnósticos
- Bibliografía relevante.³

a) **OBSERVACIÓN.**- Una descripción minuciosa es básica para el cuidado del paciente y requiere del uso de todos los sentidos.

La enfermera utiliza la vista para percatarse de cambios de coloración de tumefacciones, del color y cantidad de material drenado, de las características de la respiración y de la comunicación no verbal. La audición es otro medio principal

³ CARPENTO Linda Juall, RN, MSN. "Diagnóstico de Enfermería". 5ª Ed. Editorial Interamericana. México. 1995. pp. 60-61.

de observación. Es de vital importancia para la enfermera escuchar lo que el paciente dice. Los sonidos de sofocación, jadeo y sollozos pueden ayudar a identificar que el paciente está angustiado.

El oído también es de ayuda en la evaluación de la respiración, el corazón y los ruidos intestinales. Puede transmitirse al paciente una sensación de estima al tocarlo. A través del tacto puede determinarse, la forma y la textura de una protuberancia localizada o de un órgano aumentado de volumen.

El sentido del olfato puede descubrir el olor a fruta de la acidosis diabética, el olor desagradable del material drenado, o el olor a humedad de un vendaje cada uno de los cuales puede indicar una infección o bien el olor al cigarrillo en el cuarto del paciente.

b) ENTREVISTA.- Es un método que permite aprender acerca de las personas a través de una comunicación intencionada y dirigida hacia un fin, la entrevista de enfermería se desarrolla en un esfuerzo por proporcionar un cuidado personalizado. Su propósito es animar al paciente a que exprese sus ideas, sus sentimientos y los hechos que permiten identificar sus necesidades inmediatas a largo plazo.

La calidad de la entrevista es influida por el ambiente que crea la enfermera. La enfermera debe escoger el momento que sea más propio para lograr una comunicación óptima, un momento en el que haya el mínimo de estímulos externos.

Incluso aunque los impresos para registrar los datos basales del paciente son instrumentos útiles para guiar la valoración de enfermería, el éxito de sus esfuerzos para identificar patrones de salud o enfermedad dependerá de su habilidad para realizar la entrevista y el examen físico y debe adquirir en ambas, porque cada una de estas actividades completa y clarifica la tensión que se otorgará al paciente al que se le aplicará el plan de cuidados de enfermería.

Técnicas para entrevistar. Las entrevistas resultan muy reveladoras cuando la enfermera utiliza técnicas verbales y no verbales para obtener los datos. La combinación de ambos enfoques facilita la adquisición de una base de datos exacta y completa.

Técnicas verbales. Utilizadas con más frecuencia son las preguntas, las reflexiones y declaraciones adicionales. La enfermera que utiliza todas ellas durante la entrevista es más probable que logre obtener toda la información más importante del paciente. Las preguntas permiten a la enfermera obtener información del cliente, aclarar percepciones de las respuestas del paciente y ratificar otros datos subjetivos u objetivos. Las preguntas pueden ser abiertas, cerradas o sesgadas.

Las preguntas abiertas son aquellas que por su naturaleza obtienen una percepción que el paciente tiene de un hecho o la descripción de lo que le preocupa o de sentimientos. Por lo general, estas preguntas requieren de una o más palabras.

Las preguntas cerradas son aquellas que se responden brevemente, o con una o dos palabras. Se utilizan con más frecuencia para obtener hechos específicos.

Las preguntas sesgadas son aquellas que tienden a tener una respuesta o reacción específica del paciente. Pueden ser abiertas o cerradas.

c) HISTORIA CLÍNICA. - Es un formato sistemático en forma de cuestionario o de lista, que la enfermera puede emplear para obtener datos importantes acerca del paciente por medio de la entrevista. La historia clínica de enfermería debe incluir áreas de valoración, diagnóstico y el tratamiento del paciente, sus actividades cotidianas, problemas de salud o potencial que se centra en las respuestas holística humana de un individuo o grupo y que las enfermeras son responsables de identificar y tratar independientemente.

El hacer una historia clínica permite a la enfermera establecer una relación enfermera-paciente positiva, observar sus conductas y el estado del paciente, así

como seguir obteniendo información acerca de este. En esta historia clínica proporciona los antecedentes con los que se hará la valoración de los problemas existentes o potenciales del paciente, y sirve como base para planear, efectuar y evaluar los cuidados de enfermería.

d) EXPLORACIÓN FÍSICA.- Esta es una parte importante durante la etapa de la Valoración. El examen de enfermería se centra en: 1) Definir aún más la respuesta del paciente ante el proceso patológico, sobre todo aquellas respuestas susceptibles de ser tratadas con acciones de enfermería; 2) Establecer una base de datos para comparar a la hora de evaluar la eficacia de las intervenciones de enfermería y 3) Justificar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista u otra relación enfermera-paciente.

La enfermera utiliza cuatro técnicas especiales durante la exploración física: Inspección, palpación, percusión, y auscultación.

LA INSPECCIÓN se refiere a la exploración visual del paciente, para determinar respuestas o estados normales, inusuales o anormales. Es un tipo de observación que se centra en determinados comportamientos o rasgos físicos. La inspección es asimismo, más sistemática y detallada que la observación, ya que define características como el tamaño, forma, posición, localización anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría.

LA PALPACIÓN es la utilización del tacto para determinar las características de la estructura orgánica debajo de la piel. Esta técnica permite a la enfermera evaluar el tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsación, vibración, consistencia y movilidad.

Las manos de la enfermera son el instrumento de palpación, utilizándose partes específicas para la valoración de determinadas características.

La palpación leve es el método que se utiliza para examinar la mayoría de las partes del cuerpo. Prefiriendo que la enfermera utilice la mano dominante.

LA PERCUSIÓN consiste en que la enfermera golpea una superficie corporal con uno o varios para producir sonidos. Esto permite determinar el tamaño, la densidad, los bordes de un órgano y su localización. La percusión directa se realiza cuando la enfermera golpea o da una palmadita sobre la superficie corporal directamente con uno o varios dedos de una mano, la enfermera coloca su dedo índice o corazón de una mano firmemente sobre la piel, golpeando con el dedo corazón de la mano contraria.

Los ruidos obtenidos mediante la percusión pueden describirse como mate, sordo, resonante o timpánico. Los ruidos mate son de baja intensidad y bruscos, y se producen cuando se percute un músculo o un hueso. Los ruidos sordos son de intensidad media y pesados, pudiéndose oírse encima del hígado o del bazo. La resonancia de un ruido claro y hueco producido cuando se percute sobre un pulmón normal lleno de aire. El ruido timpánico es de alta intensidad, pudiéndose oír sobre un estómago lleno de gas o los carrillos hinchados.

LA AUSCULTACIÓN consiste en escuchar el ruido producido por los órganos del cuerpo. La enfermera puede usar la auscultación directa (sólo con el oído) a detectar ruidos como silbancias. Sin embargo, por lo general los sonidos se evalúan directamente a través de un estetoscopio. Esta técnica se utiliza normalmente para determinar las características de los ruidos pulmonares, cardíacos e intestinales. La enfermera identifica la frecuencia, intensidad, calidad y duración de los ruidos auscultados.

Cada una de las cuatro técnicas-inspección, palpación, percusión, auscultación puede realizarse de forma independiente. Sin embargo, el método más eficaz de

exploración física es un enfoque global que incluya una combinación de dichas técnicas.⁴

1.3.2 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Durante esta fase, se analiza en forma crítica la información obtenida durante la valoración y se interpreta.

Se sacan conclusiones respecto a las necesidades, problemas preocupaciones y respuestas humanas del paciente.

Los diagnósticos de enfermería se identifican y sirven como objetivo central para las fases restantes.

Basándose en estos el plan de cuidado se diseña se implementa y se evalúa.

Los diagnósticos de enfermería constituyen un método eficaz para comunicar los problemas del paciente.⁵

Se define como la exposición de una conclusión resultante del reconocimiento de un patrón derivado de un examen de enfermería del paciente en ella se incluyen los dos aspectos del diagnóstico.

1. El proceso de diagnóstico
2. La decisión, o diagnóstico verdadero.⁶

El diagnóstico de enfermería es un juicio clínico respecto a las respuestas del individuo familia o comunidad a problemas de salud ó a procesos vitales reales o potenciales, el diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de

⁴ GARCÍA Albarrán, Ma. Ángeles. Antología. ENEO-UNAM. 1996. México. pp. 27.

⁵ TAPTICH RM,MA Barbara. "Diagnóstico de Enfermería y Planeación de Cuidados". 1º Ed. Edit. Interamericana. 1992 pág. 5

⁶ GARCIA Albarrán, Ma. Ángeles. "Proceso Atención de Enfermería". ENEO-UNAM. 1996. México. pág. 52

las intervenciones de enfermería con el fin de alcanzar los resultados que son responsabilidad de la enfermera.

Por lo tanto, se ha hecho necesario indicar con claridad si el término diagnóstico de enfermería se está utilizando en el contexto de una identificación de problemas como un sistema de clasificación de denominaciones diagnósticas, como las desarrolladas, por la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association)

La enfermera los agrupa y organiza según las diversas áreas de funcionamiento y determina con el paciente el patrón de funcionamiento en cada área alterada (funcionamiento positivo, alterado o de riesgo de funcionamiento alterado).⁷

1.3.3. PLANEACIÓN O PLANIFICACIÓN

La etapa de la planeación del proceso, desarrolla estrategias para evitar, reducir o corregir los problemas identificados en el diagnóstico de enfermería. Esta planeación comienza con el diagnóstico donde la enfermera va a conocer las necesidades del paciente y esta fase consta de varias etapas:

1. Establecer prioridades para el diagnóstico de problemas.
2. Fijar con el paciente los resultados para corregir, reducir o impedir los problemas.
3. Escribir intervenciones de enfermería que conduzcan al logro de los resultados propuestos.
4. Registro, en el plan de cuidados, de los diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería de forma organizada.

⁷ CARPENITO L.J. "Diagnóstico de Enfermería". 5ª ed. Edit. Interamericana Mc-Graw Hill. España. 1995 pag, 6, 15

Tan pronto como identifica los problemas del paciente, la enfermera debe establecer prioridades, determinando cuáles son las más urgentes. Este PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA debe ser individualizado de manera que éste no pueda ser empleado por ningún otro paciente.

Objetivos: consideración

Después de la fijación de prioridades, el establecimiento de objetivos es la tarea más importante de la fase de planeación estas son algunas razones; de estos:

Los objetivos son los pilares del plan de cuidados. Aquí se mide el éxito del plan determinado si se han conseguido los objetivos que se habían fijado previamente.

Los objetivos dirigen las acciones. ¿Cómo sabrá lo que tiene que hacer si no sabe lo que pretende conseguir?

Los objetivos son factores de motivación. Las personas generalmente actúan mejor si se les da un marco temporal para conseguir las cosas.

Objetivos a corto y largo plazo

La administración de cuidados de acuerdo a los objetivos incluye el establecimiento de objetivos a corto y largo plazo. Los objetivos a corto plazo son los que se deben conseguir de forma relativamente rápida, con frecuencia en menos de una semana. Los objetivos a largo plazo son aquellos que deben lograrse en un plazo de tiempo más largo, con frecuencia semanas o meses. La enfermera debe fijar varios objetivos a corto plazo para alcanzar un objetivo a largo plazo.

Objetivos centrados del paciente

En vez de describir objetivos de enfermería, es decir, lo que la enfermera desea conseguir, se ha reconocido que la determinación de objetivos centrados en el paciente es un método eficaz para formular los objetivos. Esto se debe a que los

objetivos centrados en el paciente se fijan en el resultado final deseado del plan de cuidados: Los beneficios que obtiene el paciente de los cuidados de enfermería.

Determinación de objetivos de los diagnósticos de enfermería.

Para cada diagnóstico que se identifique en el plan de cuidados, debe identificar un objetivo centrado en el paciente que demuestre una mejora o resolución del diagnóstico de enfermería. La determinación de estos deriva directamente de los diagnósticos de enfermería que ha identificado. Esto significa que si los diagnósticos son incorrectos, es muy probable que los objetivos sean inadecuados.⁸

Jerarquización de prioridades

Se debe tener un buen plan de cuidados para jerarquizar las necesidades del paciente dando prioridades para establecer o determinar los problemas que requieren atención inmediata, es decir, problemas amenazadores para la vida, y emprender de inmediato las acciones indicadas.

Determinar los diagnósticos de enfermería que se abordarán en el plan de cuidado de enfermería.

Determinar los problemas interdependientes que requieren órdenes médicas para el diagnóstico, control y tratamiento.

1.3.4. EJECUCIÓN

La cuarta fase del proceso de enfermería, la ejecución, es el paso en que se presta realmente la asistencia. Más que constituir un estadio separado, requiere

⁸ ALFARO, Rosalinda. "Aplicación del Proceso de Enfermería". 2º Ed. Edit. Mosby/Doyma Libros. España. 1995. pp. 105-107.

que el personal de enfermería pase por todas las fases del proceso de enfermería, que efectúa también valoraciones adicionales; los datos obtenidos diagnósticos de enfermería y para modificar los resultados y actuaciones actuales, la planeación y la ejecución están estrechamente relacionadas.

La ejecución es el inicio y la terminación de las acciones necesarias para lograr los resultados definidos en la fase de planeación. Ejecución es brindar realmente los cuidados de enfermería individualizados donde nos dará ayuda a la continuidad y coordinación de estos, en el plan de cuidados.

Las intervenciones pueden llevarse a cabo por miembros del equipo de salud, el paciente o sus familiares. El plan de cuidados se utiliza de forma orientativa. La enfermera sigue recogiendo datos relacionados con el estado del paciente y su relación con el entorno. La ejecución del plan de cuidados de enfermería contribuye a un cuidado completo porque el plan considera los aspectos bipsicosociales del paciente. El plan de cuidados de enfermería se debe utilizar en sistemas de referencia para promover la continuidad del cuidado; de otro modo se pueden desarrollar lagunas o duplicaciones en el cuidado. El paciente y su familia deben participar en la planeación del cuidado ya que son fuentes clave de información y su compromiso en la planeación aumentará la probabilidad de su cooperación con la ejecución.

La comunicación terapéutica es otro aspecto de particular importancia en la planeación del cuidado porque ayuda al paciente a identificar sus problemas, a explorar las posibles soluciones y a resolver los problemas. La enfermera tiene la responsabilidad de enseñar al paciente la información y habilidades que necesita saber para ejecutar el plan de atención.

La enfermera se responsabiliza de tal ejecución pero incluye al paciente, sus familiares y otros miembros del personal de enfermería y asistencial general, según resulte apropiado. La enfermera coordina las actividades de todas las personas que participan en esta fase.

- El plan de atención de enfermería sirve de base para la fase de ejecución.
- Los objetivos inmediatos, mediatos y a largo plazo se emplean para dirigir la ejecución de las intervenciones de enfermería especificadas.
- En la ejecución de dicha asistencia, la enfermera evalúa de manera constante al paciente y sus respuestas.
- Se hacen cambios al plan asistencial conforme se modifiquen el estado, los problemas y las respuestas del paciente y en la medida que se precise la asignación de prioridades.⁹

1.3.5. EVALUACIÓN

Es la última fase del proceso de enfermería. Es un proceso continuo que determina hasta que punto se ha alcanzado los objetivos asistenciales. La evaluación del progreso del paciente se basa en la comparación entre el cuidado que se logró ofrecer y el cuidado que debería haber proporcionado la enfermera, este nos sirve como un mecanismo de retroalimentación que sirve para juzgar la calidad de atención proporcionada en el cuidado de enfermería establecido en el plan de cuidados.¹⁰

Aunque se ha empezado la evaluación temprana durante las etapas precedentes del proceso de enfermería, controlando las respuestas del paciente a las intervenciones y realizando los cambios necesarios en el plan de cuidados, es durante esta etapa cuando debe complementar una evaluación detallada el plan de cuidados.

⁹ GARCÍA Albarrán, Ma. Angeles, et. Al. Antología "Proceso Atención de Enfermería. ENEO. UNAM. 1996. México. pp. 52

¹⁰ DE BRUNNER Y SUDDARTH, "Enfermería Médico Quirúrgica", Volumen I, 8ª Ed. Edit. Interamericana Mc Graw-Hill. España. 1998. pp. 34

- Establecimiento de criterios de la evaluación o resultados
- Evaluación de los objetivos
- Valoración de las variables que afectan el logro de los objetivos.
- Modificación del plan de cuidados o finalización de los cuidados de enfermería que se establecieron en el plan de cuidados

En esta última etapa la enfermera valorara el progreso del paciente, establece medidas correctivas si es necesario y revisa el plan de cuidados de enfermería.

EVALUACIÓN DE LOS PROGRESOS DE ENFERMERÍA.- Las consecuencias de la intervención de enfermería pueden ser positivas o negativas, anticipadas o inesperadas. Los efectos de la intervención deben ser evaluados periódicamente y la aplicación de la enfermería debe cambiar. Constantemente. La frecuencia de la reevaluación depende de cada situación. Un paciente que está en una unidad de cuidados intensivos necesita reevaluaciones más frecuentes que otro que está en un pabellón de rehabilitación para enfermos crónicos. En general, la enfermera está reevaluando constantemente el progreso del paciente que le asignen, hacia los objetivos mutuos definidos por el paciente y la enfermera. El comportamiento del paciente se compara con el comportamiento terminal descrito en los objetivos del plan asistencial y con los datos basados en los antecedentes asistenciales, para determinar el progreso del paciente.¹¹

La consecución de los objetivos se evalúa comparando cada uno de ellos con los logros reales. Los resultados de la evaluación indican si cada objetivo se ha alcanzado de forma completa, de forma parcial o no se ha alcanzado en lo absoluto, en cualquiera de estas circunstancias, la comparación de los objetivos con los logros proporciona la base para poder modificar los primeros.

¹¹ CARPENITO, Linda Juall. "Diagnóstico de Enfermería". 5ª Ed. Edit. Interamericana. México. 1995. pp. 44.

La enfermera evalúa el estado y progreso de un paciente de forma diferente para los diagnósticos de enfermería que para los problemas interdisciplinarios. Al evaluar un diagnóstico de enfermería, la enfermera:

- Valora el estado del paciente.
- Compara esta respuesta con los criterios de los resultados.
- Concluye si el cliente está o no progresando hacia el logro del resultado.

La enfermera puede registrar esta evaluación en un registro de flujo o en una hoja de recolección. Para evaluar los problemas interdisciplinarios la enfermera:

- Recoge los datos seleccionados.
- Compara los datos frente a las normas establecidas.
- Juzga si los datos están dentro de unos límites aceptables.

Por lo tanto la evaluación de los diagnósticos de enfermería está centrada en el progreso hacia el logro de los objetivos del paciente.¹²

1.4 GENERALIDADES DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Nació en 1897, siendo la quinta de ocho hermanos. Originaria de Kansas City, Missouri. En 1918, ingreso a la escuela militar en Washinton, DC. En 1921 se graduó y acepto un puesto como enfermera en el Henry Steet Visiting Nurce Service de Nueva York. Ha hecho importantes contribuciones a la enfermería en sus más de 60 años de servicio como enfermera, profesora, autora e investigadora.

¹² MARRIER; Tomey, Ann, et al. "Modelo y Teoría en Enfermería". 4ª Ed. Edit. Harcourt Bruce. 1999. pp. 106.

Ha publicado numerosas obras a lo largo de esos años. Su definición de la enfermería apareció por primera vez en 1955 en la quinta edición del textbook of Principles and Practice of Nursing de Hauner y Henderson.

Henderson indica que "la única función de la enfermería es atender al individuo enfermo o sano, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila), y que el podría realizar sin de tal forma que le ayude a conseguir independencia lo más rápidamente posible". En el The Nature of Nursing señala las 14 necesidades básicas de los pacientes que constituyen los elementos de la atención de enfermería:

1. Respiración
2. Comida y bebida
3. Eliminaciones
4. Movimiento
5. Reposo y sueño
6. Vestido
7. Temperatura corporal
8. Limpieza corporal
9. Seguridad del entorno
10. Comunicación
11. Religión
12. Trabajo
13. Ocio
14. Aprendizaje

Identifica tres niveles en relación enfermera-paciente en la que la enfermera son:

1. Sustituto
2. Una ayuda para el paciente
3. Un compañero

Su afirmación Teórica fue: LA RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE.

En esta afirmación se puede establecer 3 niveles en la relación enfermera-paciente que van desde una relación muy dependiente a la practica independiente.

- 1) La enfermera como una substituta del paciente.
- 2) La enfermera como auxiliar del paciente.
- 3) La cnfermera como una compañera del paciente.

Apoya una comprensión empática y dice que la enfermera necesita "Introducirse en la piel de cada uno de los pacientes para saber lo que necesita".¹³

Considera que la labor de la enfermera es interdependiente con la de otros profesionales de la salud y compara el equipo con las porciones de un diagrama sectorial, dependiendo el tamaño del diagrama de las necesidades del paciente.

El objetivo es que el paciente represente una porción cada vez mayor del diagrama a medida que aumenta su independencia.

Henderson define:

Salud.

La calidad de la salud más que la vida en si misma es a reserva de energía mental y física que permite a la persona trabajar de una forma más efectiva y alcanzar su mayor nivel potencial de satisfacción en la vida.

Entorno.

El conjunto de todas las condiciones e influencias exteriores que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo.

Paciente.

¹³ MARRIER; Tomey, Ann, et al. "Modelo y Teoría en Enfermería". 4ª Ed. Edit. Harcourt Bruce. 1999. pp. 106.

Un individuo que requiere asistencia para obtener salud e independencia o una muerte tranquila.

La mente y el cuerpo son inseparables, considera al paciente y a su familia como una unidad.

Enfermería

La única función de una enfermera es ayudar al individuo enfermo o sano, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación o a una muerte tranquila.

Ejercicio Profesional.

Señala que si una enfermera considera que su función principal es el cuidado directo del paciente, recibirá la compensación inmediata de observar un progreso en el mismo desde la dependencia a independencia.

En la fase de valoración la enfermera deberá regresar en el paciente 14 componentes de la atención básica en enfermería. En la fase de planeación supone trazar un plan que se ajuste a las necesidades del paciente, la actualización del plan que se ajuste a las necesidades del paciente.¹⁴

1.5 PATOLOGÍA

1.5.1 Anatomía y Fisiología Elemental de los Organos Reproductores

Aparato Genital Femenino.

Se divide:

- a) Órganos genitales externos: que comprenden el conjunto de órganos que se encuentran desde el borde inferior del pubis al periné y que generalmente se les conoce con el nombre de vulva:

¹⁴ SUA. "Teoría y modelos para la atención de Enfermería". ENEO. UNAM. México. 1996. pp. 8.

- Monte pubiano
- Labios mayores
- Labios menores
- Clítoris
- Vestíbulo
- Meato urinario
- Glándulas de Bartholin
- Glándulas de Skene
- Himen
- Horquilla
- Periné o rafe medio

b) Órganos genitales internos

- Vagina
- Útero
- Cervix
- Istmo
- Cuerpo
- Trompas de Falopio
- Porción intersticial
- Porción istmica
- Porción ampular
- Ovarios

- * **Monte pubiano.** Prominencia localizada por delante de la sínfisis del pubis, formada por tejido adiposo y cubierta de piel pigmentada, que en la pubertad se cubre de vello, formando un triángulo de base superior.

- * **Labios mayores.** Constituyen formaciones prominentes en la mujer adulta, que parten del monte pubiano en forma de dos repliegues redondeados y se dirigen hacia abajo y atrás para reunirse en la parte media del periné; constituidos por tejido celular, tejido conectivo, un plexo venoso y parte del ligamento redondo, están recubiertos por piel resistente, pigmentada, con glándulas sebáceas y vello.
- * **Labios menores.** Son dos repliegues de piel, pequeños y delgados, planos y rojizos, desprovistos de vello, ricos en glándulas sudoríparas y folículos sebáceos, que al adosarse entre sí ocluyen el orificio vaginal.
- * **Clitoris.** Órgano homólogo del pene, de forma cilíndrica, de 1 a 2 cm. De longitud, situado en la parte superior del introito, por arriba del meato urinario; está constituido por tejido eréctil (dos cuerpos cavernosos), glándula y dos pilares que le dan forma y lo fijan al periostio del pubis.
- * **Vestíbulo.** Espacio comprendido entre los dos labios menores; contiene el orificio vaginal y las glándulas vestibulares. Se encuentra cubierto por un epitelio escamoso estratificado.
- * **Meato urinario.** Orificio en forma de hendidura por el cual desemboca la uretra hacia al exterior.
- * **Glándulas de Skene.** Son dos y se encuentran una a cada lado de la parte posterolateral del meato uretral; producen moco que lubrica el vestíbulo.
- * **Glándulas de Bartholín.** También son dos; se ubican en los labios menores y en la pared vaginal, y desembocan en el introito.
- * **Himen.** Membrana anular que cubre parcialmente la entrada de la vagina; está formada por dos capas de tejido fibroso.
- * **Horquilla vulvar.** Así se llama el lugar donde se unen los labios mayores con los menores, en su parte posterior.
- * **Periné.** Región comprendida entre horquilla y ano; está constituido por músculos transversos del periné, bulbocavernoso y elevador del ano.

- * **Vagina.** Conducto virtual; músculo membranoso que se extiende desde la vulva hasta el útero.

Funciones:

- a) conducto excretor del útero
- b) órgano de la cópula
- c) conducto del parto.

Mide de 8 a 10 cm de longitud; es muy distensible y tiene arrugas transversales. Se sostiene en su sitio mediante los ligamentos cardinales o de Mackenrodt y el músculo elevador del ano, que la divide en una parte interna (intrapélvica) y otra externa (perineal).

- * **Útero.** Órgano muscular, hueco situado en la parte profunda de la pelvis, de forma piriforme; está invertido y aplanado ligeramente en sentido anteroposterior. La cara anterior de este órgano se relaciona con la vejiga, la posterior con el recto, las laterales con la uréteres, y la inferior con la vagina, la cual se inserta en su parte cervical, dejando una porción supravaginal y otra intravaginal. Mide de 7 a 8 cm de longitud total y 5 a 6 cm de ancho en la parte fúndica.

Se divide en tres partes:

- a) cuerpo o parte superior
- b) istmo, que es la zona donde se adelgaza formando una depresión
- c) cérvix o parte inferior.

El útero está formado por tres capas:

Externa Serosa o peritoneo. Cubre todo el cuerpo excepto la parte anteroinferior, o sea la que se relaciona con la vejiga.

Esta capa origina una serie de refuerzos que dan lugar a los elementos de fijación:

- a) Ligamento redondo, que parte del fondo uterino, penetra al conducto inguinal y termina esfumándose en los labios mayores

- b) Ligamento uterosacro, que se extiende de la cara posterior del istmo, rodea el recto y se fija en la cara anterior del sacro
- c) Ligamento cardinal o de Mackenrodt, que parte de la porción lateral del istmo y de la porción superior de la vagina, llega hasta la pared pélvica y se inserta en el músculo obturador interno
- d) Ligamento pubovesicouterino, que se extiende de la cara anterior del istmo, rodea el cuello vesical y se inserta en la cara posterior del pubis
- e) Ligamento ancho, que está constituido por condensaciones peritoneales que se extienden del borde uterino a la pared pélvica
- f) Ligamento uteroovárico, que se extiende del cuerno uterino y se inserta en un extremo del ovario.

Media. Muscular o miometrio. Es la más gruesa y resistente; está formada por fibras musculares lisas dispuestas en capas entrelazadas y mezcladas con tejido elástico constituido por fibras circulares, longitudinales y arciformes. .

Interna. Endometrio. Capa que reviste la cavidad uterina, que sufre cambios cíclicos por efecto hormonal y que al desprenderse da lugar a la menstruación. Está formada por un epitelio columnar que contiene gran cantidad de glándulas y vasos sanguíneos de dos tipos: arterias rectas y arterias en espiral.

De acuerdo con sus elementos de sostén, el útero tiene cierta movilidad y puede estar en: anteversión, situación intermedia o retroversión.

* **Cérvix.** Tiene forma cilíndrica; su longitud es de unos 3 cm; posee un orificio interno, otro externo y un canal cervical; la inserción vaginal lo divide en dos porciones: intravaginal y supravaginal.

Trompas de falopio. También llamadas oviductos o tubas uterinas; estos órganos constituyen dos conductos, uno a cada lado del útero, de 10 a 12 cm de longitud por 1 a 2 cm de diámetro externo.

- * **Ovarios.** Los ovarios son dos órganos ovoides aplanados sólido y blanquecinos, cada uno de los cuales mide 4 x 3 x 2.5 cm; están localizados en la porción lateral de la pelvis (fosa ovárica), en íntima relación con la parte distal de la trompa, mediante la fimbria. Se sostienen en su sitio gracias a un engrosamiento del ligamento ancho, llamado mesovario, que se fija en el útero con el nombre de ligamento uteroovárico y a la pared pélvica por el ligamento infundibulopélvico, y descansa en una pequeña fosa de la pared pélvica denominada de Krause.

Anatomía de la pelvis

La pelvis esta constituida por cuatro huesos: sacro, cóccix y dos iliacos, que a su vez se hallan formados por tres pares: pubis, isquion e iliaco propiamente dicho. En la parte posterior los iliacos articulan con el sacro (articulación sacroiliaca), y en la parte anterior articulan los dos pubis entre si (sínfisis púbica), formando un verdadero aro (estrecho superior) que divide a la pelvis en dos partes: Una superior o pelvis mayor y otra inferior o pelvis menor.

Estrecho superior.

El estrecho superior de la pelvis se encuentra constituido por los elementos anatómicos.

Diámetros pélvicos del estrecho superior

Estos diámetros son los siguientes:

Promonto retropúbico. Se dirige del promontorio a la cara posterior de la sínfisis púbica.

Transverso máximo. Se encuentra comprendido entre las dos eminencias iliopectíneas; constituye el diámetro mayor del estrecho superior.

Oblicuos. Parten de la articulación sacroiliaca al borde superior de la porción distal de la rama horizontal del pubis.

Morfología de la pelvis en el estrecho superior

La pelvis puede presentar cualquiera de cuatro distintas formas características, que son: ginecoide, androide, antropoide, y platipeloide.

La diferencia fundamental entre estos tipos de pelvis la constituye la forma del estrecho superior:

Ginecoide. En este tipo de pelvis el diámetro anterior es sensiblemente igual que el transversal, y ambos se cruzan en la parte media.

Androide. En la pelvis androide el diámetro anteroposterior es más amplio que el transversal; tiende a presentar una forma triangular.

Antropoide. En la pelvis antropoide el diámetro anteroposterior es excesivamente alargado, en tanto que el diámetro transversal es reducido.

Platipeloide. En este tipo de pelvis el diámetro transversal es excesivamente alargado, y el anteroposterior, reducido.

Algunas características de estas pelvis tipo generalmente se combinan y dan lugar a pelvis ginecoandroides, ginecoplatipeloides, etc.

Estrecho medio.

El estrecho medio tiene como referencia anatómica las espinas ciáticas. Todos los diámetros del estrecho medio de la pelvis son sensiblemente iguales, y su medida es el diámetro biciático.

Estrecho inferior.

El estrecho inferior de la pelvis es la porción anatómica ubicada por debajo de las espinas ciáticas; en esta parte es importante considerar el diámetro bisquiático y la morfología del arco subpúbico. Diámetro bisquiático. Es la distancia entre la parte media de ambos isquiones; suele medir 10cm.

Arco subpúbico. Es el ángulo comprendido por la parte inferior del pubis y la porción interna del isquion de ambos lados; el ángulo normal es de 90°.

Curva de Carus. Desde el punto de vista obstétrico, la pelvis presenta una curvatura que tiene que seguir el producto para que ocurra el nacimiento, y que se conoce con el nombre de curva de Carus o curva del parto.

Planos de la pelvis.

Hodge describió cuatro planos imaginarios y paralelos entre sí, con objeto de dividir la pelvis y poder valorar el descenso de la presentación durante el trabajo de parto. Estos planos son los siguientes:

Primero: Se extiende el promontorio al borde superior de la sínfisis púbica.

Segundo: Parte de la cara anterior de la segunda vértebra sacra al borde inferior de la sínfisis púbica.

Tercero: Plano imaginario a la altura de las espinas ciáticas.

Cuarto: Éste es el que se encuentra a nivel del vértice.

Ligamentos y músculos pélvicos. Un conjunto de estructuras musculoponeuróticas se inserta en las partes óseas de la pelvis, dando lugar a la formación de un diafragma de concavidad superior que constituye el piso pélvico, denominado periné. Esta estructura permite el paso de tres órganos, que son: el recto, la vagina y la uretra. Los ligamentos pélvicos más importantes, desde el punto de vista obstétrico son: ligamento sacroiliaco, sacrocitiaco, sacroisquiatico, pubocervical, uterosacro, y de Mekenrodt. ¹⁵

¹⁵ MONDRAGÓN, Castro Héctor. "Obstetricia Básica Ilustrada". Cuarta edición. Editorial Trillas. México. 1992. pp. 12-21, 99-104

1.5.2. EVOLUCIÓN DEL EMBARAZO NORMAL

Diagnóstico del embarazo.

En el diagnóstico del embarazo se cuenta con signos y síntomas que pueden catalogarse en síntomas de:

*Sospecha. Signos y síntomas vagos que en conjunto pueden orientar hacia la existencia de un embarazo.

*Probabilidad. Son aquellos que a pesar de estar presentes en la mayoría de los embarazos, nos orientan hacia el diagnóstico, sin confirmar su existencia.

*Certeza. Son los signos que denotan con seguridad la existencia del embarazo.

Un síntoma de los anteriores en forma aislada no es suficiente para hacer el diagnóstico; el conjunto de ellos es el que tiene un valor clínico innegable. En el cuadro siguiente se resumen signos y síntomas.

Cuadro 1. Signos y síntomas del embarazo

De sospecha	De probabilidad	De certeza
Durante el interrogatorio		
Amenorrea		
Náuseas y vómitos		
Salorrea		
Potiquiuria	Intensificación de varios de los síntomas de sospecha	
Nicturia		
Mastalgia		
Asenia y adinamia	Percepción de movimientos fetales por la paciente	
Mareos		
Irritabilidad		
Perversión del gusto		
Y del olfato		
Somnolencia		
Antojos de alimentos bebidas		
Durante la exploración		
Física		

De sospecha	De probabilidad	De certeza
<p>Aumento de tamaño, Consistencia y sensibilidad Mamaria Pigmentación del pezón Árēola secundaria Red venosa de Haller Tubérculos de Montgomery. Calostros Pigmentación cutánea en Abdomen, muslos y genitales externos. Leucorrea por moniliasis</p>	<p>Aumento de peso corporal Modificación de órganos pélvicos: coloración violácea de vagina (Chadwick), pulso vaginal (Ossiander) Cérvix e istmo reblandecidos (Hegar) Cuerpo uterino globoso y fondos de saco ocupados (Noble y Budin).. Irregularidad del fondo uterino (Piskasek) Aumento de tamaño uterino, acorde con amenorrea</p>	<p>Auscultación de latidos cardiacos fetales Percepción de partes fetales por el médico (maniobras de Leopold) Comprobación de movimientos fetales en la Exploración. Percepción de contracciones de Braxton Hicks</p>
<p>Mediante los métodos de Gabinefe</p>	<p>Pruebas de laboratorio positivas. Presencia de células naviculares (papanicolaou) Falta de cristalización del Modo cervical</p>	<p>Actividad cardiaca presente en el electrocardiograma fetal Esqueleto fetal visible a los rayos x. Latidos cardiacos fetales audibles (Doptone) Sombra fetal en ultrasonido</p>

Pruebas para el diagnóstico de embarazo

Para realizar el diagnóstico de embarazo:

- a) Exámenes de laboratorio.
- Pruebas biológicas.
 - Pruebas inmunológicas.

- b) Pruebas farmacológicas
- c) Pruebas de gabinete
 - Radiodiagnóstico
 - Ultrasonido
 - Electrocardiografía fetal
 - Ultraecsonografía

Pruebas farmacológicas

Resultado	Interpretación
Positivo No ocurre sangrado con la administración del medicamento	Duda de embarazo
Negativo Ocurre sangrado por vía vaginal entre el 3° y 8° día después de suspender el medicamento	trastorno menstrual de causa hormonal.

Exámenes de laboratorio

Estos exámenes se basan en la existencia de gonadotropinas coriónicas en sangre y orina de la mujer embarazada, y tratan de demostrar la presencia de aquéllas en diversas formas. Se dividen en pruebas biológicas e inmunológicas.

Es recomendable practicar estos métodos después de dos semanas de la fecha calculada para la menstruación, a fin de evitar falsos resultados negativos al no existir un nivel hormonal suficiente para ser detectado.

Pruebas de gabinete

En casos de embarazos mayores de ocho semanas se pueden utilizar otros estudios complementarios, cuando el diagnóstico de embarazo se sospecha o existe certeza del mismo, pero se requiere descartar alguna otra patología, como seudociesis, tumores ováricos o mola hidatiforme, o bien valorar el estado fetal intrauterino.

Método	Datos de positividad del embarazo
Ultraecsonograma	Medición de la cavidad uterina Presencia de la vesícula embriónica o de esqueleto fetal Visualización de las actividades Embrionaria y fetal
Radiodiagnóstico	Visualización del esqueleto fetal (aparece entre 14 y 16 semanas)
Ultrasonido (Doptone o Sonykaid)	Auscultación del corazón fetal (entre 12 y 14 semanas)
Electrocardiografía	Visualización del complejo electrocardiográfico fetal (entre 12 y 14 semanas)

Fisiología materna durante el embarazo

Efectos del embarazo sobre el organismo materno.

El embarazo afecta al organismo materno en su totalidad, pero de manera especial a los órganos genitales y glándulas mamarias, que presentan importantes cambios anatomofisiológicos:

Cambios en el útero.

Durante la gestación permite que ocurra un incremento muy grande en su tamaño y capacidad; de ser un órgano de 8 cm de longitud con una capacidad de 10 a 20 ml en su cavidad y 60g de peso, pasa a tener al final del embarazo una longitud de 35 cm, un peso de 800 a 1200 g, y una capacidad de 6 a 8 litros en su interior, es decir, aumenta más de 500 veces su capacidad original; así se forma un recipiente muscular que contiene el feto, a la placenta y al líquido amniótico.

Aumento de tamaño del
Útero durante la gestación

Al inicio	Al término
Peso	
60g	800 a 1200g
Longitud	
7 a 9 cm	35cm
Anchura	
5 cm	20 cm
Capacidad	
10 a 20 ml	5 a 10l ml

El crecimiento tan notable del útero obedece a los factores siguientes:

1. Hipertrofia. Aumento de tamaño de cada fibra muscular. De 50 micras alcanza hasta 200 a 600 micras cada una. Es el factor de crecimiento más importante al inicio del embarazo.
2. Estiramiento de las fibras miométriales. Cada fibra se destiende ejerciendo su capacidad elástica a demanda de la presión excéntrica que origina el crecimiento del producto.
3. Hiperplasia. Aumento de fibras musculares por la formación de nuevas células, que ocurren en los primeros meses del embarazo.
4. Aumento de tejido conectivo, de tipo mesenquimatoso. Aparece entre las bandas musculares al inicio de la gestación.
5. Hipertrofia de vasos sanguíneos y linfáticos. Esta hipertrofia está condicionada por el aumento de flujo sanguíneo, fuera del embarazo es de 50 ml por minuto y al final llega a ser de 700 ml por minuto. Este aumento corresponde al 80% a la placenta y el 20% al miometrio y decidua. Los vasos sanguíneos, principalmente las venas, que constituyen los lagos venosos del lecho placentario y los linfáticos aumentan de calibre.
6. Hipertrofia de fibras nerviosas del útero. (Ganglio cervical de Franfenhauser).

Factores que intervienen en el crecimiento uterino.

En los primeros meses del embarazo, el crecimiento uterino obedece al estímulo que produce la acción de los estrógenos; posteriormente, dicho crecimiento se debe a factores mecánicos de estimulación:

Primer trimestre. Estimulación hormonal por los estrógenos, tal vez principalmente por la progesterona.

Segundo y tercer trimestres. Estimulación mecánica, la cual está determinada por el desarrollo fetal progresivo.

El crecimiento del útero no es simétrico; es mayor en el fondo y en el sitio donde se inserta la placenta.

Al término de la gestación las paredes del útero se caracterizan por:

- a) Constituir un saco muscular de 3 a 5 mm de espesor.
- b) Tener sus paredes delgadas, blandas y depresibles.
- c) Permitir efectuar a través de ellas, la palpación de las partes fetales.
- d) Ser moldeables al feto y ceder a los movimientos del mismo.
- e) Contraerse en forma irregular (contracciones de Braxton Hicks).

Las paredes uterinas están constituidas básicamente por fibras musculares, que se organizan en capas siguiendo direcciones precisas. Estas capas son:

- a) *Externa*. Capa de fibras longitudinales que forman capuchón que se prolonga hacia los ligamentos.
- b) *Intermedia*. Capa de fibras musculares entrelazadas a través de las cuales pasan los vasos sanguíneos. (Se comportan siguiendo un trayecto en forma de 8). Sin duda es la capa más importante de útero, ya que produce constricción de los vasos uterinos al contraerse (ligaduras vivas de Pinard).
- c) *Interna*. Capa compuesta por fibras que se agrupan constituyendo esfínteres al nivel de ambos ostiums tubarios y en el orificio cervical interno.

Cambios en la cérvix.

Durante el embarazo ocurren los siguientes cambios al nivel de cérvix uterina:

- a) Reblandecimiento y cianosis a causa de vascularización y edema.
- b) Hiperplasia e hipertrofia de las glándulas cervicales.
- c) Alteraciones en la mucosa cervical, que dan lugar a la producción de tapón mucoso.
- d) A partir del cuarto mes de embarazo hay incorporación de fibras cervicales a la porción intermedia del útero, con lo cual se va formando progresivamente el segmento uterino.
- e) Aumento en la frecuencia de "erosiones" por eversión de las glándulas endocervicales.

Cambios en los ovarios.

En los ovarios los cambios principales que ocurren durante el embarazo son:

- a) Supresión del desarrollo folicular y, por tanto, de la ovulación.
- b) Crecimiento del cuerpo amarillo (funcionante hasta 10 a 12 semanas) en uno de los ovarios.
- c) Aparición de una reacción decidual importante en la superficie ovárica.
- d) Aumento del calibre de los vasos ováricos.

Cambios en las trompas de falopio.

Las principales modificaciones a este nivel son:

- a) Hipertrofia moderada
- b) Aumento de vascularización
- c) Disminución de la motilidad tubaria.

Cambios en la vagina.

En la vagina se observan las modificaciones siguientes:

- a) Aumento de vascularización, con coloración violácea.
- b) Secreción abundante (leucorrea blanquecina), con pH 3.5 a 6, por alto contenido de ácido láctico, que sirve para proteger a la cérvix de la invasión de bacterias patógenas.
- c) Aumento del espesor de la mucosa.
- d) Relajamiento de tejido conectivo.
- e) Hipertrofia de fibras musculares lisas.

Los tres últimos factores dan lugar a aumento de grosor de las paredes vaginales y a mayor elasticidad de las mismas.

Cambios en mamas.

En las mamas se observan los cambios siguientes durante el embarazo:

- a) Aumento de sensibilidad.

- b) Incremento de tamaño.
- c) Presencia de nódulos palpables por hipertrofia alveolar.
- d) Congestión de venas superficiales (red venosa de Haller).
- e) Aparición de la areola secundaria.
- f) Mayor excitabilidad del pezón.
- g) Aparición de tubérculos de Montgomery.
- h) En ocasiones, presencia de un líquido llamado calostro.

Cambios en la pared abdominal.

En la pared abdominal de la mujer embarazada se puede observar, cuando ocurre la distensión de la piel por el crecimiento uterino, la presencia de estrías originadas por la ruptura de las fibras elásticas de la capa reticular de la piel. Estas lesiones son de color violácea cuando se trata del primer embarazo y adquieren un color blanco nacarado si la paciente es multigesta.

Con cierta frecuencia se encuentran hernias umbilicales de diferentes tamaños y diastasis de los músculos rectos anteriores del abdomen durante el embarazo.

Repercusión del embarazo en otros órganos.

Hipófisis. Aumento importante del volumen de esta glándula en el último mes; desarrollo notable de las llamadas "células cromóforas del embarazo", descenso de la producción de hormona estimulante del folículo.

Tiroides. Aumenta su volumen gracias a que recibe mayor vascularización; eleva su metabolismo basal a causa del oxígeno que consume el útero y la unidad fetoplacentaria.

Corazón y sistema circulatorio. El peso de este órgano aumenta 25g, modifica su posición y se ubica horizontalmente debido a la elevación del diafragma, lo cual ocasiona la desviación del eje eléctrico a la izquierda, de 58 a 47 grados. El choque de la punta cardiaca se aprecia arriba del cuarto espacio intercostal, fuera de la línea medio clavicular. Esto produce modificaciones electrocardiográficas y

de la silueta cardiaca en estudio radiológico. No se encuentra relación alguna entre el peso de la madre y el electrocardiograma.

El corazón retorna a su posición original en la cuarta semana del puerperio.

Durante el primer y segundo trimestres del embarazo el gasto cardiaco aumenta paulatinamente y alcanza su mayor nivel entre las semanas 28 y 32; el volumen plasmático aumenta entre 20 y 30%.

La gestante puede presentar soplos sistólicos ocasionales, extrasístoles y taquicardia. La velocidad de la circulación sanguínea se incrementa al aumentar la cantidad de sangre circulante y el volumen cardiaco minuto y al disminuir la resistencia periférica y la viscosidad sanguínea. La frecuencia cardiaca aumenta ligeramente hacia la semana 36 y disminuye al final del embarazo.

La presión arterial experimenta poca variación; la presión venosa con cifras de 4 a 8 cm de agua fuera del embarazo, aumenta hasta 24 cm de agua después del quinto mes.

En el ecocardiograma se observa un moderado aumento de las dimensiones del ventrículo derecho y del diámetro diastólico del ventrículo izquierdo.

Hay hipercontractibilidad miocárdica por efecto estrogénico.

El embarazo ocasiona una sobrecarga cardiocirculatoria progresiva que no rebasa la capacidad de reserva del corazón sano pero sí la del enfermo, pudiendo provocar una insuficiencia cardiaca. A ésta el maestro I. Chávez la denominó "síndrome gravídico circulatorio", que está constituido por:

- a) Trastornos del ritmo cardiaco: arritmia sinusal, respiratoria o vagosimpática, que no tienen ninguna repercusión patológica.
- b) Aumento de la frecuencia cardiaca o taquicardia.
- c) Desviación a la izquierda del eje eléctrico, con promedio de 47° (recuérdese que el promedio del corazón sano es de 58°).
- d) R I mayor que R II.
- e) R III pequeña o ausente (menos de 3mm).
 - a) S III profunda con voltaje de más de 25% del de R.

- b) T III negativa.
- c) Q III profunda.
- d) P II y P III negativas.
- e) S I profunda.
- f) QRS empastado o complejo en W o M en D III.
- g) Presencia de Q en VF (Burwell).
- h) Desnivel del segmento ST en desviaciones precordiales.
- i) Onda T de bajo voltaje (0.25 a 1 mm).

Aparato Respiratorio.

Modificación de la capacidad torácica de la paciente, debido a la elevación del diafragma, en tanto que la capacidad vital pulmonar permanece constante. Aumento de la velocidad de ventilación de 7.4l/min a 11 l/min al final del embarazo.

Aparato Digestivo.

Aumento de caries dentales por alteraciones en la saliva y cambios histológicos gingivales (gingivitis hipertrófica). Disminución de la pepsina y ácido clorhídrico libre y de la acidez total de jugo gástrico. Reducción de la motilidad gástrica, hipotonía del conducto gastrointestinal; relajación del esfínter cardioesofágico que ocasiona pirosis hasta el quinto mes.

Hígado.

Se observa discreta estasis biliar.

Piel.

Ésta experimenta pigmentación en zonas específicas (cloasma facial, pezones, línea morena del abdomen, genitales externos y muslos) debida a cambios en la melatina. Hiperactividad de glándulas sudoríparas y sebáceas.

Articulaciones.

Hay relajamiento de articulaciones pélvicas y cambios posturales a medida que avanza el embarazo.

El peso de la madre se incrementa paulatinamente durante todo el embarazo; en el segundo trimestre el incremento de peso es de 500g por mes y en los finales llega a ser de 1500g o más.

Metabolismo del agua.

Al término del embarazo una mujer retiene un promedio de 6.8 litros de agua, debido a los siguientes factores:

- a) Presión hidrostática intracapilar.
- b) Aumento de presión venosa en miembros inferiores.
- c) Presión osmótica coloidal.
- d) Permeabilidad capilar elevada.
- e) Retención de sodio.

La retención excesiva de agua se traduce en edema, y se manifiesta por el aumento súbito de peso corporal.

Cambios hematológicos.

El crecimiento del feto requiere del suministro constante de sustancias nutricionales y de la eliminación de los residuos metabólicos, hecho que se efectúa a través de la sangre circulante, en el espacio intervilloso de la placenta. Esto requiere, a su vez, de que se incremente la circulación uterina y ovárica.

El flujo sanguíneo uterino disminuye proporcionalmente a la intensidad de la contracción miometrial.

El volumen sanguíneo aumenta durante el embarazo, ya que se requiere llenar el espacio intravascular que condiciona el desarrollo de la placenta. Dicho volumen está constituido por una parte sólida, representada por los elementos figurados de la sangre, y una parte líquida, que es el plasma:

- a) Satisfacer la demanda del útero que se encuentra aumentada por la hipertrofia del sistema vascular del mismo.

Aparato urinario.

Presentación de síntomas compresivos en el trígono vesical (alteraciones en la micción). Hipoperistaltismo uretral (dilatación del uréter derecho). Estasis urinaria que propicia infecciones. En el riñón aumenta el flujo plasmático, por lo que las asas glomerulares se encuentran rebosantes de sangre, fenómeno que, aunado a lo delicado de la membrana capsular, origina un aumento progresivo del filtrado glomerular, que en la semana 26 del embarazo excede del 50%. Desde 1856, Blot descubrió la existencia de glucosa en la orina de embarazadas no diabéticas; es frecuente encontrar lactosa y glucosa en la orina de la gestante por aumento del filtrado glomerular.

Desde el punto de vista psicoemocional, se presentan las siguientes alteraciones:

- Estado de ánimo cambiante
- Depresión mental pasajera
- Crisis de llanto injustificado
- Irritabilidad mental y agotamiento.

Cambios metabólicos.

Existen factores que intervienen en el aumento de peso de la madre, como son:

- Aumento progresivo del tamaño de feto y placenta.
- Elevación del volumen de líquido amniótico.
- Hipertrofia de útero y mamas.
- Mayor retención de agua.
- Acumulación de grasa y proteína.
- Aumento de volumen sanguíneo.
- Hipertrofia de otros órganos.
- Aumento de lípidos.

- b) Proteger a la madre y al feto contra los efectos que ejercen las alteraciones del retorno venoso al ocurrir cambios bruscos de posición (supina erecta y viceversa).
- c) Salvaguardar a la madre contra los efectos de la pérdida sanguínea durante el parto.

El aumento de eritrocitos durante el embarazo está en relación directa con el aumento de la demanda de oxígeno, ya que estas células constituyen el transporte natural de este elemento. Con base en la creciente demanda de oxígeno se acelera la producción de eritrocitos; sin embargo, el lapso vital de ellos continúa siendo de 100 días, en promedio igual que si no existiera embarazo; sin embargo, aumenta un poco la cantidad de formas jóvenes o reculocitos.

Las concentraciones de hemoglobina (Hb), hematócrito (Ht) y glóbulos rojos disminuyen durante el embarazo, porque el aumento plasmático es mayor (anemia aparente del embarazo). La cifra promedio de Hb es de 12 g%.

No es recomendable atender un parto con cifras inferiores a 10g% de hemoglobina.

Durante el embarazo aumenta el número de leucocitos a expensas de polimofonucleares neutrófilos, principalmente, y plaquetas. Se consideran cifras normales de 10 000 a 12 000 leucocitos; durante el puerperio pueden elevarse aún más.

Las proteínas gamma y beta globulinas disminuyen en el primer trimestre y ascienden a su nivel previo al final del embarazo.

El fibrinógeno se eleva de 250 mg, al inicio del embarazo, hasta 300 a 400 mg a las 36 semanas, y desciende a 150 mg durante el puerperio inmediato. Aumenta también el factor II protrombina, factor V proacelarina, factores VII, VIII, IX, X y XII, y disminuyen los factores XI y XIII.

La sedimentación globular se encuentra acelerada por el aumento de fibrinógeno, por lo que no puede emplearse esta prueba como método diagnóstico de infección durante el embarazo.

Los lípidos séricos como el colesterol (precursor de los estrógenos y la progesterona), al igual que los triglicéridos, aumentan considerablemente en la gestación y disminuyen después del parto.

Requerimientos de Hierro.

La mayoría de las embarazadas requieren un ingreso adicional de este elemento (6 a 7mg al día), ya que no tienen reservas para cubrir sus demandas.

La administración de 60 a 80 mg de hierro diario y 800 a 1000 mg de folato, nivelan los requerimientos de hierro durante el embarazo.

El feto, empero, no ve alterado el suministro del hierro que necesita, puesto que a través de la placenta lo toma de la madre.

La absorción de este elemento por el intestino se encuentra aumentada. Las cantidades adicionales de hierro y las propias de la alimentación deben continuarse hasta el puerperio.¹⁶

1.5.3 TOXEMÍA GRAVÍDICA.

Es una enfermedad de causa desconocida asociada al embarazo.

Definición de Preeclampsia-eclampsia.

La preeclampsia es un padecimiento que se presenta desde la vigésima semana del embarazo en adelante, durante el parto y el puerperio, caracterizado por hipertensión arterial proteinuria y edema y en los casos más graves convulsiones y/o coma.

En este último caso la complicación se denomina eclampsia.

¹⁶ MONDRAGÓN, Castro Héctor. "Obstetricia Básica Ilustrada".Cuarta Edición.Editorial Trillas. México. 1992. pp. 94 -119.

Epidemiología.

Se presentó fundamentalmente en la segunda mitad del embarazo y por definición de la semana 20 en adelante.

Debe tenerse presente que en los casos de embarazo múltiple o de enfermedad trofoblástica puede presentarse antes de la semana mencionada.

Factores predisponentes:

- Nivel socioeconómico bajo.
- Madre Soltera
- Historia familiar de preeclampsia-eclampsia por parte de la paciente
- Edad menor de 20 años
- Edad de 35 años en adelante
- Primer embarazo
- Embarazo múltiple
- Enfermedad trofoblástica
- Polihidramnios
- Preeclampsia-eclampsia en embarazo anterior
- Hipertensión arterial de cualquier origen
- Diabetes mellitus
- Enfermedad renal crónica
- Enfermedades autoinmunes

Clasificación de los estados hipertensivos asociados al embarazo

1. Hipertensión arterial gestacional (Hipertensión arterial Inducida por el embarazo).

Aparece en la segunda mitad del embarazo o en las primeras 24 hrs. postparto sin edema ni proteinuria y que persiste dentro de los 10 días siguientes al término del embarazo.

2. Preeclampsia. Definida como hipertensión arterial, junto con proteinuria y/o edema.
3. Eclampsia. Definida como el desarrollo de convulsiones y/o coma en pacientes con signos y síntomas de preeclampsia en ausencia de otras causas de convulsiones.
4. Hipertensión arterial crónica. Es la hipertensión arterial crónica de cualquier etiología. Este grupo incluye pacientes con hipertensión arterial preexistente por lo menos 140/90 mm. en dos ocasiones con un mínimo de 6 hrs. de diferencia antes de la semana 20 de gestación o fuera del embarazo y en pacientes con hipertensión arterial que persiste más de 6 semanas post-parto.
5. Preeclampsia o eclampsia sobreagregada. Definida como el desarrollo de preeclampsia o eclampsia en pacientes con hipertensión arterial o crónica.

Preeclampsia leve:

- Tensión arterial 140/90 mm Hg o más, pero menor de 160/110, o elevación de 30 mm Hg en la sistólica 15 en la diastólica cuando se conocen las cifras basales previas.
- Proteinuria de 300 mg. por litro o más, pero menor de 2 g, o su equivalente en una tira reactiva
- Edema leve (+) o ausente
- Ausencia de síndrome vasculoespasmódico (cefalea, amaurosis, fosfenos, acufenos).

Preeclampsia severa.

- Tensión arterial de 160/110 mm Hg o + con la paciente en reposo en cama, en dos ocasiones con un mínimo de diferencia de 6 hrs. entre uno y otro registro.
- Proteinuria de 2 g o más en orina de 24 hrs. o bien 3+ a 4+ en examen.

- Semicuantitativo con tira reactiva, en una muestra de orina tomada al azar.
- Oliguria. Diuresis de 24 hrs. menor de 400ml-17 ml por hora.
- Transtornos cerebrales o visuales (como alteración de la conciencia, cefalea, fosfenos, visión borrosa, amaurosis, diplopia).
- Dolor epigástrico o en cualquier superior derecho del abdomen (dolor en barra).
- Edema pulmonar
- Cianosis
- Función hepática alterada.
- Trombocitopenia¹⁷

1.5.4 ECLAMPSIA

La convulsión es la transición de la preeclampsia severa a la eclampsia.

La eclampsia es una manifestación clínica de la severidad del síndrome preclámptico y esta caracterizado por la aparición de convulsiones teórico clínicas en una embarazada preeclámptica a veces con cambios mínimos en la presión arterial.

La eclampsia puede aparecer antes, durante, o después del parto.

SINTOMATOLOGÍA.

- Podromos.
- Cefalea intensa.
- Visión borrosa
- Fotofobia
- Dolor en epigastrio.

¹⁷ MANUAL DE MERCK. "Diagnóstico y Terapéutica". Novena Edición. Editorial Española, Mosby/Doyma libros. 1994. pp. 2071-2072

- Hiperexcitabilidad.

Se consideran convulsiones eclámpicas a las producidas hasta 48 hrs, después del parto.

Las convulsiones pueden ser únicas o múltiples, con periodos de relajación con recuperación o no de la conciencia.

La sucesión de múltiples convulsiones sin mediar tratamiento médico puede llevar a la muerte por complicaciones neurológicas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Accidentes hemorrágicos cerebro vasculares.
- Encefalopatía hipertensivas.
- Tumor cerebral.
- Absceso cerebral.
- Encefalitis.
- Meningitis.
- Epilepsia.
- Trastornos metabólicos: hipoglucemia, hipocalcemia, intoxicación hídrica porfiria aguda.
- Histeria

HALLAZGOS DE LABORATORIO

- Proteinuria.
- Alteración de pruebas de funcionamiento renal.
- Hiperglicemia
- aumento de creatinina.
- Alteración de transaminasas.

- Aumento de la lactato deshidrogenasa en especial si la paciente presenta dolor en hipocondrio derecho.
- Estudios de función hepática.

ESTUDIOS DE GABINETE

USG. DE HÍGADO buscando el hematoma subcapsular.

Es frecuente que el 50% de las eclampsias se acompañan de síndrome de HELLP; por lo tanto es imprescindible un buen laboratorio antes de asumir cualquier conducta activa con la paciente.

TRATAMIENTO.

Según Sabai 4a. 6 grs. por vía endovenosa llevan a una concentración materna inmediata 5a. 9 mg./dl, pero que cae en 60a 3-4 mg/dl. En 90 minutos, el 50% del mg. infundido está en el hueso y otras células y en 4 hrs. el 50% se excretan por la orina.

En caso de oliguria la excreción puede retardarse y la acumulación de la droga puede tomarse peligrosa acorde con sus niveles de plasma. El antídoto inmediato será la administración de lgr. de gluconato de Ca. y la intubación de la paciente en caso de paro respiratorio.

Su mecanismo de acción en el dominio de la convulsión se desconoce.

Belfort y col. hallaron una acción vasodilatadora actuando preferentemente sobre vasos de pequeño calibre en la vasculatura cerebral en pacientes con preeclampsia moderada. Esto podría mejorar o prevenir la isquemia cerebral, lo cual sería beneficioso para inhibir o prevenir las convulsiones. No hubo efecto agudo sobre la circulación fetal.

El análisis de la función pulmonar en preeclámpticas que recibían sulfato de Mg. como profilaxis de las convulsiones mostró que aquella se hallaba disminuida, lo cual sugeriría que el Smg provoca una sedación generalizada de los músculos respiratorios.

Sobre la presión arterial produce una disminución de la presión del pulso, y ello significa que hay una disminución de la presión del pulso, y ello significa una reducción de la presión sobre las paredes vasculares; se atenúa así el riesgo de accidentes vasculares en la preeclampsia y eclampsia.

La disminución de la presión diastólica como la sistólica debido aparentemente a una reducción de la precarga, ya que no se produce depresión cardíaca.

También actúa sobre la placa muscular periférica y relaja también el músculo uterino.

Como no es depresor del sistema nervioso, una vez controlado el episodio no hay depresión farmacológica neonatal.

Tampoco alteró el puntaje de Apgar en los recién nacidos de madres tratadas.

COMPLICACIONES DEL PRONOSTICO DE LA ECLAMPSIA

- **Edema pulmonar:** Su presencia ensombrece el pronóstico de la enfermedad. Se manifiesta por la caída brusca de tensión arterial estertores pulmonares, pulso débil y rápido. El manejo de estos casos incluye la colocación de un catéter de Swan Ganz para controlar la hemodinamia de la paciente o como mínimo la P.V.C.
- **El tratamiento:** Administración de furosemide, : oxígeno, medicación antihipertensiva y digitálicos según la evaluación clínica. Se presenta en especial con pacientes hipotensión crónica o enfermedad cardíaca.

- **Como Prolongado:** Esta asociado a edema cerebral y hemorragia intracraneana y se acompaña de una alta mortalidad. El aumento de la presión intracraneana producida por el edema debe ser tratado en forma intensiva.

Tratamiento.

1. Colocar a la paciente en una unidad de terapia intensiva en posición semifowler (30) para disminuir la presión venosa intracraneana.
2. Administrar manitol al 20% (o.5g/k).
3. Hiperventilar para disminuir la P_{CO_2} .

Insuficiencia Renal: La oliguria es definida de distinta manera como la disminución del gasto urinario a menos 30ml/hra. en tres horas consecutivas menos de 100ml en 4hrs., menos de 400ml/24 hrs. Uno de los manejos propuestos es el intercambio de fluidos consistente en la administración de 300 a 500ml de solución ringerfactato en 20 minutos. Si la oliguria persiste, la paciente debe ser cateterizada antes de continuar con la administración de volúmenes endovenosos, para evitar mayores complicaciones.

IMPACTO NEUROLÓGICO DE LA PREECLAMPSIA ECLAMPSIA

Las lesiones neurológicas graves son la principal causa de muerte materna las manifestaciones pueden ser variables.

- Cefalea frontal y trastornos visuales. (visión borrosa, diplopía, amaurosis, etc.)
- Ceguera puede ser de origen retiniano por desprendimiento o trombosis vascular, o de origen cortical por lesiones isquémicas cerebrales.

El cerebro, así como el riñón, el hígado y los tejidos en general

Efectos Indeseables.

- Depresión respiratoria

- Hipotensión durante la anestesia peridural y espinal.
- A los 12mg/100ml = desaparición de reflejo rotuliano.
- A los 18mg/100 = depresión respiratoria.
- A los 36mg/100 = Paro Cardíaco.

Cuando una paciente presenta signos y síntomas de toxicidad por Mg. se debe interrumpir inmediatamente a su administración.

- Administrar un Gr. de gluconato de Ca. IV.
- Mantener una vía aérea.
- Efectuar EKG.
- Administrar diurético para disminuir la concentración.

TIOPENTAL SODICO

Se utiliza a una dosis de 250 mg. diluidos por vía endovenosa en goteo lento; es útil su empleo cuando va a terminarse el embarazo, ya que cumple el doble papel de inductor anestésico y anticonvulsivante.

DIAZEPAM. Dosis de ataque; 10mg. en bolo endovenoso hasta detener las convulsiones.

Dosis de mantenimiento ; 80 a 100mg/24 diluidos en 1000ml. de solución dextrosa al 5% la velocidad de la infusión será aquella que mantenga a la paciente sedada para no pasar de 40ml/hra.

Es un gran depresor del sistema nervioso central, tanto de la madre como del feto.

FENITOINA. Es una droga efectiva en el tratamiento de las convulsiones relacionadas con la epilepsia. La dosis es de 15-18mg./kg. según diferentes regímenes.

Control de la presión arterial.

Si la paciente, además del cuadro convulsivo, presenta cifras elevadas de presión arterial se debe administrar la medicación indicada en el tratamiento de la emergencia hipertensiva.

La nifedipina está contraindicada si se ha utilizado Smg. para tratar la convulsión ya que puede producir un severo bloqueo neuromuscular con lo consiguiente caída brusca y difícil de revertir de la presión arterial.

Algunos autores sostienen que el mejor tratamiento de la eclampsia es de la hipertensión.

Sufren el impacto del vasoespasmo y el daño endotelial del síndrome preecláptico, que permite el desarrollo de una microangiopatía hemorrágica, causante primariamente, su acción sobre el cerebro.

La emergencia hipertensiva y/o eclampsia son los cuadros clínicos más graves síndrome de hipertensión gestacional.

El diagnóstico temprano y las medidas oportunas ayudan en parte a evitar su impacto más temido: LA MUERTE MATERNA.

MEDIDAS GENERALES

La eclampsia es un cuadro muy severo de convulsiones tónico-clónicas, hay que proteger a la paciente y controlar el cuadro convulsivo:

- Proteger a la paciente.
- Evitar la mordedura de la lengua
- Sostenerla.
- Aspirar secreciones.
- Administrar oxígeno.
- Tomar muestras de laboratorio; para efectuar estudio.
- Cateterismo vesical.
- Cateterismo venoso central.

- Administrar drogas para el tratamiento de las convulsiones.
- Control de líquidos.
- Vigilar estado neurológico.

OBJETIVO DE CUIDADOS INTENSIVOS EN OBSTETRICIA

- Soporte al organo.funcional multiple
- Mantener volúmenes intravasculares
- Control de hipertensión
- Protección de órganos blancos
- Tratamiento de complicaciones ¹⁸

¹⁸ LILIANA Susana Voto y Miguel Margulies. 1ª Edición, Editorial el Ateneo, Buenos Aires, 1997. pag. 152-159.

CAPÍTULO II METODOLOGÍA

La metodología para llevar a cabo el proceso atención enfermería fue a través de la investigación de necesidades de la paciente tomando como marco de referencia el modelo Virginia Henderson, quien plantea la solución para su recuperación a través del plan de atención de enfermería.

EL tipo de investigación para elaborar el plan de atención de enfermería en el presente trabajo fue:

- Bibliográfico
- Documental
- Descriptivo.
- Analítico y
- Observacional

Para su desarrollo se llevó a través de las etapas del proceso atención de enfermería.

Valoración: Se llevó a cabo esta primera etapa utilizando técnicas en forma sistemática como son:

- La observacion
- La entrevista de enfermería
- La exploracion fisica del paciente
- Resultados de laboratorio y alguna otra fuente.

Diagnostico. Durante esta fase los datos que se obtuvieron fueron analizados y presentados de forma crítica. Aquí se extrajeron conclusiones en relación a necesidades, problemas del paciente, identificando diagnóstico de enfermería.

Los factores que se utilizaron en esta etapa:

1. Etiquetada diagnostica lista de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association).
2. Características definitorias
3. Factores Contribuyentes.

El diagnóstico de enfermería nos proporcionaron un método eficaz de comunicación para la identificación de las necesidades de la paciente, conociendo sus diagnósticos potenciales y reales.

Planeación. Se desarrollaron actividades para evitar reducir o corregir las necesidades identificadas en el diagnostico; la planeación se llevó a cabo de paciente enfermera, se determinaron objetivos de lo que se esperó conseguir en el proceso atención y se decidieron las intervenciones de enfermería que ayudaron al logro de los objetivos establecidos.

Ejecución. En esta etapa se describió el plan de cuidados desarrollando funciones de enfermería de su respectiva justificación científica así como se podría corregir sobre el paciente e identificando nuevas necesidades debiéndose anotar y comunicar el estado de la salud del paciente en respuesta a las actividades de enfermería.

Evaluación. En esta última etapa se valoró el plan que ha sido efectivo o si hay que realizar un cambio en el mismo, sí se cumplieron los objetivos planeados o solo parcialmente la evaluación será realizada para cada necesidad detectada.

CAPÍTULO III

APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

3.1 Presentación del caso clínico

El presente proceso de atención de enfermería se implementó en el hospital de Ginecología y Obstetricia del Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

Al cual se aplicó las cinco etapas del proceso.

1. Valoración
2. Diagnóstico
3. Planeación
4. Ejecución
5. Evaluación

Se trata de una paciente femenina de 20 años de edad con embarazo de 31.6 semanas de gestación; que acude al servicio de urgencias por presentar en forma súbita pérdida de la conciencia y crisis convulsivas tónico-clónico generalizadas, con periodos de agitación motriz e hiperreflexia.

Donde se observan las siguientes necesidades:

De oxigenación por la presencia de broncoespasmo, cianosis peribucal, una desaturación por monitor (80%), taquicardia (120), hipertensión arterial (160/110), y abundantes secreciones.

De termoregulación por piel fría, temblor, sensación incómoda de frío, temperatura de (35°) piloerección.

Eliminación por presentar edema generalizado, por sonada de Foley drenando orina de color hemática, concentrada y oligúrica. Se realiza tira reactiva de bililabstix dando lo siguiente: glucosa (-) cetonas(++), sangre (+++), proteínas (+++++) P.H. (7.0)

De comunicación por presentar desorientación en cuanto a tiempo, lugar y espacio.

Nutrición e hidratación, se observa palidez de tegumentos, por laboratorio una Hb(8mg) Hto (24 mg) plaquetas (75,000), Tp (12") fibrinogeno de (150 mg) glucosa (100 mg), urea (60 mg) creatina (1.3 mg), bilirrubinas totales 1.2, albumina 3 gr), TGO (50) TGP (45), DHL (150)

Descanso y sueño por observarse ojeras, ansiedad, postura postactil, expresión de fatiga e irritabilidad.

De movimiento y mantener buena postura por la presencia de crisis convulsivas y las lesiones que se detectaron en la lengua y manos

Se tomó placa de RX para identificar lugar la punta del catéter central, el cual se encontró a la entrada de la aurícula.

SU DIAGNÓSTICO MÉDICO.

- Crisis convulsivas
- Pos operatorio de alto riesgo
- Enfermedad hipertensiva aguda del embarazo
- Eclampsia
- A descartar síndrome de Hellp

TRATAMIENTO MÉDICO

- Solución mixta de 1000 ml+60mg dipiridamol a 125 ml x hra.
- Sol. Fisiológica 500 ml para P.V.C. y cargas
- Difenil Hidantoina 750 mg para dosis de impregnación en 1 hra.posteriormente 125 mg iv c/8 hs
- Alfametil dopa 500 mg c/8 vo hs.
- Hidralazima 50 mg vo c/6 hs.
- Nifedipina 10 mg SL en caso de T/A diastólica = ó mayor de 90 mmHg
- Dopamina 200 mg aforados en 245 ml de sol. Glucosada al 5% a 10 ml x hra.
- Cefalotina 1 gr iv c/8 hs.
- Dolac 1 amp IV c/8 hrs.

Los signos vitales que se registraron a su ingreso fueron de 140/100, FC 120, FR 26, Temp. 35°, P. V. C. de 4 cm H₂O.

Al finalizar el turno 130/90, FC 94, Fr 20, temp. De 36 y una P. V. C de 8 cm H₂O.

3.2 VALORACIÓN

En esta etapa se aplicó, el instrumento de valoración; tomando como referencia el modelo de Virginia Henderson, modificando algunos conceptos u omitiendo otros de acuerdo a la patología de la paciente.

Se anexa cuestionario que se aplicó a la paciente.

INSTRUMENTO DE ENFERMERÍA

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre RUTH MARTÍNEZ SALINAS

Edad 20 AÑOS Peso 70 APROXIMADAMENTE Talla 1.50 APROXIMADAMENTE

Fecha de Nacimiento 17 DE ABRIL DE 1980 Sexo FEMENINO

Ocupación HOGAR Procedencia TEJUPILCO, EDO. DE MEXICO

Fecha de Admisión 3-07-00 Hora 10:00

Fuente de Información ESPOSO Y OBSERVACIÓN
ENFERMERA-PACIENTE

Fiabilidad _____

Miembros de familia 3 Persona significativa ESPOSO

Antecedentes Heredofamiliares:

Padre de 50 años vivo con padecimiento de hipertensión arterial, madre de 45 años, viva aparentemente sana tiene 6 hermanos menores que ella

Antecedentes Personales: Patológicos:

Enfermedades propias de la infancia

Resumen Clínico:

Plan:

Jerarquización de necesidades:

Necesidades Humanas:

I. Necesidades básicas:

a) Oxigenación

Disnea debido a: BRONCOESPAMOS, CIANOSIS PERIBUCAL, TAQUICARDIA, ACUMULACION DE SECRECIONES

Registros de Signos vitales y características _____

FC 120 Regular _____ Irregular X

FR 26 Regular _____ Irregular X

T.A. 140/100 Izquierda _____ Sentado _____ Acostado X de pie _____

Derecha _____ Sentado _____ Acostado _____ de pie _____

Temp 35° Axilar X Oral _____ Rectal _____

Estado de Conciencia Consciente _____ Somnoliento X

Confuso X Inconciente _____

Coloración de Tegumentos Pálida X Cianótica X

Rosada _____ Ictericia _____

Frecuencia Respiratoria _____ Superficial X

Circulación del entorno venoso disminuido

b) Nutrición e Hidratación

Dieta Habitual (tipo) AYUNO Suplemento _____

Trastorno digestivo NINGUNO

Intolerancia alimentaria alergias NINGUNO

Problemas de masticación y deglución NO

Patrón de ejercicio NO

Turgencia de piel _____ flexible _____ firme _____ frágil X

Edema X área de presión EN BUEN ESTADO

Membranas mucosas hidratadas _____ secas X

Características de uñas RECORTADAS

Características del cabello DELGADO SUCIO

Funcionamiento Neuromuscular y esquelético:

Complexión robusta _____ Media X Delgada _____

Aspectos de Dientes y encías

Dientes normales X faltan piezas: sí _____ no X cuantas _____

Hay encías _____ normales X con placas blancas SANGRE

Lesiones SI otros _____

Heridas y tiempos de cicatrización

Herida MEDIA tiempo 30 MINUTOS

c) Eliminación

Hábitos intestinales frecuencia _____

Fecha de última evacuación _____

Usa de alguna ayuda para defecar Si _____ No _____

Problema de hemorroides NO

Hay dolor al defecar _____ tienen otros problemas al defecar _____

Patrón habitual urinario frecuencia SONDA FOLEY

Tipo _____ cantidad DISMINUIDA incontinencia _____ Nicturia _____

Tiene algún otro problema al orinar _____

Hay dolor o ardor al orinar _____

Palpación de vejiga urinaria _____

En la menstruación cantidad _____ dolor _____ tiempo 28X3

Abdomen globoso normal _____ resistente _____ blando X

Ruidos intestinales Si _____ No _____

Ruidos intestinales Si _____ No DISMINUIDOS POR CIRUGIA

d) Termoregulación

Adaptabilidad d a los cambios de temperatura

HIPOTERMIA

Temperatura ambiental que le es agradable a usted

Características de piel

Color pálida X cianótica X otros

Temperatura caliente fría X Turgencia normal

Edema No Si X - Descripción/localización GENERAL

Lesiones No Si X - Descripción/localización MANOS

Hematomas No Si - Descripción/localización

Hematomas No Si - Descripción/localización

Enrojecimiento No Si - Descripción/localización

Purito No Si - Descripción/localización

Transpiración

Usted suda Si No X

Olor Cantidad

II. Necesidades básicas de moverse y mantener buena postura

a) Moverse y mantener buena postura

Capacidad física cotidiana NINGUNA

Actividades en el tiempo libre NINGUNA

Hábitos de descanso NO TIENE

Hábitos de trabajo RUTINARIO DEL HOGAR

Capacidad muscular flexible/resistencia X

Postura POSTACTIL ayuda para la deambulaci3n NO

Dolor con movimiento Estado de conciencia SOMNOLIENTA

Estado emocional DEPRIMIDO

b) Descanso y sueño

Horarios de descanso NO horario de sueño 21-6 HRS

Hora de descanso NO Horas de sueño 9-10 HRS

Siesta NO Ayudas NO Padecimiento insomnio NO

Se siente cansado al levantarse SI

Estado mental: ansiedad /estrés / lenguaje: ANSIEDAD

Ojeras X atención _____ bostezos _____ concentración _____

Apatía _____ cefaleas X

Respuesta a estímulos SI

Otros: HIPERREFLEXIA OSTEOTENDINOSA

c) Usa de prendas de vestir adecuadas SI

¿Influye su estado de ánimo para la selección de prendas de vestir? NO SABE

Su autoestima es determinante en su modo de vestir NO SABE

Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría NO SABE

d) Necesidades de higiene y protección de la piel

Frecuencia de aseo CADA 3 A 4 DIAS

Momento preferido para el baño TARDE

Cuántas veces se lava los dientes al día 2

Aseo de manos antes y después de comer SI después de eliminar SI

Olor corporal SUDOR

Halitosis NO cuero cabelludo DELGADO SUCIO

e) Necesidades de evitar los peligros

Que miembros componen su familia de pertenencia _____

Conoce las medidas de prevención de accidentes NO

En el hogar NO en el trabajo NO
Cómo canaliza las situaciones de tensión en su vida NO SABE
Deformaciones congénitas NO
Condiciones del ambiente en su hogar _____

1. Necesidades básicas de comunicación

a) Necesidad de comunicarse

Estado civil CASADA años de relación 2 AÑOS vive con SUEGRA
Preocupaciones de estrés SI familiares 8
Otras personas que pueden ayudar PADRE Y MADRE
Rol en la estructura familiar _____
Cuanto tiempo pasa sola NINGUNA
Habla claro NO confusa SI
Dificultades en la visión X audición NORMAL

b) Necesidades de vivir sus creencias y valores

Creencias religiosas CATOLICA su creencia religiosa le genera conflictos personales NO principales valores en su familia VIDA
Principales valores personales _____

c) Necesidad de trabajar y realizarse

Trabaja actualmente X tipo de trabajo HOGAR
Cuanto tiempo le dedica al trabajo TODO EL DÍA riesgos NINGUNO
Está satisfecho con su trabajo NO SABE
Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o de la familia _____
Está satisfecho (a) con el rol familia juega NO SABE
Estado emocional /calmado /ansioso / enfadado / retraído / temeroso / irritable / inquieto / eufórico ANSIOSO, IRRITABLE, INQUIETO

d) Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre VER TELEVISION

Existen recursos en su comunidad para la recreación NO

e) Necesidad de aprendizaje

Nivel de educación PRIMARIA problemas de aprendizaje NO

Preferencias leer /escribir NO

Se analizaron las respuestas obtenidas de la paciente detectando las siguientes las necesidades:

1. **Oxigenación:** Por espasmo bronquial, cianosis peribucal, hipertensión y presencia de secreciones.
2. **Nutrición e Hidratación:** Presenta edema generalizado a la medición de P. V. C. de 4cm. Por laboratorio un hematocrito de 24 mg.
3. **Eliminación:** Se detectó oliguria, hemáturia, proteinuria edema generalizado, y concentración de orina P.V.C. de 4 cm.
4. **Moverse y mantener buena postura:** Se identificó movimientos incoordinados, lesión en manos y lengua.
5. **Descanso y sueño:** Por ansiedad stress, ojeras postura, expresión de irritabilidad, fatiga y dolor.
6. **Termorregulación:** Se detectó hipotermia por una temperatura -35° , piel fría, pálida, temblor, sensación incomoda de frío, taquicardia, piloerección.
7. **Comunicación:** por presentar desorientación, memoria, percepción del entorno y falta de comunicación verbal.

3.3. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Durante esta fase, los datos obtenidos fueron analizados, e interpretados detectando por cada necesidad un diagnóstico de enfermería, quedando de la siguiente manera:

NECESIDAD	DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA
1. Oxigenación	Trastorno de la oxigenación relacionado con el intercambio gaseoso, alterado por la función respiratoria a consecuencia de presentar crisis convulsivas tónico clónicas generalizadas manifestada por espasmo bronquial, cianosis peribucal, hipertensión y presencia de secreciones orofaríngeas.
2. Nutrición e Hidratación	Alteración en el déficit del aporte de líquidos, relacionando a la eclampsia, manifestada por el edema generalizado, síndrome anémico P.V.C. de 4 cm agua y flujos urinarios bajos.
3. Eliminación	Trastorno de la eliminación urinaria, relacionado con alteración de la perfusión tisular renal propia de la eclampsia manifestada por la presencia de oliguria, hematuria, albuminuria, proteinuria, edema, y orina concentrada.
4. Moverse y mantenerse buena postura	Alteración en el déficit de la movilidad física, relacionando con las crisis convulsivas por eclampsia manifestado por movimientos incoordinados, lesión en manos y lengua
5. Descanso y sueño	Trastorno en el descanso de la paciente relacionado con la alteración de la percepción auditiva y visual, manifestado por ansiedad, stress, ojeras, fatiga y dolor.
6. Termoregulación	Deterioro de la termoregulación relacionado con la alteración de la temperatura corporal manifestado, por la hipotermia de 35°, piel fría, pálida, temblor, sensación incómoda de frío, taquicardia, piloerección
7. Comunicación	Deterioro en el estado de conciencia relacionado por la presencia de la eclampsia, manifestada por la desorientación, memoria, percepción del entorno, falta de comunicación verbal.

3.4. PLANEACIÓN

En esta fase se desarrollaron estrategias para corregir las necesidades, identificadas en el diagnóstico de enfermería; se establecieron las prioridades jerarquizando cada una de ellas de la siguiente manera:

NECESIDAD DETECTADA	JERARQUIZACIÓN
1. Oxigenación	1. Oxigenación
2. Nutrición e hidratación	2. Nutrición e hidratación
3. Eliminación	3. Movimiento y mantener buena postura
4. Mantener buena postura	4. Eliminación
5. Descanso y sueño	5. Termoregulación
6. Termoregulación	6. Descanso y sueño
7. Comunicación	7. Comunicación

NECESIDAD.

1. OXIGENACIÓN:

Definición: Es el intercambio de oxígeno y bióxido de carbono entre la atmósfera y la sangre circulante.

El aire entra y sale del aparato respiratorio debido a la producción periódica intermitente de cambios de la presión en la cavidad intra pulmonar.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

Trastorno de la oxigenación relacionado con intercambio gaseoso, alterado por la función respiratoria a consecuencia de presentar crisis convulsivas, tónico, clónico generalizada.

OBJETIVO: Mantear vías aéreas permeables, evitar broncoespasmo y aspiración. Mejorar el funcionamiento respiratorio con suministro de O₂ y ventilación adecuada.

NECESIDAD

2. NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Definición: para conservar el equilibrio hídrico del organismo son esenciales los volúmenes suficientes de agua.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Alteración en el déficit de líquidos relacionado en la eclampsia, manifestado, por edema generalizado, P.V.C de 4 cm H₂O síndrome anémico y volumen de orina disminuido.

OBJETIVO: mantener una normovolemia adecuada en el paciente.

NECESIDAD:

3. MOVIMIENTO Y MANTENER BUENA POSTURA

Definición: el apartado neuromusculoesquelético, es un medio de locomoción, la postura correcta puede definirse como la relación atómica que se guarda entre sí las partes del cuerpo cuando esté se encuentra en diferentes posiciones.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Alteración en el déficit de la movilidad física relacionado con las crisis convulsivas por eclampsia manifestado por movimientos incoordinados, lesión en manos y lengua.

OBJETIVO: Evitar mayor lesión de la que presenta así como proporcionar un ambiente de seguridad.

Ayudar a la paciente a obtener conservar o recobrar la locomoción posible

NECESIDAD

4. ELIMINACIÓN:

Definición: para que el organismo funcione eficazmente, es necesario que se eliminen los residuos, y las sustancias tóxicas que se forman en el organismo.

DIAGNÓSTICO ENFERMERÍA

Trastorno de la eliminación urinaria, relacionado con la alteración de la perfusión tisular renal, propia de la eclampsia manifestada por la presencia de oliguria hematuria, albuminuria, proteinuria, edema y orina concentrada.

OBJETIVO: Ayudar a recuperar una eliminación adecuada de orina.

Conservar un mejor funcionamiento hepático y renal posible, proporcionar un aporte equilibrado de líquidos para mejorar la presión renal.

NECESIDAD.

5. TERMOREGULACIÓN.

Definición: existe una fluctuación de la temperatura corporal, dentro de la cual, las células funcionan eficazmente a la actividad enzimática.

La temperatura óptima de la actividad enzimática normal está dentro de los límites de la temperatura corporal, la cual fluctúa entre 36 y 38°C con un promedio de 37°C.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Deterioro de la termoregulación relacionado con alteración de la temperatura corporal, manifestada por la hipotermia 35° C piel fría, pálida temblor, sensación incómoda de frío, taquicardia, piloerección.

OBJETIVO: Ayudar a la paciente a conservar la o recuperar una temperatura corporal óptima.

NECESIDAD.

6. DESCANSO Y SUEÑO

Definición, las células del organismo necesitan periodos de descanso durante los cuales se pueden recuperar.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Trastorno en el descanso de la paciente relacionado con la alteración auditiva y visual, manifiesta por ansiedad, stress, ojeras, postura, expresión de irritabilidad, fatiga, dolor.

OBJETIVO: Proporcionar un ambiente que satisfaga sus necesidades de sueño y descanso.

NECESIDAD

7. COMUNICACIÓN.

Definición: La comunicación es un equilibrio psicológico que necesita el individuo para su expresión.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Deterioro en el estado de conciencia relacionado por la presencia de la eclampsia manifestado por la desorientación, memoria, percepción del entorno y falta de comunicación verbal

OBJETIVO: Proporcionar ayuda para ubicarla en espacio, lugar y tiempo.

3.5 EJECUCIÓN:

En esta etapa se describe el plan de cuidados, desarrollando intervenciones de enfermería su respectiva fundamentación o justificación científica así como su evaluación, la cual se realizó por cada necesidad detectada.

3.5.1 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Es el intercambio de oxígeno y bióxido de carbono entre la atmósfera y la sangre circulante. El aire entra y sale del aparato respiratorio debido a la presión en la cavidad intra pulmonar.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Trastorno de la oxigenación relacionado con intercambio gaseoso, alterado por la función respiratoria a consecuencia de presentar crisis convulsivas, tónico, clónico generalizada. Manifestado por espasmo bronquial, cianosis, hipertensión y peribucal, presencia de secreciones orofaríngeas.

OBJETIVO:

- Mantear vías aéreas permeables
- Evitar broncoespasmo y aspiración.
- Mejorar el funcionamiento respiratorio con suministro de O₂ y ventilación adecuada.

INTERVENCIONES	JUSTIFICACIÓN	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> Colocar puntas nasales con 3 lts O₂ X' continuo 	<p>La oxigenación adecuada, incrementa el intercambio gaseoso favorable, para la sangre. Todas las células del organismo requieren la administración continua y suficiente de O₂. Sin oxígeno un individuo solo vivirá unos minutos. Las células de la corteza cerebral pueden sufrir lesiones después de carecer de O₂, y por lo general habrán sufrido un daño</p>	<p>La paciente presenta adecuada saturación de O₂ y mejora la respiración del paciente, después de la aplicación de oxígeno.</p>

NORDMARK/ROHWDER "bases científicas de Enfermería" 2ª edición, Editorial Manual Moderno México S.A. de C.V. 1999. P.p. 86
Helen Kisek Hamilton "Enfermedades respiratorias" 1ª Edición, editorial Científica PLM S. A. De C.V. México 1985 P. 72

INTERVENCIONES	JUSTIFICACIÓN	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Aspiración de secreciones. Orofaringeas por razón necesaria. - Elevar la cabecera del paciente, encender aspirador. Preoxigena a la paciente antes de aspirar, - colocarse guantes estériles, mantener la mano dominante limpia y realizar aspiración suavemente hacer una rotación suave al catéter, lavar con solución fisiológica. - Repetir el procedimiento si es necesario. 	<p>Conservar permeables las vías aéreas para facilitar el intercambio gaseoso</p> <p>Extraer secreciones acumuladas utilizando una técnica estéril</p>	<p>Se observarán vías aéreas permeables, hay disminución de secreciones orofaríngeas</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Dar posición fowler o semifowler. 	<p>La posición afecta la distribución de la circulación pulmonar y la ventilación</p> <p>La posición fowler o semifowler favorece la eliminación de secreciones y facilita la respiración.</p>	<p>Mejora su ventilación pulmonar y saturación de O₂ 90%.</p>

GUTIÉRREZ LIARDI PEDRO "procedimientos en el Paciente Crítico 2ª edición, editorial Cuellar S. A. México 1996 pp. 259

INTERVENCIONES	JUSTIFICACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Vigilar datos de depresión respiratoria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambios de coloración de la piel • Movimientos respiratorios • Pulso rápido y filiforme: palpitaciones • Ruidos audibles a distancia • disnea 	<p>Los centros respiratorios son muy sensibles al aumento en la contracción de bióxido de carbono o de hidrógeno.</p> <p>La falta de oxígeno deprime los centros vitales del cerebro</p> <p>La cianosis es mas evidente en aquellos sitios en los que la piel es delgada y poco pigmentada labios y lechos ungueales.</p>	<p>La paciente presenta buena ventilación</p>
<p>Vigilar frecuencia respiratoria, cada hora y registrarla en hoja de enfermería.</p>	<p>La frecuencia respiratoria promedio para el adulto es de 12 a 16 respiraciones por minuto. La frecuencia respiratoria puede controlarse hasta cierto grado en forma voluntaria por mecanismos conscientes.</p> <p>La frecuencia y la amplitud se encuentran afectadas por las emociones y pueden ser rápidas y superficiales</p>	<p>La paciente se encuentra tranquila y con frecuencia respiratoria de 16 a 20 por minuto</p>

INTERVENCIONES	JUSTIFICACIÓN	EVALUACIÓN
	Dependiendo hasta cierto grado de la amplitud respiratoria, y una frecuencia menor de 8 respiraciones por minuto, puede ser insuficiente para proporcionar un suministro adecuado de oxígeno.	

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

NECESIDAD NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Para conservar el equilibrio hídrico del organismo son esenciales los volúmenes suficientes de agua.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Alteración el déficit del aporte líquido, relacionado a la eclampsia, manifestado por edema generalizado, P. V. C. de 4 cm H₂O, síndrome anémico y volumen de orina disminuido.

OBJETIVO: Mantener una normobolemia en la paciente.

INTERVENCIONES	JUSTIFICACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Instalación de catéter central y medir P. V. C. registrar y anotar cada hora o posterior a la administración de carga de solución.</p> <p>Tomar muestras de laboratorio y gasometría</p>	<p>Es una técnica en la cual una vena es puncionada transcutáneamente a través de una aguja rígida y establecer una vía de acceso a la circulación venosa central periferia.</p> <p>El principal componente de todos los organismos o virus están constituidos por agua, se encuentra localizada en el espacio intracelular.</p> <p>Los líquidos extracelulares son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Líquido interticial. - El plasma o líquido intravascular - Líquido cerebral espinal - Líquido gastrointestinal - Líquido en espacios virtuales 	<p>la paciente mantiene buena hidratación de mucosas.</p> <p>Al final del turno presenta una P. V. C. de 8 cm H₂O</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se mantiene con un balance positivo - Pero continua con flujos urinarios bajos.

INTERVENCIONES	JUSTIFICACION	EVALUACIÓN
<p>Administración De solución fisiológica para carga rápida en 2 horas y medir P. V. C. y registrar una hoja de enfermería</p>	<p>Existe un equilibrio entre la ingesta y pérdida de agua el cual se mantiene por medio de una serie de fuerzas que controlan la salida y entrada de agua entre los diferentes espacios</p>	<p>La paciente presenta P.V.C. 8 cm de agua</p>
<p>Administración de solución mixta 1000 ml + 60 mg de dipiridamol para cada 8 hrs 125 ml x hora. Vía intravenosa Dosis- 60 mg Horario Infusión continua Medicamento- correcto Paciente Ruth</p>	<p>Para conservar así una cantidad adecuada en cada uno de ellos. La cantidad de agua intra vascular e interticial puede variar hasta cierto punto; pero la cantidad de agua que se necesita dentro de las células siempre es la misma, ya que cualquier variación puede alterar el funcionamiento. Dipiridamol Es un vasodilatador, puede interferir en la función de las plaquetas, es recomendado en la profilaxis primaria de tromboembolias prolongar la vida de las plaquetas</p>	<p>La paciente mantiene una adecuada, normovolemia</p>

INTERVENCIONES	JUSTIFICACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Administración de sol. Gda. 5% 245ml + 200mg de Dopamina A 10 ml por hra. Y registrar hoja de enfermería</p>	<p>La dopamina ejerce un efecto inotropico positivo con dosis terapéuticas bajas o intermedias reduce la resistencia arterial regional en el mesenterio y riñón. Efecto sobre los vasos renales parece estar mediado por un receptor dopaminergico se soma a un aumento de filtración sanguínea renal y excreción de sodio.</p>	<p>La paciente aun continua</p>
<p>Vigilar permeabilidad de soluciones, cantidad, flujo y anotarlas.</p>	<p>Evitar que se extrayesen las soluciones y medicamentos para evitar flebitis o necrosis.</p>	<p>Solución permeable</p>

NORDMARK/ROHWDER "Bases científicas de Enfermería" 2ª edición, Editorial Manual Moderno México S.A. de C.V. 1999. P.p. 188-190
GOODMAN Gilman Alfred "Las bases Farmacológicas de la Terapeutica" 7ª Edición, Editorial Médica Panamericana, México 1990. P.1284, 168
GUTIÉRREZ Lizardi Pedro "Procedimientos en el Paciente Crítico 2ª edición, editorial Cuellar S. A. México 1996 P.P. 101

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

NECESIDAD MOVIMIENTO Y MANTENER BUENA POSTURA

El apartado de neuromusculoesquelético, es un medio de locomoción, la postura correcta puede definirse como la relación atómica que guarda entre sí las partes del cuerpo cuando este se encuentra en diferentes posiciones.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Alteración en el déficit de la movilidad física relacionado con las crisis convulsivas por eclampsia manifestado por movimientos incoordinados, lesión en manos y lengua.

OBJETIVO: Evitar mayor lesión de la que presenta, así como proporcionar un ambiente de seguridad

Ayudar al paciente a obtener, conservar o recobrar la locomoción posible

INTERVENCIONES	JUSTIFICACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Sujetar a la paciente durante las crisis convulsivas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitar que se golpee la cabeza • Colocar sabana en tórax contra la cama para evitar que se levante • Colocar sujeción en muñecas y tobillos y si es necesario en rodillas <p>Reducir los peligros del entorno</p>	<p>Los espasmos vasculares son repentinos involuntarios y enérgica</p> <p>El clono consiste en contracciones regulares, anatómicas de un músculo sujeto, estiramiento brusco y sostenido</p> <p>Una contracción muscular persistente se denomina espasmo muscular tónico clónico</p>	<p>Resultado satisfactorio al aplicar medias de seguridad para favorecer el bienestar de la paciente</p>
<p>Instalación de cánula de Guedel</p>	<p>Esta medida previene lesiones y mordedura de la lengua, así como la facilitación para la inducción de cánula para aspiración de secreciones</p>	<p>La paciente no presenta ninguna lesión en lengua</p>

NORDMARK/ROHWDER "bases científicas de Enfermería" 2ª edición, Editorial Manual Moderno México S.A. de C.V. 1999. P.p. 86

NECESIDAD ELIMINACIÓN

Para que el organismo funcione eficazmente, es necesario que se eliminen los residuos, y las sustancias tóxicas que se forman en el organismo.

DIAGNÓSTICO ENFERMERÍA

Trastorno de la eliminación urinaria, relacionado con la alteración de la perfusión tisular renal, propia de la eclampsia manifestada por la presencia de oliguria hematuria, albuminuria, proteinuria, edema y orina concentrada.

OBJETIVO:

- Ayudar a recuperar una eliminación adecuada de orina.
- Conservar un mejor funcionamiento hepático y renal posible,
- Proporcionar un aporte equilibrado de líquidos para mejorar la presión renal.

INTERVENCIONES	JUSTIFICACIÓN	EVALUACIÓN
Instalación de sonda Foley con técnica estéril <ul style="list-style-type: none">• Elegir calibre• Cuantificar orina cada hora y registrada en hoja de enfermería• Observar características de orina y anotar en hoja de enfermería• Hemoconcentrada y hemática	La importancia en la correcta ejecución de este procedimiento; es que éste procedimiento nos permitirá tener un parámetro de gran valor, para cuantificar, orina así como determinar y conocer característica, funcionamiento renal y estado hemodinámico de la paciente	La paciente presenta flujos urinarios disminuidos a pesar de administración de carga de solución

INTERVENCIONES	JUSTIFICACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Realizar bililabstix en orina por turno</p>	<p>Es un análisis para verificar valores P.H. (5.5.), (6.5) o identificar presencia de sustancias</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sangre (-) Hb (-) - Glucosa (-) - Proteína (-) - Cetonas (-) - Por medio de una tabla de referencia 	<p>La paciente presenta</p> <p>Glucosa (-)</p> <p>Sangre (+++)</p> <p>Proteínas (++++)</p> <p>P. H. (6.0)</p> <p>Cetonas (++)</p>
<p>Administración de carga de soluciones cristaloides coloides y hemoderivados</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sol. Fisiológica - Sol. Hemacel - Albumina - Plasma - Concentrados plaqueticos por razón necesaria, anotar cantidad y hora en hoja de enfermería. 	<p>La administración de líquidos y electrolitos se adecua a la condición del paciente y evolución. El objetivo primario es aumentar la presión de perfusión y por ende el gasto cardiaco, transporte de oxígeno, para que el consumo de oxígeno sea adecuado ya que existe la alteración en la permeabilidad vascular y por lo tanto no se utilizan adecuadamente ni la cantidad ni calidad de líquidos administrados.</p>	<p>La paciente se mantiene con flujos urinarios disminuidos y concentrados a pesar del aporte de líquidos</p>

INTERVENCIONES	JUSTIFICACIÓN	EVALUACIÓN
Administración de furosimide Vía-Intravenosa Dosis-40mg Horario- c/8 hrs. Paciente- Ruth Medicamento-Correcto	Solución inyectable de 20 mg <i>Indicaciones</i> - Diurético y antihipertensivo - Presencia de edema - Oliguria derivada de complicaciones gestosis - Medida coadyuvante en el edema cerebral por crisis hipertensiva <i>Contraindicaciones:</i> - Falla renal con anuria - Coma hepático - Hipocalcemia severa - Hipersensibilidad a furosemide Dosis: Administración inicial de 20 a 40 mg podrá aumentarse a razón 20 mg cada 2 hrs. Hasta que se alcance efecto deseado	

VADECUM "Guía básica de referencia de medicamentos" 44ª Edición, PLM, S. A. De C. V. México 1998. P.

INTERVENCIONES	JUSTIFICACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Preparar infusión de dopamina</p> <ul style="list-style-type: none"> - Una amp 200 mg en 245 cc de solución glucosada al 5% a 10 ml por hora - Vía-IV - Horario- Infusión continua - Paciente- Ruth - Medicamento- Correcto 	<p>La dopamina para reducir la resistencia arterial regional en el mesentero y el riñón, mientras produce aumentos menores en otros lechos vasculares. El efecto de la dopamina sobre vasos renales parece estar mediado por un receptor dopaminérgico específico. En dosis relativamente bajas, la infusión de dopamina se asocia a un aumento de filtración glomerular, circulación sanguínea renal y excreción de sodio.</p>	
<p>Medir P. V. C. Cada hora y anotar en hoja de enfermería</p>	<p>Es medición hemodinámica, está determinada por una interacción entre el volumen vascular, función ventricular derecha y se expresa en cm de H₂O sus niveles normales 5-12 cm H₂O.</p>	<p>La paciente presenta P. V. C. de 4 cm de agua</p>

GOODMAN GILMAN ALFRED "Las bases Farmacológicas de la Terapéutica" 7ª Edición, Editorial Médica Panamericana, México 1990. P.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

NECESIDAD TERMORREGULACIÓN

Existe una fluctuación de la temperatura corporal, dentro de la cual, las células funcionan eficazmente a la actividad elimática.

La temperatura óptima de la actividad enzimática normal está dentro de los límites de la temperatura corporal, la cual fluctúa entre 36 y 38°C con un promedio de 37°C.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Deterioro de la termoregulación relacionado con alteración de la temperatura corporal, manifestada por la hipotermia 35° C piel fría, pálida temblor, sensación incómoda de frío, taquicardia, piloerección.

OBJETIVO: Ayudar a la paciente a conservar la o recuperar una temperatura corporal óptima.

INTERVENCIONES	JUSTIFICACIÓN	EVALUACIÓN
Registro de la temperatura corporal cada hora y reportarla en hoja de enfermería	La hipotermia deprime todos los procesos metabólicos El hipotálamo regula la temperatura. La pérdida de calor disminuye por una vasoconstricción periférica intensa. Simultáneamente se producen escalofríos. También puede ocurrir hipotermia cuando se deprime el sistema nervioso central mediante medicamentos como barbitúricos.	La paciente se encuentra dentro del límites normales 36.8 grados al finalizar el turno

INTERVENCIONES	JUSTIFICACIÓN	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar calor • Colocar cobertor • Colocar lámpara de chicote a 50 cm de distancia en región abdominal y torácico • Evitar corriente de aire frío cerrando la ventana • Fricción de la piel con masaje 	<p>Se debe elevar gradualmente la temperatura corporal es un equilibrio entre el calor producido por los tejidos, y la pérdida de calor hacia el ambiente.</p> <p>El calor se distribuye en el cuerpo por medio de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Condición a través de los tejidos 2. Sangre circulante 	<p>La paciente se encuentra fresca y no presenta los escalofríos, han desaparecido</p>

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

NECESIDAD DESCANSO Y SUEÑO

Las células del organismo necesitan periodos de disminución durante los cuales se pueden recuperar.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Trastorno en el descanso de la paciente relacionado con la alteración auditiva y visual, manifiesta por ansiedad, stress, ojeras, postura, expresión de irritabilidad, fatiga, dolor.

OBJETIVO: Proporcionar un ambiente que satisfaga sus necesidades de sueño y descanso.

Favorecer un ambiente carente de estimulantes disminuyendo la luz, el ruido.

INTERVENCIONES	JUSTIFICACIÓN	EVALUACIÓN
Mantener la unidad de la paciente con un entorno tranquilo <ul style="list-style-type: none">• Evitar ruido• Estimularla lo menos posible• Evitar la luz directa	Cuando se reducen los estímulos que unen la corteza cerebral hasta el sistema activador reticular y lo deprimen lo suficiente, aparece el sueño. Durante el sueño el sistema se encuentra casi completamente inactivo. Un estímulo sensitivo suficientemente intenso normalmente puede provocar de inmediato el estado de alerta. Estos estímulos incluyen dolor, presión, estímulos auditivos y visuales y sensaciones viscerales	La paciente se encuentra tranquila bajo efecto de medicamentos

INTERVENCIONES	JUSTIFICACIÓN	EVALUACIÓN
Ministración medicamentos - Aplicación de defenilhidantonia - Diluido en 250ml de solución fisiológica para pasar en hra - Dosis 750 mg dosis de impregnación, posteriormente 125 mg - Vía-intravenosa - Horario- c/8 hrs - Paciente-Ruth - Medicamento-correcto.	Dosis de impregnación 750 mg. Mecanismos de acción anticonvulsivo Dosis debe ser individualizada para preever el maximo beneficio La administración en bolo debe ser administrada para evitar la irritación venosa debida a la alcalinidad venosa	
Ministrar aldomet Dosis- 500mg - Horario-c/8 hrs - Paciente-Ruth Medicamento-correcto.	Indicaciones: En hipertensión arterial (leve, modera o severa) Acción Interfiere en la neurotransmisión en nervios simpáticos periféricos causando depresión de noradrenalina Ejerce un efecto hipotensor dentro del SNC Dosis de 250 a 550 mg e veces al día Dosis máxima es de 3 gr.	

GOODMAN GILMAN ALFRED "Las bases Farmacológicas de la Terapeutica" 7ª Edición, Editorial Médica Panamericana, México 1990. P.

NORDMARK/ROHWDER "bases científicas de Enfermería" 2ª edición, Editorial Manual Moderno México S.A. de C.V. 1999. P.P. 86

CONCLUSIONES

La definición de Virginia Hendersón indica que la enfermera es una suministradora directa de asistencia al paciente, donde hallara una satisfactoria evolución y progreso del mismo desde la dependencia hasta la independencia donde la enfermera debe de poner todo su esfuerzo para comprender al individuo, cuando pierde la voluntad, el conocimiento o la fuerza; estableciendo sus catorce necesidades

Así al aplicar el proceso atención de enfermería permite la asignación de pacientes de una forma más apropiada, asegurando que los pacientes reciban una atención de calidad.

Con esto nos damos cuenta que la enfermera es un proceso de acción, reacción, interacción y transición mediante el cual ayudan al individuo en cualquier etapa de su vida sin distinguir grupo de edad, nivel socioeconómico, raza, origen y credo.

Por lo tanto el presente trabajo de proceso de atención de enfermería señala una relación bibliográfica enfocada a la investigación para apoyar la práctica laboral y así confirmar la experiencia en la habilidad, destreza y técnicas que se realizan diariamente, desarrollando un razonamiento lógico y sistemático que garantiza una atención profesional. Para ello se requiere impulsar el pensamiento reflexivo, ordenado y analítico que otorgan las mejores condiciones de actuar en la solución de problemas, partiendo de los principios básicos y fundamentales del que permita conocer al individuo familia, comunidad en relación a su salud lo cual sirve de base para planear, efectuar, y evaluar los cuidados de enfermería.

Se debe iniciar con una valoración que se encargue de recopilar datos a través de una entrevista, posteriormente identificar problemas y establecer un diagnóstico de enfermería apoyado en la clasificación de la NANDA (North, American, Nursing, Diagnostics, Association)

Así mismo se formula una serie de objetivos para el paciente como para continuar con una planeación de necesidades en orden de prioridad adaptándolo al modelo de Virginia Henderson; en la ejecución se realizan intervenciones que ayudan a satisfacer las necesidades del paciente, basándolas en la justificación científica, dando al final una evaluación de las mismas que permitan comparar si llegó al logro de los objetivos o existió diferencias.

La aplicación de este proceso de enfermería a una paciente con eclampsia donde se llevó a cabo las cinco etapas de proceso. Puede darme cuenta sobre su evolución, los cambios que fue presentando y al final del turno la mejoría que presentó en forma satisfactoria.

Por tal motivo se concluye que el proceso atención de enfermería es un ordenamiento lógico de actividades a realizar, por la enfermera para satisfacer las necesidades que se detectan en la evolución de la enfermedad, permitiéndonos llevarlas a cabo en forma satisfactoria, oportuna y adecuada. Para poder encaminar al paciente a su plena integración reincorporándolo a las actividades que solía realizar.

Al elaborar el presente trabajo se observó que el personal de enfermería no aplica el proceso atención de enfermería en forma escrita, al proporcionar la atención de las pacientes; y la causa por la cual no se aplica es por no contar con conocimientos teóricos actualizados sobre el proceso y la experiencia para realizarlo.

La relación enfermera-paciente, se dio en un ambiente hospitalario favoreciendo la confianza para desarrollar las intervenciones de enfermería y así lograr los objetivos en beneficio del paciente.

El modelo de Virginia Henderson, se enfoca al ser humano integral, tomando en cuenta los aspectos fisiológicos y sociales ella hace énfasis en la interrelación enfermera paciente que de una estrecha confianza y permite a la enfermera detectar las necesidades del paciente, realizar una planeación de ellas, jerarquizándolas para así poder realizar una serie de intervenciones de enfermería y al final de estas se evalúan si se lograron los objetivos establecidos.

También podemos concluir que el proceso atención de enfermería, no se puede llevar a cabo en la institución donde laboramos, por la falta de recursos humanos y exceso de trabajo, esto implicando un deterioro en la atención que se brinda a la paciente; y que sí se llevara a cabo se obtendría un costo beneficio en la estancia hospitalaria de estas; por la atención individualizada que se otorgaría al utilizar el proceso atención de enfermería para las pacientes.

Enfermería señala una relación bibliográfica enfocada a la investigación teórica; para apoyar la práctica laboral de la enfermería y así confirmar que se realizan diariamente desarrollando un razonamiento lógico y sistemático que garantiza una atención profesional.

Para ello se requiere impulsar el pensamiento reflexivo, ordenado y analítico que otorguen las mejoras condiciones de actuar en la solución problemas, partiendo de los principios básicos y fundamentales, hacer un análisis que permita conocer al individuo, familia y comunidad en relación a su salud. Lo cual sirve de base para planear efectuar y evaluar los cuidados de enfermería.

Se debe iniciar con una valoración que se encarga de recopilar datos a través de una entrevista, posteriormente identificar problemas que presenta el paciente para realizar y establecer un diagnóstico de enfermería apoyando en la clasificación de la NANDA. (North, American, Nursing, Diagnostics, Association)

De tal forma que el modelo de atención de enfermería en que nos basamos, nos enseñó como organizar, clasificar los datos, que obtuvimos al valorar a nuestra paciente; permitiéndonos la comprensión, el análisis de los datos y la interpretación de los mismos, para realizar un diagnóstico de acuerdo a las necesidades detectadas en la paciente.

Por último puedo señalar que elaborar este trabajo, me ayudó a actualizarme sobre el proceso atención de enfermería, todo el análisis que implica y que si se puede llevar a la práctica. Todo esto gracias a la asesoría que obtuve al realizar la investigación.

SUGERENCIAS

1. Promover para el personal de enfermería realice investigación bibliográfica y así conocer a fondo las diferentes patologías
2. Que en las instituciones se implante un curso de Proceso Atención de Enfermería como educación continua en servicio.
3. Motivar al personal operativo de enfermería se enseñe a realizar un Proceso de Atención de Enfermería.
4. Fomentar que las enfermeras desarrollemos Proceso Atención de Enfermería llevando a cabo las cinco etapas
5. Desarrollar una sistematización de trabajo en beneficio del paciente y ofrecer un servicio de calidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. ALFARO, Rosalinda "Aplicación del Proceso Aplicación de Enfermería", 2ª Edición, Editorial Mosloy-Doyma libros, España, 1995.
2. BRIONES Garduño Carlos. "Preclampsia Eclampsia" 1ª edición, editorial mexicana S. A se C. V. México 2000 P. 245.
3. BRUNNER Suddarth "Enfermería Médico-Quirúrgica" Vol. 1, 8ª Edición, Editorial Interamericana, España, 1999
4. CARPENITO Juall Lynda, "Diagnóstico de Enfermería", 5ª Edición, Editorial Interamericana, España, 1995.
5. CARPENITO, Juall Lynda "Diagnóstico de Enfermería y Problemas Asociados" 3ª Edición, Editorial Interamericana, España, 1993.
6. CARPENITO, Juall Lynda "Manual de Diagnóstico de Enfermería", 4ª Edición, Editorial Interamericana, España, 1992.
7. CARPENITO, Juall Lynda "Plan de Cuidados y Documentación de Enfermería", 2ª Edición, Editorial Interamericana, España, 1993.
8. Diccionario de Medicina Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra. Editorial Espasa Calpe S. A. Madrid 1999.
9. Diccionario Médico. 3ª. Edición, Editorial Salvat Editores, España, 1990.
10. DICLONA A. Nancy, etal, "Enfermería Maternal, 3ª Edición, Editorial Interamericana, España, 1986.
11. ENEO, UNAM, "Antología Proceso Atención de Enfermería", México, 1996.

12. ENEO, UNAM, "Antología Teoría y Modelos", México, 1996.
13. GOODMAN Gilman Alfred "Las bases Farmacológicas de la Terapéutica" 7ª Edición, Editorial Médica Panamericana, México 1990. P. 1725
14. GUTIÉRREZ Lizardi Pedro "Procedimientos en el Paciente Crítico 2ª edición, editorial Cuellar S. A. México 1996 P..P. 259
15. HELEN Kisek Hamilton "Enfermedades Respiratorias" 1ª Edición, editorial Científica PLM S. A. De C.V. México
16. HELEN Klusek Hamilton " Enfermedades Neurológicas 1ª edición, editorial Científica PLM S. A. de C. V. México, 1985. P. 191
17. HELEN Klusek Hamilton " Enfermedades Neurológicas 1ª edición, editorial Científica PLM S. A. de C. V. México, 1985. P. 192
18. IYER, W. Patricia, etal "Proceso y diagnóstico de Enfermería", 2ª Edición, Editorial Interamericana, España 1993.
19. LILIANA Susana Voto y Miguel Margulies. 1ª Edición, Editorial el Ateneo, Buenos Aires, 1997.
20. MANUAL de Merck. "Diagnóstico y Terapéutica". Novena Edición. Editorial Española, Mosby/Doyma libros. 1994.
21. MARIER Tomey Ann, etal, "Modelo y Teorías de Enfermería, 4ª Edición, Editorial Hancourt Bruce, España, 1999.
22. MONDRAGÓN Castro Héctor "Obstetricia Básica Ilustrada", 2ª Edición, Editorial Trillas, México, 1992.

GLOSARIO

Diagnóstico.

Examinar y clasificar fragmentos de información para determinar donde puede situarse en la "imagen completa".

Intervención de enfermería.

Acción realizada por una enfermera para prevenir la enfermedad (o sus complicaciones) y para promover, mantener y recuperar la salud, o para ayudar al paciente terminal o lograr una muerte pacífica.

Proceso de enfermería.

Método sistemático y organizado para administrar los cuidados de enfermería, centrándose en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a alteraciones de salud reales o potenciales.

Base de datos.

Información que describe el estado de un problema antes de iniciar el tratamiento.

Recogida de datos.

Reunir información sobre el paciente.

Bienestar.

Estado de óptimo funcionamiento biopsicosocial.

Diagnóstico de enfermería.

Problema de real o potencial que se centra en la respuesta holística humana de un individuo o grupo y que las enfermeras son responsables de identificar y tratar independientemente.

NANDA.

North, American, Nursing, Diagnostics, Association.

Signo.

Manifestación objetiva de un problema de salud.

Síntoma.

Manifestación subjetiva de un problema de salud.

Plan de cuidados de enfermería.

Un plan escrito de cuidados de enfermería que describe los diagnósticos de enfermería y resultados esperados, órdenes de enfermería y evolución del paciente.

Real.

Existe en el momento actual; existe en realidad.

Potencial.

Puede aparecer, pero aún no lo ha hecho; posible.

Disminuido.

Más pequeño, menor, disminuido, de menor tamaño, cantidad o grado.

Deterioro.

Empeoramiento, debilitamiento; lesión, reducción.

Alterado.

Agitado, interrumpido, interferido con.

Agudo.

Severo pero de corta duración.

Cianosis.

Coloración azulada de la piel y las mucosas debido a una mayor proporción de sangre reducida. Las causas más frecuentes son las respiratorias y circulatorias, que ocasionan una oxigenación insuficiente de la sangre a nivel alveolar.

Clónico.

Relativo al aumento de actividad, refleja debido a lesiones de la vía córtico espinal se utiliza para referirse a la exageración de hiperactividad de un reflejo osteotendinoso.

Edema.

Aumento patológico del líquido interticial produce hinchazón localizada o difusa , resultante del acúmulo del componente extravascular del líquido extracelular en un determinado órgano o tejido, suele ser aumento de la presión hidrostática capilar..

Crisis.

Episodio de inicio y final paraxístico que se puede acompañar de convulsión debido a una descarga eléctrica anormal del sistema nervioso centra.

Confusión.

Alteración de la conciencia que se caracteriza por la pérdida del sentido de la realidad, trastorno de la percepción, desorientación tanto espacial, como temporal con identificación de uno mismo y de las personas.

Convulsión.

Contracción aislada y mantenida o serie brusca, violenta e involuntaria de contracciones de un grupo de músculos o de la totalidad de los músculos del cuerpo.

Tónico.

Que mantiene o es de larga duración. El término se utiliza para referirse habitualmente a respuestas fisiológicas, reflejas o voluntaria de duración prolongada

P.V.C.

Presión venosa central.

ANEXOS

INSTRUMENTO DE ENFERMERÍA

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre _____

Edad _____ Peso _____ Talla _____

Fecha de Nacimiento _____ Sexo _____

Ocupación _____ Procedencia _____

Fecha de Admisión _____ Hora _____

Fuente de Información _____

Fiabilidad _____

Miembros de familia _____ Persona significativa _____

Antecedentes Heredofamiliares:

Antecedentes Personales:

Antecedentes Personales no patológicos:

Antecedentes Ginecobstétricos:

Resumen Clínico:

Plan:

Jerarquización de necesidades:

Necesidades Humanas:

I. Necesidades básicas:

a) Oxigenación

Disnea debido a _____

Registros de Signos vitales y características _____

FC Regular _____ Irregular _____

FR Regular _____ Irregular _____

T.A. Izquierda _____ Sentado _____ Acostado _____ de pie _____

Derecha _____ Sentado _____ Acostado _____ de pie _____

Temp Axilar _____ Oral _____ Rectal _____

Estado de Conciencia Consciente _____ Somnoliento _____

Confuso _____ Inconciente _____

Coloración de Tegumentos Pálida _____ Cianótica _____

Rosada _____ Ictericia _____

Frecuencia Respiratoria Normal _____ Superficial _____

Circulación del retorno venoso _____

b) Nutrición e Hidratación

Dieta Habitual (tipo) _____ Suplemento _____

Trastorno digestivo _____

Intolerancia alimentaria alergias _____

Problemas de masticación y deglución _____

Patrón de ejercicio _____

Turgencia de piel _____ flexible _____ firme _____ frágil _____

Edema _____ área de presión _____

Membranas mucosas hidratadas _____ secas _____

Características de uñas _____

Características del cabello _____

Funcionamiento Neuromuscular y esquelético:

· Compleción robusta _____ Media _____ Delgada _____

Aspectos de Dientes y encías

Dientes normales _____ faltan piezas: sí _____ no _____ cuantas _____

Hay encías _____ normales _____ con placas blancas _____

Lesiones _____ otros _____

Heridas y tiempos de cicatrización

Herida _____ tiempo _____

c) eliminación

Hábitos intestinales frecuencia _____

Fecha de última evacuación _____

Usa de alguna ayuda para defecar Si _____ No _____

Problema de hemorroides _____

Hay dolor al defecar _____ tienen otros problemas al defecar _____

Patrón habitual urinario frecuencia _____

Tipo _____ cantidad _____ incontinencia _____ Nicturia _____

Tiene algún otro problema al orinar _____

Hay dolor o ardor al orinar _____

Palpación de vejiga urinaria _____

En la menstruación cantidad _____ dolor _____ tiempo _____

Abdomen globoso normal _____ resistente _____ blando _____

Ruidos intestinales Si _____ No _____

Ruidos intestinales Si _____ No _____

d) Termorregulación

Adaptabilidad d a los cambios de temperatura

Temperatura ambiental que le es agradable a usted

Características de piel

Color _____ pálida _____ cianótica _____ otros _____

Temperatura caliente _____ fría _____ Turgencia _____ normal _____

Edema No _____ Si _____ - Descripción/localización _____

Lesiones No _____ Si _____ - Descripción/localización _____

Hematomas No _____ Si _____ - Descripción/localización _____

Hematomas No _____ Si _____ - Descripción/localización _____

Enrojecimiento No _____ Si _____ - Descripción/localización _____

Prurito No _____ Si _____ - Descripción/localización _____

Transpiración

Usted suda Si _____ No _____

Olor _____ Cantidad _____

I. Necesidades básicas de moverse y mantener buena postura

a) Moverse y mantener buena postura

Capacidad física cotidiana _____

Actividades en el tiempo libre _____

Hábitos de descanso _____

Hábitos de trabajo _____

Capacidad muscular flexible/resistencia _____

Postura _____ ayuda para la deambulación _____

Dolor con movimiento _____ Estado de conciencia _____

Estado emocional _____

b) Descanso y sueño

Horarios de descanso _____ horario de sueño _____

Hora de descanso _____ Horas de sueño _____

Siesta _____ Ayudas _____ Padecimiento insomnio _____

Se siente cansado al levantarse _____

Estado mental: ansiedad /estrés / lenguaje: _____

Ojeras _____ atención _____ bostezos _____ concentración _____

Apatía _____ cefaleas _____

Respuesta a estímulos _____

Otros _____

c) Usa de prendas de vestir adecuadas

¿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 _____

d) Necesidades de higiene y protección de la piel

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 _____

Olor corporal _____

Halitosis _____ cuero cabelludo _____

e) Necesidades de evitar los peligros

Que miembros componen su familia de pertenencia _____

Conoce las medidas de prevención de accidentes _____

En el hogar _____ en el trabajo _____

Cómo canaliza las situaciones de tensión en su vida _____

Existen recursos en su comunidad para la recreación _____

e) Necesidad de aprendizaje

Nivel de educación _____ problemas de aprendizaje _____

Preferencias leer /escribir _____

ESQUEMA DE PLAN DE CUIDADOS

NECESIDAD

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

OBJETIVO

INTERVENCIONES	JUSTIFICACIÓN	EVALUACIÓN

Deformaciones congénitas _____
Condiciones del ambiente en su hogar _____

1. Necesidades básicas de comunicación

a) Necesidad de comunicarse

Estado civil _____ años de relación _____ vive con _____

Preocupaciones de estrés _____ familiares _____

Otras personas que pueden ayudar _____

Rol en la estructura familiar _____

Cuanto tiempo pasa sola _____

Habla claro _____ confusa _____

Dificultades en la visión _____ audición _____

b) Necesidades de vivir sus creencias y valores

Creencias religiosas _____ su creencia religiosa le genera conflictos
personales _____ principales valores en su familia _____

Principales valores personales _____

c) Necesidad de trabajar y realizarse

Trabaja actualmente _____ tipo de trabajo _____

Cuanto tiempo le dedica al trabajo _____ riesgos _____

Está satisfecho con su trabajo _____

Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o de la familia _____

Está satisfecho (a) con el rol familia juega _____

Estado emocional /calmado /ansioso / enfadado / retraído / temeroso / irritable /
inuquito / eufórico _____

d) Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre _____