

75

# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

"APLICADO A UNA PACIENTE CON ALTERACIÓN EN EL  
MANTENIMIENTO DE LA SALUD ASOCIADO A  
HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO"

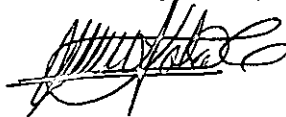
Que para obtener el Título de:

**Licenciada en Enfermería y Obstetricia**

Presenta:

**Olga Rocío Flores Chávez**

Director de Trabajo Recepcional:



Lic. Magdalena Mata Cortés.



Escuela Nacional de  
Enfermería y Obstetricia  
Coordinación de  
Servicio Social

México, D.F.

Septiembre del 2000.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

**ESCUELA DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

**"APLICADO A UNA PACIENTE CON ALTERACIÓN EN EL  
MANTENIMIENTO DE LA SALUD ASOCIADO A  
HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO"**

Que para obtener el Título de:

**Licenciada en Enfermería y Obstetricia**

Presenta:

**Olga Rocío Flores Chávez**

No. Cuenta: 0-9761041-8

Director de Trabajo Recepcional:

Lic. Magdalena Mata Cortés.

Septiembre del 2000.

## ÍNDICE

Pág.

### INTRODUCCIÓN

### JUSTIFICACIÓN

### OBJETIVOS

<b>I.- MARCO TEÓRICO.</b>	<b>1</b>
1.1. Concepto de enfermería.	1
1.2. Concepto de Proceso Atención Enfermería.	2
1.3. Etapas del Proceso Atención Enfermería.	4
1.3.1. Valoración.	4
1.3.2. Diagnóstico.	10
1.3.3. Planeación.	14
1.3.4. Ejecución.	19
1.3.5. Evaluación.	21
1.4. Generalidades del Modelo de Virginia Henderson.	24
1.5. Hipertensión inducida por el embarazo.	30
1.5.1. Concepto.	30
1.5.2. Clasificación.	30
1.5.3. Cambios fisiológicos del embarazo.	31
1.5.4. Factores predisponentes.	33
1.5.5. Fisiopatología.	34
1.5.6. Cuadro clínico y diagnóstico.	36
1.5.7. Tratamiento.	37
1.5.8. Complicaciones.	42

<b>II.- METODOLOGÍA.</b>	<b>44</b>
--------------------------	-----------

### **III.- APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA.**

3.1. Presentación del caso clínico.	45
3.2. Valoración de enfermería.	46
3.3. Diagnóstico de enfermería.	53
3.4. Plan de Cuidados de Enfermería.	56
3.5. Ejecución del Plan de Cuidados.	57
3.6. Evaluación del Plan de Cuidados.	67

<b>IV.- CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.</b>	<b>68</b>
---	-----------

<b>GLOSARIO.</b>	<b>70</b>
------------------	-----------

### **BIBLIOGRAFÍA.**

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a mis **hermanos** especialmente a **Mari y a mis Papás** el haberme apoyado en la realización de mi Licenciatura, por haberme cuidado a mi gran tesoro mi hijo **Félix Eduardo**.

A mi **Asesora la Maestra Magdalena Mata** por tener la paciencia y el tiempo necesario para conmigo.

Doy gracias a **Dios** por permitir que mi sueño se hiciera realidad.

**¡Gracias!**

## JUSTIFICACIÓN

### DE ACUERDO CON LO OBSERVADO:

El siguiente Proceso Atención Enfermería se realizó con la finalidad de mejorar la atención a la mujer embarazada, concientizarla para acudir a un control prenatal y evitar complicaciones como lo es la hipertensión inducida por el embarazo, al mismo tiempo, se brinde la posibilidad de ampliar y profundizar los conocimientos en un tema de interés, se propone mostrar que la salud es lo más importante y que no es un hecho pasivo sino un estado que exige conocimientos, atenciones y cuidados para el bien de la salud en general.

Siguiendo el modelo de Virginia Henderson, la enfermera asistirá al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o su recuperación, así mismo para alcanzar su independencia.

## **OBJETIVO GENERAL**

Elaborar un Proceso Atención de Enfermería encaminado a identificar y jerarquizar las necesidades detectadas y satisfacerlas con oportunidad, a través de una valoración real de enfermería, brindándole una atención de calidad a la usuaria que nos permita coadyuvar en la limitación del daño, el restablecimiento de la salud y la reincorporación a su entorno, fundamentado en los lineamientos propuestos por Virginia Henderson y su modelo de atención, basado en la satisfacción de las catorce necesidades, también utilizando la taxonomía de la NANDA.



## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Aplicar cada una de las etapas del Proceso Atención de Enfermería y desarrollarias en forma correcta.
  
- Jerarquizar las necesidades detectadas de acuerdo a su importancia y formular los objetivos que nos permita la satisfacción de las mismas.
  
- Llevar a cabo una evaluación de los resultados que nos permita observar con claridad los objetivos alcanzados.
  
- Brindar una atención de enfermería oportuna, mediante la aplicación del Proceso Atención de Enfermería.

## I.- MARCO TEÓRICO

### 1.1. ENFERMERÍA.

#### **Definición.**

De acuerdo a Virginia Henderson (1966) define a la enfermería como: ayudar a las personas sanas o enfermas en la realización de actividades que contribuyen a la salud o recuperación (o una muerte tranquila) y puedan efectuarlas sin ayuda si tuvieran la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Además, hacerlo de manera que se les ayude a recuperar su independencia con la mayor rapidez posible.

En 1980, la American Nurses Association (A.N.A.) desarrolló una definición vigente que describe los alcances de esta actividad:

"La Enfermería es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud reales o potenciales".<sup>1</sup>

Cuidar puede ser una actividad sencilla hecha por cualquiera, pero, cuando por la disminución o incapacidad del individuo o por la complejidad de las acciones que implica la actividad de cuidador se precisa la intervención de un experto, a esta intervención se le llama enfermería, es decir, la enfermería es la profesionalización de la actividad de cuidar, de la misma forma que la medicina es la profesionalización de la actividad de curar.

---

<sup>1</sup> Ellen Murray, Mary, Ph. D. RN., Leslie D. At Kinson, R. N. M. S. N. "Proceso de Atención de Enfermería". 5ª Edición. Ed. Interamericana. P. 1

La enfermería se ocupa esencialmente de ayudar a los individuos y a grupos a acrecentar al máximo su funcionamiento en estados de salud diversos. La enfermería se desarrolla a través de cuatro campos de actuación:

1. Asistencia.
2. Enseñanza.
3. Administración; e
4. Investigación.<sup>2</sup>

## 1.2. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado para brindar cuidados eficaces y eficientes orientado al logro de objetivos.<sup>3</sup>

Es un sistema de planeación en ejecución de cuidados de enfermería basado en el método científico considerado un modelo conceptual que proporciona bases para la investigación, prevención, mantenimiento, promoción y la restauración de la salud del individuo, familia y comunidad, en el cual se sustenta la enfermería profesional.

---

<sup>2</sup> Kozier, ERB. "Enfermería Fundamental; Conceptos, Procesos y Práctica"  
Tomo I. 4ª Edición.

Ed. Interamericana Mc. Graw - Hill, 1995 España.

<sup>3</sup> Alfaro - Le Fevre Rosalinda " Aplicación del Proceso Atención de Enfermería" Guía Práctica. Edit. Mosby, Barcelona España 1992. Pág. 3

## **¿POR QUÉ ES IMPORTANTE EL PROCESO DE ENFERMERÍA?**

Las enfermeras, como todos los prestadores de servicios de salud, son sensibles a las demandas de un servicio de calidad por parte del consumidor, continuamente están buscando formas de mejorar su práctica y la satisfacción de los pacientes que atienden.

Para sobrevivir a los desafíos competitivos, la enfermería debe continuar proporcionando un servicio de calidad que sea valorado por los pacientes. El proceso de enfermería constituye un instrumento para que la enfermera evalúe continuamente el cuidado que presta y lo mejore.

El proceso de enfermería consta de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, implementación o ejecución y evaluación. Estos pasos están relacionados entre sí, son cíclicos y están contruidos unos sobre otros.

La exactitud de cada paso es crucial para asegurar que el cliente reciba el máximo de beneficio de los cuidados de enfermería.

### **OBJETIVOS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.**

Su objetivo es identificar el estado de salud de un cliente y los problemas relativos al cuidado de la salud reales o potenciales, para establecer planes que satisfagan las necesidades identificadas y para proporcionar intervenciones de enfermería específicas para resolver esas necesidades.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Koziel, G. Erb. K. Blais, J. R. Johnson J. S. Temple. "Técnicas en Enfermería Clínica". 4ª Edición Vol. I Ed. Mc. Graw – Hill Interamericana. P. 18

## **CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA:**

- El sistema es abierto, flexible y dinámico.
- Individualiza las necesidades particulares de cada cliente.
- Está planificado.
- Se dirige a objetivos concretos.
- Es flexible para satisfacer las necesidades exclusivas del cliente, su familia y el entorno.
- Permite a la enfermera y al cliente ser creativos en el diseño de métodos para resolver los problemas de salud enunciado.
- Es interpersonal. Exige que la enfermera se comuniquen de forma directa y coherente con los clientes para satisfacer sus necesidades.
- Es cíclico como todas las etapas interrelacionadas, no hay un principio ni un fin absolutos.
- Hace hincapié en la retroalimentación, que conduce o a la confirmación del problema o a la revisión del plan de cuidados.
- Puede aplicarse de forma "universal", el proceso de enfermería se emplea como marco para los cuidados de enfermería en todo tipo de contexto de atención sanitaria, con clientes de todos los grupos de edad.<sup>5</sup>

## **1.3. ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA.**

### **1.3.1.- VALORACIÓN.**

La valoración es el primer paso del proceso de cuidados y de mayor importancia en la recolección de datos y que consiste en reunir toda la información disponible que permitan formarse una idea clara del

---

<sup>5</sup> Op Cit Kozier Pág. 18

estado de salud del paciente, se identifican los problemas y sus capacidades.

Todas las decisiones e intervenciones de la enfermera, se basan en la información reunida en esta fase y se considera muy importante porque se realizan actitudes específicas que contribuyen a ser una pensadora crítica y al encontrar la información necesaria para comprender los problemas y tomar decisiones sobre el plan de cuidados.<sup>6</sup>

## **RECOLECCIÓN DE DATOS.**

La recolección de datos empieza cuando alguien entra en contacto con el sistema de cuidados de la salud y continua durante el tiempo en que necesita esos cuidados.

La información recopilada proporciona la base para determinar el estado actual de salud y establece un plan inicial de cuidados.

La información recopilada en las visitas posteriores no solo aportará datos sobre la situación de salud sino también sobre cómo responde el usuario al plan de cuidados, para esto implica la utilización de muchos recursos diferentes; no obstante, se debe considerar al paciente como la principal fuente de información, el resto de la información se obtendrá de los registros médicos y de enfermería, la familia y otros<sup>7</sup> profesionales que hayan trabajado y la bibliografía relevante para elaborar una historia clínica y un

---

<sup>6</sup> Ibidem. Alfaro. Pág. 36

<sup>7</sup> O. P. Cit. Alfaro Pág. 37

diagnóstico de enfermería, para conocer los problemas que aquejan al paciente.

Desde la utilización de este instrumento, la recolección de datos se convierte en un "proceso continuo" de recopilación de información.

En efecto, durante el desempeño de su trabajo, la enfermera siempre debe de observar, cuestionar, consultar y recopilar datos propios de cada uno de los pacientes.

El profesional de enfermería posee tres medios principales para la recopilación de información: fuentes secundarias de información y las fuentes primarias como la observación, la entrevista y la exploración física.<sup>8</sup>

## **LA OBSERVACIÓN.**

La observación es una habilidad de enfermería de alto nivel que requiere mucha práctica. Las habilidades de observar y recordar son difíciles de adquirir y sin embargo esta habilidad de realizar una constante observación es esencial para la valoración, a medida que la enfermera adquiere habilidad en proporcionar cuidados físicos, inician su atención a la persona y comienzan a recolectar datos por observación.<sup>9</sup>

La observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente como de

---

<sup>8</sup> O. P. Cit. Alfaro Pág. 37

<sup>9</sup> Ibidem. Ellen. Murray. Pág. 28.

cualquier otra fuente significativa y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina, los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.<sup>10</sup>

## **ENTREVISTA.**

Es una comunicación planificada o una conversación con una finalidad.

Algunos de sus posibles objetivos son: recoger datos, dar información, identificar problemas o preocupaciones mutuas, evaluar cambios, educar, proporcionar apoyo y aconsejar o realizar una terapia.

La entrevista, puede ser vista como un proceso que se aplica en la mayoría de las fases del proceso de enfermería.

La entrevista puede aplicarse en la mayor parte de las fases del proceso de enfermería.

Un tipo de entrevista es la historia de salud de enfermería, que es la herramienta básica de la recolección de datos durante la fase de valoración del proceso de enfermería.

---

<sup>10</sup> [htt://IW.W.W.terra.es/personal/duenas/pae/htm](http://IW.W.W.terra.es/personal/duenas/pae/htm).



Existen dos planteamientos de la entrevista dirigible y no dirigible.<sup>11</sup>

#### **TIPOS DE ENTREVISTA.**

- **ENTREVISTA DIRECTA.-** Es aquella que está bien estructurada y se obtiene información específica de fuente primaria porque se aplica directamente a la persona.
- **ENTREVISTA INDIRECTA.-** Es aquella en la cual se obtiene información de fuente secundaria como la familia y el expediente.

#### **TIPOS DE PREGUNTAS.**

- **PREGUNTAS CERRADAS.-** Son aquellas que sólo tienen como respuesta un si o un no.
- **PREGUNTAS ABIERTAS.-** Son aquellas en que el individuo puede expresarse sobre lo que le están preguntando.<sup>12</sup>

#### **HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA.**

**EXAMEN FÍSICO.-** El examen incluye aspectos físicos, biológicos y sociales. La enfermera lo lleva a cabo para recoger datos sobre el estado de salud del cliente.

Puede centrarse en un problema específico, como en la incapacidad para orinar, o ser general, considerando al individuo como un todo.

---

<sup>11</sup> Ibidem. Kozier. Pág. 194

<sup>12</sup> Ibidem. Kozier. Pág. 21

Debe ser sistemático. Un enfoque habitual es el examen cefalocaudal, comienza por la cabeza y termina por los dedos de los pies. El objetivo es identificar las capacidades individuales tanto fisiológicas como psicológicas, en contrario con el médico que lo orientará hacia la enfermedad.<sup>13</sup>

### **LOS MÉTODOS DE EXPLORACIÓN FÍSICA SON:**

**INSPECCIÓN.-** Método de exploración física que se efectúa por medio de la vista. Mediante esta técnica es posible valorar dureza, tamaño, textura, inflamación y la movilidad de un órgano.

**PALPACIÓN.-** La palpación es el proceso de examinar al cuerpo utilizando el sentido del tacto, para detectar presencia o ausencia de masas, dolor, temperatura, tono muscular y movimiento.

**PERCUSIÓN.-** La percusión consiste en golpear suavemente con la mano o instrumento cualquier segmento del cuerpo. Esta técnica nos permite producir movimientos, dolor y obtener sonidos para determinar la posición, tamaño y densidad de una estructura subyacente y determinar la cantidad de aire o material sólido de un órgano.

**AUSCULTACIÓN.-** Se efectúa por medio del oído, nos permite valorar ruidos o sonidos producidos en los órganos.<sup>14</sup>

---

<sup>13</sup> Phaneuf, Margot "Cuidados de Enfermería. – El Proceso Atención de Enfermería". T. R. Carlos Ma. López González y Julia López Ruiz. Ed. Mc Graw – Hill – Interamericana. Madrid 1993. P. 59

<sup>14</sup> Rosales Banera Susana y Eva Reyes Gómez. "Fundamentos de Enfermería".

### **1.3.2.- DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.**

El diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud, procesos vitales, reales o potenciales.

El diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de actuaciones de enfermería que consigan los resultados de los que es responsable la enfermera.<sup>15</sup>

Los tipos de diagnóstico aprobados de acuerdo a la taxonomía de la NANDA son:

- a). Reales.
- b). De alto riesgo.
- c). Posibles.
- d). Bienestar o de síndrome.

### **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA REAL.**

Un diagnóstico de enfermería real representa un estado que ha sido clínicamente válido mediante características que lo definen, signos y síntomas principales.

Este tipo de diagnóstico tiene 4 componentes:

- 1. Enunciado
- 2. Definición
- 3. Características que lo definen.
- 4. Factores relacionados.

---

<sup>15</sup> Carpenito Lynda. "Manual de Diagnóstico de Enfermería". 5ª Edición. Ed. Interamericana, Madrid España 1997.

## **ENUNCIADO.**

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

La definición debe ser conceptual y coherente con el enunciado y las características que lo definen.

## **CARACTERÍSTICAS QUE LO DEFINEN.**

Las características que definen a un diagnóstico real de enfermería son los datos clínicos (signos subjetivos y objetivos, o síntomas que en conjunto, apuntan a ese diagnóstico), principales y secundarios.

## **FACTORES RELACIONADOS.**

En los diagnósticos de enfermería reales, los factores relacionados son factores etiológicos y otros factores concurrentes que han influido en el cambio del estado de salud. Dichos factores pueden agruparse en cuatro categorías:

Fisiológicas (biológicas o psicológicas) relacionados con el tratamiento de situación; (ambientales o personales) y de maduración.

## **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA DE ALTO RIESGO.**

Según lo definió la NANDA un diagnóstico es un juicio clínico de que un individuo, una familia o una comunidad, son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación similar o igual.

En el pasado todos los diagnósticos de enfermería potenciales, comenzaron con la frase potencial de actualmente todos los diagnósticos de enfermería potenciales comienzan por alto riesgo.

### **ENUNCIADO.**

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

### **DEFINICIÓN.**

Como un diagnóstico de enfermería real es un diagnóstico de enfermería de alto riesgo, la definición expresa un significado claro y conciso del diagnóstico.

Esta debe ser conceptual y coherente con la denominación de los factores de riesgo, para permitir diferencia entre diagnósticos similares.

## **FACTORES DE RIESGO.**

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

## **FACTORES RELACIONADOS.**

Son los mismos factores de riesgo previamente explicados.

## **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA POSIBLES.**

Los diagnósticos de enfermería posibles son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales.

La palabra posible se utiliza en muchos diagnósticos de enfermería para describir problemas que pueden existir pero que requieren datos adicionales para ser confirmados o descartados.

Los diagnósticos de enfermería posibles son enunciados de dos partes que constan de: el diagnóstico de enfermería posible y los datos en relación con que llevan a la enfermera a sospechar el diagnóstico.

## **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA DE BIENESTAR.**

Según la NANDA, un diagnóstico de enfermería de bienestar, es un juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad de

transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado.

Para que una persona o grupo tenga un diagnóstico de bienestar, deben estar presentes dos hechos.

1. Deseo de un mayor nivel de bienestar.
2. Estados o función actuales eficaces.

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

### **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA DE SÍNDROMES.**

Los diagnósticos de enfermería de síndromes, son enunciados de una parte, con la etiología o factores concurrentes para el diagnóstico contenidos en la denominación diagnóstica.

#### **1.3.3 PLANEACIÓN. (PLANIFICACIÓN).**

La planificación es un proceso deliberado, sistemático y esencial para proporcionar un cuidado de enfermería de calidad.

Es un proceso en el que se realizan la toma de decisiones y la resolución del problema.<sup>16</sup>

Durante esta etapa, se desarrolla y anota un plan de cuidados individualizado, dirigido al logro de objetivos, diseñado para

---

<sup>16</sup> Ibidem. Kozier. Pág. 32

prevenir o resolver o controlar los problemas y ayudar a la persona a lograr un óptimo nivel de funcionamiento.

#### **LA PLANIFICACIÓN IMPLICA:**

- Fijación de prioridades.
- Establecimiento de objetivos del cliente y los criterios de resultados.
- Determinación de las intervenciones de enfermería.
- Documentación del plan de cuidados.

#### **EL PLAN DE CUIDADOS TIENE LOS SIGUIENTES PROPÓSITOS:**

1. Facilitar la comunicación entre los distintos cuidados.
2. Dirigir los cuidados y la anotación de los mismos.
3. Proporcionar un registro que posteriormente pueda utilizarse para la evaluación y la investigación.

#### **FIJACIÓN DE PRIORIDADES.**

Es la primera etapa en la que se establece un orden preferencial para las estrategias de enfermería.

¿Qué problemas necesitan atención inmediata?

¿Qué problemas tienen soluciones sencillas?

¿Qué problemas deben derivarse?

¿Qué problemas deben anotarse?

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



El mecanismo habitual para la fijación de prioridades es la jerarquía de necesidades básicas de Maslow (1968), quien postuló que todos los seres humanos tenemos necesidades básicas.

- Necesidades fisiológicas.
- Necesidad protección / seguridad
- Amor y pertenencia
- Autoestima
- Autorrealización<sup>17</sup>

Planeación = establecimiento de + determinación + planeación  
prioridades de objetivos de interven\_ ciones de enfermería.

### **ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS DEL CLIENTE Y LOS CRITERIOS DE RESULTADOS.**

El segundo paso en la fase de planeación del proceso de enfermería es establecer objetivos para cada uno de los problemas y del cliente identificados en el diagnóstico de enfermería.

Un objetivo del cliente es un resultado o un cambio deseado en la conducta del cliente hacia la salud.<sup>18</sup>

El logro del objetivo refleja la resolución de la inquietud o problema de salud del cliente especificado en el diagnóstico de enfermería.

---

<sup>17</sup> Ibidem. Alfaro. Pág. 129

<sup>18</sup> - <sup>19</sup> Ibidem. Kozier Pág. 34 - 35

El diagnóstico de enfermería guía el tipo de declaración de objetivos: los objetivos pueden reflejar la recuperación de la salud, el mantenimiento de la salud o la promoción de la salud.

### **OBJETIVOS DEL CLIENTE.**

Es el resultado deseado de la atención de enfermería, el que la enfermera espera lograr con el cliente y que está encaminado a prevenir, aminorar el problema identificado en el diagnóstico de enfermería.<sup>19</sup>

Los objetivos pueden ser a corto plazo o a largo plazo. Dado que gran parte del tiempo de la enfermera se centra en las necesidades inmediatas del cliente, la mayor parte de los objetivos se plantean a corto plazo.

Los objetivos a corto plazo (OCP) son los que se pueden conseguir de forma rápida con frecuencia menos de una semana.

Los objetivos a largo plazo son aquellos que van a lograrse a un plazo de tiempo más largo con frecuencia semanas o meses.

### **DETERMINACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.**

Tercera etapa en la fase de planeación en la que se debe priorizar qué problemas serán los que se incluyen en el plan de cuidados y

---

por tanto tratados, éstos deben conservarse con el cliente, de tal forma, que la no realización de este requisito puede conducirnos a errores y a pérdidas de tiempo, por el contrario nos facilitará aún más la relación terapéutica.<sup>20</sup>

## **DOCUMENTACIÓN EN EL PLAN DE CUIDADOS.**

La cuarta etapa y final de la fase de planificación, es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados y actuaciones de enfermería.

El plan de cuidados de enfermería, según Griffith - Kenney y Christensen (1996), es un instrumento para documentar y comunicar la situación del cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello.<sup>21</sup>

Las finalidades de los planes de cuidados están dirigidos a fomentar cuidados de calidad mediante:

- Los cuidados individualizados.
- La continuidad de los cuidados.
- La comunicación.
- La evaluación.

---

<sup>20</sup> Ibidem. Kozier. Pág. 41

<sup>21</sup> <http://www.tena.es/personal/duenas/pae.htm>. P. 22-28 Internet.

#### **1.3.4 EJECUCIÓN.**

También denominada actuación y consiste en llevar a cabo las estrategias de enfermería enumeradas en el plan de cuidados.

La actuación de enfermería se define como una acción autónoma basada en el razonamiento científico que se ejecuta para beneficiar al cliente de una forma prevista en relación con el diagnóstico de enfermería y con los objetivos establecidos.

La fase de la ejecución marca todas las intervenciones de enfermería dirigidas a la resolución de los diagnósticos correspondientes y las necesidades asistenciales del individuo.

Durante toda la fase de la ejecución se debe de continuar colectando información, ya que a medida que las condiciones del individuo cambian, la base de datos también cambiará por lo que se hace necesario revisar y actualizar el plan de cuidados.<sup>22</sup>

Las actividades de enfermería que se realizan en esta etapa son de tipo dependiente, independiente y de colaboración.

**ACTIVIDADES DEPENDIENTES.-** Son aquellas que se realizan bajo una orden o supervisión del médico o jefe inmediato superior y que la enfermera no tiene injerencia en ellas (Ejem. Ejecutar órdenes inmediatas).

**ACTIVIDADES INDEPENDIENTES.-** Son las que realiza la enfermera como resultado de sus conocimientos y su capacidad para decidir su actuación.

**ACTIVIDADES DE COLABORACIÓN.-** Son aquellas que se realizan conjuntamente con otros miembros del equipo de salud, como resultado de una decisión conjunta de equipo.<sup>23</sup>

Para la ejecución del plan de cuidados, la enfermera debe reunir tres tipos de capacidades que son: cognoscitiva, interpersonal, técnica o manual.

**CAPACIDADES COGNITIVAS.-** se refiere a la capacidad intelectual necesarias para la toma de decisiones, la resolución de problemas, un pensamiento crítico y la creatividad.

**CAPACIDADES INTERPERSONALES.-** Son todas las actividades que realiza una persona para comunicarse con otra, la eficacia de la actividad de enfermería depende en gran medida de la habilidad de la enfermera para comunicarse con los demás.

**CAPACIDADES TÉCNICAS O MANUALES.-** Son las que se realizan con las manos como son la aplicación de técnicas y procedimientos o bien la utilización del equipo que se encuentra a su disposición.

---

<sup>22</sup> - <sup>23</sup> Ibidem. Zoieri ERB. Pág. 252.

Es de especial importancia el conocimiento de los principios científicos en los que se basa un procedimiento para que se puedan adaptar sin riesgos a cada individuo.

Para que la enfermera pueda aplicar o ejecutar el plan de cuidados de enfermería al individuo, generalmente realiza las siguientes actividades: cuidar, comunicar, ayudar, educar, asesorar, actuar como abogado de la persona y agente de cambio, conducir y controlar.

La fase de ejecución del proceso de enfermería finaliza con el registro de las actividades de enfermería y la respuesta del paciente; esta información debe de ser precisa, concisa y objetiva.<sup>24</sup>

### **1.3.5. EVALUACIÓN.**

Es juzgar o valorar y consiste en valorar el grado en que se han logrado alcanzar los objetivos, es fundamental en el proceso de enfermería, ya que las conclusiones a las que se llega, determina si la intervención de enfermería debe terminarse, revisarse o cambiarse, constituye un proceso continuo y terminal.

**CONTINUO.-** Porque se realiza también durante la ejecución o implementación del plan de cuidados. En esta etapa la enfermera puede cambiar algunas actividades para ayudar al individuo a lograr sus objetivos.

---

<sup>24</sup> Ibidem. Zozier, ERB. Pág. 256

**TERMINAL.-** Porque una vez aplicado el plan de cuidados la enfermera evalúa si se han cubierto o no los objetivos del individuo.<sup>25</sup>

El proceso de evaluación tiene seis etapas que son:

1. Identificar los criterios de resultado (estándares de medida) que utilizará para determinar el grado de alcance de los objetivos.

Estos criterios tienen dos propósitos: orientar la clase de datos de evaluación que se necesitan recoger y proporcionar un estándar para enjuiciar estos datos. Si estos son contrarios están bien definidos, son precisos y mensurables, orientan al siguiente proceso.

2. Recolección de datos.- Los datos se recogen de manera que se puedan sacar conclusiones sobre el logro de los objetivos, por lo que los datos deben tener relación con los criterios de resultado, recogiendo mediante la observación, la comunicación directa con la persona o los requisitos de otros profesionales de la salud.

Estos datos pueden ser objetivos y subjetivos, siendo los datos objetivos los más útiles en la evaluación, ya que estos son medibles.

El registro de los datos obtenidos debe ser exacto y conciso.

---

<sup>25</sup> Ibidem Zozier, ERB. Pág. 258.

3. Cuantificación del logro de los objetivos.- Consiste en comparar los datos recogidos con los criterios establecidos dando tres probables resultados.
  - a). Se ha logrado el objetivo, es decir, la respuesta del individuo es la esperada.
  - b). El objetivo se ha alcanzado parcialmente; es decir, solamente se han alcanzado objetivos a corto plazo pero no lo establecido a largo plazo.
  - c). Si no se ha cubierto el objetivo.
  
4. Relación de las actividades de enfermería con los resultados del individuo.

Jamás se debe suponer que la acción de enfermería es el único factor causal por lo que se ha logrado o no el total de los objetivos.

Por lo tanto, la enfermera deberá revisar todos los aspectos del plan de cuidados y del proceso de enfermería independientemente de los objetivos que se hayan alcanzado, así como evaluar y reestructurar sus estrategias.

5. Modificación del plan.

Cuando se determina la necesidad de cambiar o modificar el plan de cuidados, la enfermera debe de seguir los siguientes pasos:

  - a). Modificar los datos de la columna de valoración, para diferenciar los nuevos hallazgos, se anota fecha y alguna señal que indique que son nuevos.



- b). Revisar los diagnósticos, anotando igualmente la fecha a los nuevos.
  - c). Revisar las prioridades del individuo, los objetivos y los criterios de resultado para correlacionarlos con los nuevos diagnósticos y fecharlos también.
  - d). Establecer nuevas estrategias que correspondan a los diagnósticos, estas estrategias pueden incrementar o disminuir las necesidades de cuidado del individuo, cambian de esquemas y nuevas disposiciones en las actividades de enfermería que permita agrupar actividades similares o para permitir al individuo periodos de descanso o de actividades más largos.
6. Modificar los criterios de resultado, ajustándolos a los cambios del plan de cuidados. Estos cambios deben indicar el nivel de bienestar deseado por el individuo.

Invalidar los diagnósticos de enfermería incorrectos.<sup>26</sup>

#### **1.4. MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.**

Define la función propia de la enfermera de la siguiente forma:

La única función de la enfermera es asistir al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena). Actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria, todo ello de

---

<sup>26</sup> Ibidem. ERB. 256.

manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible.

### **CONCEPTOS BÁSICOS DEL MODELO DE HENDERSON.**

<b>PERSONA:</b>	Necesidades básicas.
<b>SALUD:</b>	Independencia y dependencia. Causas de la dificultad o problema.
<b>ROL PROFESIONAL:</b>	Cuidados básicos de enfermería. Relación con el equipo de salud.
<b>ENTORNO:</b>	Factores ambientales. Factores socioculturales.

### **LA PERSONA Y LAS 14 NECESIDADES BÁSICAS:**

Cada persona se configura como un ser humano único y complejo, con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que tienen 14 necesidades básicas o requisitos que satisfacer para mantener su integridad, promover su desarrollo y crecimiento.

1. Necesidad de oxigenación.
2. Necesidad de nutrición e hidratación.
3. Necesidad de eliminación.
4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura.
5. Necesidad de descanso y sueño.
6. Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.
7. Necesidad de termorregulación.
8. Necesidad de higiene y protección de la piel.
9. Necesidad de evitar los peligros.
10. Necesidad de comunicarse.
11. Necesidad de vivir según sus creencias y valores.

12. Necesidad de trabajar y realizarse.
13. Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas.
14. Necesidad de aprendizaje.

Estas necesidades son comunes a todos los individuos, si bien cada persona es única, tiene la habilidad y capacidad de satisfacerlas de diferente manera con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de su vida.

Las diferencias personales en la satisfacción de las necesidades básicas, vienen determinadas por los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales inherentes a cada persona. Así como por la estrecha interrelación existente entre las diferentes necesidades.

## **LA SALUD.**

### **INDEPENDENCIA, DEPENDENCIA Y CAUSAS DE LA DIFICULTAD.**

Virginia Henderson desde su filosofía humanística, considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos tanto reales como potenciales, que buscan y tratan de lograr la independencia y por lo tanto la satisfacción de las necesidades de forma continua, con el fin de mantener un estado óptimo de la propia salud, cuando esto no es posible aparece una dependencia que se debe a tres causas y se identifican como:

- a). Falta de fuerza.
- b). Falta de conocimiento.
- c). Falta de voluntad.

## **INDEPENDENCIA.**

Se define como la capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus necesidades básicas de acuerdo a su edad, etapa de desarrollo y situación.

Los niveles de independencia en la satisfacción de las necesidades, también son específicos y únicos para cada individuo.

Los criterios de dependencia deben ser considerados de acuerdo con las características específicas de cada persona, las cuales varían según los aspectos biofisiológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales.

## **DEPENDENCIA.**

Se considera desde una doble vertiente. Por un lado la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades.

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

Los criterios de dependencia deben considerarse al igual que los de independencia.

## **LAS CAUSAS DE LA DIFICULTAD.**

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

1. **FALTA DE FUERZA.**- Se interpreta por fuerza no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación.
2. **FALTA DE CONOCIMIENTO.**- En lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad.
3. **FALTA DE VOLUNTAD.**- Entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.

La presencia de estas tres causas o de alguna de ellas, puede dar lugar a una dependencia total o parcial, así como temporal o permanente, aspectos que deberán ser valorados para la planificación de las intervenciones correspondientes.

**ROL PROFESIONAL.**- Cuidados básicos de enfermera y equipo de salud.

Son acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificado en la persona. "Este es el aspecto de su trabajo, de su función que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación".

## **ENTORNO.**

Comprende la importancia de los aspectos socioculturales y de los aspectos físicos (familia, grupo, cultura, aprendizaje, factores ambientales) para la valoración de las necesidades y la planificación de los cuidados.

## **APLICACIÓN DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.**

Como marco conceptual es perfectamente aplicable en todas y cada una de las diferentes etapas del proceso de atención.

1. **ETAPA DE VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO.-** Sirve de guía en la recolección de datos, en el análisis y síntesis de los mismos.

En esta etapa se determina:

- El grado de independencia - dependencia en la satisfacción de cada una de las necesidades.
  - Las causas de dificultad en tal satisfacción.
  - La interrelación de unas necesidades con otras.
  - La definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.
2. **ETAPA DE PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN.-** En la cual se formulan objetivos de independencia en base a las causas de la dificultad detectadas, en la elección del modo de intervención más adecuado a la situación y en la determinación de actividades de enfermería que impliquen al individuo siempre que sea posible en su propio cuidado.
  3. **ETAPA DE EVALUACIÓN.-** Determina los criterios que nos indicarán los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados.

## **1.5- HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO.**

La hipertensión inducida por el embarazo (HIE), es la alteración hipertensiva más frecuente en la gestación, comprendiendo hasta 66% de los casos. Se caracteriza por el desarrollo de hipertensión, proteinuria y edema.<sup>27</sup>

### **1.5.1.- CONCEPTO.**

La HIE se define como una elevación de 30 mm/Hg en la presión sistólica y 15 mm/Hg en la presión diastólica.

Estos cambios deben observarse cuando menos dos ocasiones con seis horas de diferencia para hacer el diagnóstico.

### **1.5.2.- CLASIFICACIÓN.**

El American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG) (Silver, 1989) proponen la siguiente clasificación.

1. Hipertensión inducida por el embarazo.
  - 1.a.- Preeclampsia leve a severa.
  - 1.b.- Eclampsia.
2. Hipertensión crónica de cualquier causa, independiente de la gestación.
3. Preeclampsia o Eclampsia sobre añadida a hipertensión crónica.
4. Hipertensión transitoria.
5. Alteraciones hipertensivas no clasificables.<sup>28</sup>

---

<sup>27</sup> London Lodewig Olds. "Enfermería Materna Infantil". Ed. Mc. Graw Hill Interamericana.

<sup>28</sup> Arias Fernando M.D. Ph.D. "Guía Práctica para el Embarazo y el Parto de Alto Riesgo". 2ª Edición. Ed. Mosay. 1995. Pág. 185.

Todavía no se conoce la causa de la HIE, aunque la investigación ha sido muy extensa en las últimas décadas. Se le ha denominado "enfermedad de las teorías", debido al número de teorías que se han propuesto para su etiología. Su nombre antiguo "toxemia del embarazo", se debe a una teoría que afirmaba que la causa era una toxina producida en el organismo de la mujer embarazada. Este término ya no se utiliza debido que no se ha demostrado esta teoría, más sin embargo lo que se conoce son los factores predisponentes.

### **1.5.3.- CAMBIOS FISIOLÓGICOS DEL EMBARAZO.**

Los siguientes son cambios fisiológicos del embarazo que permiten la adaptación al estado grávido.

El volumen sanguíneo aumenta de 30 a 50%. La resistencia vascular periférica disminuye y se produce dilatación arterial inducida por el embarazo.

El mayor volumen sanguíneo es necesario para perfundir la placenta, el volumen del útero y las mamas. Además, ayuda a proteger al feto de una reducción de la circulación cuando la madre adquiere la posición supina, compensando también la pérdida de sangre que se produce durante el parto.

La reducción de la resistencia vascular periférica tiene como resultado una presión arterial menor desde la mitad del primer trimestre hasta el segundo trimestre del embarazo. Todavía no se sabe si la presión arterial se normaliza con lentitud durante el tercer trimestre o si permanece ligeramente baja.<sup>29</sup>

---

<sup>29</sup> Ibidem London. Pág. 499 - 500.



El embarazo estimula una mayor producción de varias hormonas y enzimas con efectos variables y en ocasiones opuestas.

La renina plasmática se eleva de tres a cuatro veces más que en el estado no grávido. Esta sustancia funciona con la formación de angiotensina I, que se convierte en angiotensina II. por lo tanto, también se eleva la angiotensina II plasmática, que es un vasoconstrictor activo y estimula la elevación de la presión arterial.

Sin embargo, en el embarazo normal, la presión arterial no se eleva debido a que en la mujer grávida se produce una resistencia al efecto presor de la angiotensina II hacia la décima semana de gestación y que dura durante todo el embarazo. Se cree que esta resistencia se debe a las prostaglandinas vasodilatadoras, especialmente prostaciclina, que aumenta durante el embarazo.

La aldosterona, mineralocorticoide potente secretado por la corteza suprarrenal, estimula la resorción de sodio y agua en los túbulos renales. La progesterona bloquea el efecto de la aldosterona. La progesterona se eleva al principio del embarazo y permanece elevada hasta el término del mismo. El resultado es pérdida de sodio en los túbulos renales.

La tasa de filtración glomerular aumenta 50%, teniendo como resultado depuración veloz y reducción de creatinina, urea y ácido úrico en el plasma y aumento de estas sustancias en la orina.

El edema fisiológico, localizado principalmente en los tobillos, es normal durante el embarazo. Es producido por la salida de mayor cantidad de sangre intravascular hemodiluida, con una presión coloidosmótica inferior, hacia los espacios extracelulares.

Esta salida aumenta cuando la presión hidrostática aumentada en los capilares venosos de las extremidades inferiores por la presión que ejerce el útero grávido en la vena cava inferior.

En el embarazo normal, los factores de la coagulación sufre de algunos cambios. Las plaquetas permanecen en límites normales (de 150,000/ml a 400,000/ml). El fibrinógeno aumenta al igual que la mayor parte de los factores de la coagulación. Sin embargo, el factor XIII (factor estabilizador de la fibrina) disminuye por las enzimas placentarias, previniendo de esta manera la hipercoagulabilidad que habría durante el embarazo.

#### 1.5.4.- FACTORES PREDISPONENTES.

- Alteraciones nutricionales por dietas hipoproteicas.
- Clima frío (invierno, países fríos).
- Raza negra.
- Presencia de enfermedades preexistentes (nefropatías, hipertensión).
- Psicológicos (rechazo al embarazo, madres solteras o abandonadas).
- Edad (adolescentes, mayores de 35 años).
- Multiparidad, primigravidez.
- Sobredistensión uterina por: (embarazos múltiples, polihidramnios o macrosomía fetal).
- Rechazo al gen paterno.

### 1.5.5.- FISIOPATOLOGÍA.

La presión arterial comienza a elevarse después de las 20 SDG, probablemente debido a una pérdida gradual de la resistencia normal del embarazo a la angiotensina II.

Un dato que probablemente esté relacionado es que la síntesis de la prostaglandina PGE II y de prostaciclina (PGI<sub>2</sub>), se reduce en la mujer con hipertensión inducida por el embarazo, tanto que la PGE<sub>2</sub> como la PGI<sub>2</sub>, son vasodilatadores potentes y pudiera ser que la reducción de estos factores aumente la sensibilidad a la angiotensina II y, por lo tanto, produzca la mayor parte de la patología relacionada con la hipertensión inducida por el embarazo. La pérdida de la vasodilatación normal en las arteriolas uterinas, tiene como resultado una perfusión reducida.

En la placenta también pueden observarse depósitos de fibrina y áreas isquémicas. Su efecto sobre el feto puede ser retraso del crecimiento, disminución de los movimientos fetales e hipoxia crónica o sufrimiento fetal.

La HIE se acompaña de reducción en la perfusión renal. al disminuir la filtración glomerular se eleva la cifra sérica de creatinina, nitrógeno, de urea sanguínea y ácido úrico, mientras que el gasto urinario disminuye. Por cada reducción de 50% en la filtración glomerular, la creatinina sérica y el nitrógeno de urea sanguínea se duplican, mientras se retiene sodio en cantidades progresivamente mayores.

Esta retención de sodio provoca aumento del volumen extracelular y mayor sensibilidad a la angiotensina II. La lesión renal típica de la HIE

Esta retención de sodio provoca aumento del volumen extracelular y mayor sensibilidad a la angiotensina II. La lesión renal típica de la HIE es edema de las células endoteliales de los capilares glomerulares, que contienen depósitos de fibrina. El alargamiento de las paredes capilares permite que las moléculas proteicas grandes, especialmente albúmina, salgan hacia la orina, con lo que se reduce la albúmina sérica. En la HIE el edema suele ser más acentuada que en el embarazo normal. Su patogenia incluye dos mecanismos:

1. La mayor retención de sal extrae líquido intravascular.
2. La presión coloidsmótica del plasma, disminuye, lo que provoca salida hacia el espacio extracelular por reducción de la albúmina sérica.

La reducción en el volumen intravascular provoca mayor viscosidad de la sangre y elevación del hematócrito.

### **RIESGOS MATERNOS.**

La elevación de la presión intraocular por la HIE por el embarazo puede provocar desprendimiento de retina, aunque ésta suele adherirse nuevamente en forma espontánea cuando la presión arterial disminuye y con la diuresis.

Los cambios en el sistema nervioso central que acompaña a la HIE son hiperreflexia, cefalea y convulsiones. La hiperreflexia puede deberse a la mayor cantidad de sodio intracelular. La cefalea suele ser frontal y occipital, puede ser constante y es producida por vasoespasmo cerebral.

La causa de las convulsiones es edema cerebral y vasoconstricción, mientras que la hemorragia cerebral, ya sea en forma de petequias o de un gran hematoma, constituye la causa más frecuente de la muerte por eclampsia.

### **RIESGOS FETALES Y NEONATALES.**

Los hijos de madres hipertensas durante el embarazo tienden a ser pequeños para la edad gestacional. Las causas son vasoespasmo e hipovolemia materna que produce hipoxia y desnutrición fetal. Además, el recién nacido puede ser prematuro por la necesidad de un parto precoz.

La mortalidad perinatal de la preeclampsia es de aproximadamente 10% y de la eclampsia es de 20%. Cuando se sobrepone preeclampsia a hipertensión crónica, la mortalidad perinatal puede ser incluso mayor.

Al nacimiento, el neonato puede encontrarse demasiado sedado por los medicamentos administrados a la madre. Además, puede cursar con hipermagnesemia con grandes cantidades de sulfato de magnesio.

#### **1.5.6.- CUADRO CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO.**

- Preeclampsia leve:
- Elevación de la presión arterial sistólica de 30 mmHg o más.
- Elevación de la presión arterial diastólica de 15 mmHg o con más de 6 horas de diferencia.
- Cifras límite inferior 120/80 y 140/90 mmHg.
- Preeclampsia moderada. Cifras 150 100 mmHg.

- Preeclampsia severa. Cifras de presión arterial diastólica de 110 mmHg o más.
- Edema generalizado + a ++++
- Proteinuria. Preeclampsia moderada. 300 mg/L1+ en la tira reactiva. 1 gr/L (2+ en la tira reactiva)
- Preeclampsia severa.
  - Presión arterial 160/110 mmHg.
  - Proteinuria de 5 gr/24 h o más.
  - Oliguria: gasto urinario de 400 ml/24 h o menos.
  - Cefalea.
  - Visión borrosa.
  - Edema retiniano.
  - Disnea por edema pulmonar.
  - Edema de miembros inferiores.
  - Dolor epigástrico.
  - Hiperreflexia, náuseas, vómito.
- Eclampsia.
  - Convulsiones.
  - Espasmos faciales.
  - Ojos semiabiertos con dilatación pupilar.

Fases:

  1. Tónicas: 15 a 20m segundos.
  2. clónicas: Contracción y relajación.
  3. como son movimientos.

### 1.5.7.- TRATAMIENTO PRENATAL

El tratamiento prenatal de la HIE depende de la gravedad del caso.

## **PREECLAMPSIA LEVE**

La mujer debe guardar reposo en cama principalmente en decúbito lateral izquierda, para disminuir la presión sobre la vena cava, con lo que aumenta el retorno venoso, el volumen circulatorio y la perfusión tanto placentaria como renal.

Esta variedad se puede manejar de manera ambulatoria cuando.

- La presión arterial se encuentre en límites inferiores a las cifras consideradas.
- Sin proteinuria a +
- Reposo cama.
- Dieta balanceada con contenido proteínico moderado a elevado (80 a 100 gr/día) para sustituir la pérdida de proteínas en la orina.
- Ingestión moderada de sodio sin exceder de 6 gr día. Evitar los alimentos salados, aunque en el tratamiento de la HIE ya no se utiliza restricción estricta de sodio ni diuréticos.
- Consultas cada semana.
- Medición de signos vitales.
- Somatometría (peso)
- Valorar en crecimiento uterino.
- Estudios para valorar el estado fetal
  - Ultrasonografía.
  - Amniocentesis.
  - Determinación creatinina sérica.

## **PREECLAMPSIA SEVERA.**

Cuando el ambiente uterino se considera nocivo para el crecimiento y maduración del feto, el parto debe ser el tratamiento de elección tanto para la madre como para el feto aunque éste último sea de pretérmino.

**Otros tipos de tratamiento médico son los siguientes.**

- **Reposo en cama.-** Éste debe ser completo y es importante reducir los estímulos que puedan iniciar una convulsión.
- **Sustitución de líquidos y electrolíticos.-** La meta del ingreso de líquidos es lograr un equilibrio entre la corrección de la hipovolemia y la prevención de sobrecarga circulatoria. Puede ser oral o tratamiento intravenoso.
- **Administración de anticonvulsionantes.-** el sulfato de magnesio constituye el tratamiento de elección para las convulsiones. Su acción depresora del SNC reduce las posibilidades de convulsionar. Sin embargo, es necesario mantener la cifra sanguínea de MgSO<sub>4</sub> a nivel terapéutico.
- **Valorar signos de toxicidad** como son:
  - Volumen urinario -30 ml/h
  - Reflejo rotuliano
  - Función respiratoria
  - Antihipertensivos.- El vasodilatador con más frecuencia utilizado para el tratamiento de la preeclampsia es la hidralacina, reduce la PA sin tener efectos adversos sobre el feto. Suele administrarse cuando la PAD es mayor de 110 mmHg. Puede administrarse en bolo intravenoso lento o por goteo produce taquicardia. La PA debe medirse cada dos o tres minutos después de la dosis inicial y posteriormente cada 5 o 10 minutos.
- **Signos vitales cada 2 o 3 horas.**
- **Vigilar frecuencia cardíaca fetal.**



## **ECLAMPSIA.**

La crisis ecláptica constituye una situación de urgencia en la que es necesario recurrir a un tratamiento inmediato y efectivo, el objetivo es lo siguiente:

- Controlar la convulsión.
- Corregir hipoxia y acidosis.
- Disminuir la presión arterial.
- Lograr el parto en cuanto se estabiliza la madre.
- Administración de sulfato de magnesio intravenoso cuando no es posible controlar la convulsión con este medicamento puede emplearse sedantes tipo diazepam o amobarbital sódico, sin embargo, debido a su efecto depresor sobre el feto, no debe utilizarse cuando el parto retrasará una o dos horas.
- Vigilar gasto urinario o desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.
- Medición PVC.
- Cada 15' buscar signos de hemorragia vaginal.
- Decúbito lateral con barandales a la cama.

A menudo la mujer se mantiene en la unidad de cuidados intensivos hasta que se inicie o induzca el trabajo de parto.

Una vez estabilizados los signos vitales de la paciente, que el gasto urinario es adecuado y que se ha corregido la hipoxia y acidosis del feto y la madre, puede procederse al parto, ya que éste es el único tratamiento conocido de la HIE.

Cuando el recién nacido será de pretérmino en ocasiones será necesario trasladar a la mujer en alguna institución perinatal.

## **TRATAMIENTO DURANTE EL PARTO.**

Si ya se había diagnosticado HIE, el trabajo de parto puede inducirse con oxitocina intravenosa en caso de que existan datos de madurez fetal y que el cervix sea adecuado. En los casos más graves puede ser necesario recurrir a una cesárea no obstante la madurez fetal.

La mujer puede recibir simultáneamente oxitocina intravenosa y MgSO<sub>4</sub>. La paciente en trabajo de parto que cursa con presión arterial mayor de 160/110 puede recibir MgSO<sub>4</sub> por vía intravenosa. Debido a que este medicamento tiene acción depresora sobre el músculo liso, las contracciones uterinas pueden disminuir, así que el trabajo de parto se regulariza con oxitocina.

Otro método para inducir el trabajo de parto en la mujer con HIE, es administrar oxitocina intravenosa y posteriormente, durante el trabajo de parto, iniciar la administración de MgSO<sub>4</sub>.

Es necesario vigilar con frecuencia el equipo y los catéteres intravenosos de ambos fármacos para asegurarse que se están administrando a la velocidad necesaria. Para asegurar la precisión de la administración de soluciones, debe instalarse una bomba, marcando con cuidado las bolsas y catéteres.

Es necesario contar con un pediatra o enfermera neonatóloga para que atienda al recién nacido y esta persona debe conocer el tipo y cantidad de medicamentos que ha recibido la madre durante el trabajo de parto.

## **TRATAMIENTO DURANTE EL PUERPERIO.**

La mujer con HIE suele mejorar rápidamente después del parto, aunque puede haber convulsiones durante las primeras 48 horas de puerperio. Es por esta razón que, cuando la hipertensión es elevada, la mujer puede seguir recibiendo hidralacina o sulfato de magnesio durante este período.<sup>31</sup>

### **1.5.8.- COMPLICACIONES.**

Síndrome de HELLP.- A veces, la preeclampsia se acompaña de un síndrome llamado HELLP (Hemólisis, Elevación de enzimas Hepáticas (Liver) y cuenta plaquetaria baja (Low)). Las mujeres de este síndrome y sus hijos tienen una tasa de morbilidad y mortalidad muy elevada.

La hemólisis que se produce se denomina anemia hemolítica microangiopática. Se cree que los eritrocitos se distorsionan o fragmentan al pasar a través de los vasos pequeños y lesionados. La elevación de las enzimas hepáticas es producida por el flujo sanguíneo obstruido por depósitos de fibrina. También puede haber hiperbilirrubinemia e ictericia.

La distensión hepática provoca dolor epigástrico. En la HIE a menudo se observa trombocitopenia. La lesión vascular se acompaña de vasoespasmo y las plaquetas se agregan en los sitios de lesión produciendo reducción en la cuenta plaquetaria (menos de 100 000).

---

<sup>31</sup> Ibidem London. pág. 499 - 505.

La mejor manera de tratar a una mujer con síndrome de HELLP es una institución de atención terciaria. Inicialmente es necesario valorar el estado de la madre y estabilizarla, especialmente si la cuenta plaquetaria es muy baja. Cuando ésta es menor de 20 000 mm<sup>3</sup> está indicando iniciar transfusiones de plaquetas. El feto también se valora mediante una prueba sin esfuerzo y perfil biofísico.

Toda mujer con síndrome de HELLP verdadero debe someterse al parto no obstante la edad gestacional. El trabajo de parto debe inducirse con oxitocina en las mujeres con un embarazo de 32 semanas o más. Si el embarazo es menor, lo indicado es el parto por cesárea.<sup>32</sup>

---

<sup>32</sup> Burroughs. "Enfermería Materno Infantil". 7ª Edición. Ed. Mc Graw Hill. Interamericana. 1999. Pág. 357.

## **II.- METODOLOGÍA.**

La metodología que se utilizó fue la aplicación del Proceso Atención Enfermería, desarrollando cada una de las etapas (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación).

### III APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA

#### 3.1. Presentación del caso clínico.

La aplicación del Proceso Atención Enfermería, se realizó a una usuaria femenina de 27 años de edad, secundigesta, proveniente de Actopan, casada, dedicada al hogar, escolaridad primaria; a la cual se le detectan las siguientes necesidades de eliminación, por manifestar exceso de volumen de líquidos asociado a desequilibrio hidroelectrolítico, por hipertensión arterial (150 –100 mmHg manifestado por aumento de peso y edema generalizado), la necesidad de aprendizaje por déficit de conocimientos asociado al desconocimiento de la patología, manifestado por angustia, miedo, y estrés, la necesidad de evitar peligros por alteración en el mantenimiento de la salud asociada a la presencia de crisis convulsivas manifestado por movimientos tónico clónicos, la necesidad de reposo y sueño asociado a la patología, manifestado por inquietud y ansiedad, la necesidad de seguridad y protección por presentar temor en relación con los efectos de la hipertensión en el embarazo y el feto manifestado por miedo, angustia e inquietud, la necesidad de comunicación por alteración del patrón de sentimientos y sensaciones asociado a la patología y de la hospitalización, asimismo, presenta signos y síntomas de dolor en epigastrio y en región subcostal, convulsiones en dos ocasiones, palidez de tegumentos, taquicardia, extremidades con edema ++/+++, hiperreflexia ++/+++, cifras tensionales elevadas.

El diagnóstico médico es enfermedad inducida por el embarazo, variedad eclampsia.

### 3.2.- VALORACIÓN.

La valoración es la primera etapa del PAE., en la cual se obtuvo una base de datos a través de la información disponible sobre el usuario en la que se incluyó la exploración de enfermería, así como otras informaciones procedentes del resto de profesionales de la salud.

El método para la recolección de datos se utilizó:

- La entrevista.
- La observación.
- La consulta; y,
- La exploración física

Para lo cual se utilizó el siguiente formato:

<b>VALORACIÓN DE LA ENTREVISTA</b>		
Fecha: 07 - agosto - 2000	Hoja: _____	
Procedente: Actopan, Hidalgo.		
Acompañado por: Un familiar.		
Transporte: Silla de ruedas: _____	Camilla: <input checked="" type="checkbox"/>	Deambula: _____
Motivo del ingreso: Dolor en el abdomen y presencia de crisis convulsivas.		
Información obtenida del: Esposo.		
<b>I.- SIGNOS VITALES.</b>		
Temp.: 36.8	Pulso: 100	Resp. 32.
Oral: _____	Axilar: <input checked="" type="checkbox"/>	Rectal: _____
T/A: 150/100	Posición: Sentada.	
Peso: 72 Kg.	Talla: 1:58 Mts.	

**Prótesis, aparatos u otros dispositivos:**

Dentadura postiza: \_\_\_\_\_ Caminador/ bastón/ muletas: \_\_\_\_\_

Completa sup.:  Inf.;  Extremidades artificiales: \_\_\_\_\_

Parcial sup.: \_\_\_\_\_ Inf.: \_\_\_\_\_ Abrazaderas. \_\_\_\_\_

Gotas: \_\_\_\_\_ Ojo artificial. \_\_\_\_\_

Lentes contacto: \_\_\_\_\_ Peluca. \_\_\_\_\_

Audífonos: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

**II.- ALERGIAS Y REACCIONES.**

Medicamentos: No. \_\_\_\_\_ Alimentos: No. \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

Ninguna Conocida: \_\_\_\_\_

Agente específico	Describir la reacción si sabe

**III.- PERCEPCIÓN MANTENIMIENTO DE LA SALUD.**

a. Padecimiento actual.

1. Diagnóstico de ingreso: Hipertensión inducida por el embarazo.  
Variedad eclampsia.
2. Razones para el ingreso (en palabras del usuario).  
Dolor en el abdomen y crisis convulsivas.
3. Duración del padecimiento actual: El día de hoy.
4. tratamiento anterior y actual de la enfermedad y respuesta:  
\_\_\_\_\_
5. el usuario conoce el diagnóstico: Si:  No:  No se ha establecido:



b. Padecimientos anteriores: Ninguno. \_\_\_\_\_

c. ¿Está tomando alguna medicación?

¿Prescrito o de venta libre? \_\_\_\_\_ Si: \_\_\_\_\_ No: X

MEDICACIÓN	DOSIS	CUÁNDO LA TOMA	PORQUÉ LA TOMA	ULTIMA DOSIS	LA HA TRAÍDO AL HOSPITAL

d. ¿Fuma? Si \_\_\_\_\_ Paquetes/día \_\_\_\_\_ Desde \_\_\_\_\_

¿No ha fumado? No X Si \_\_\_\_\_ Paq/día \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Cuánto hace que lo dejó? \_\_\_\_\_

#### IV.- COGNICIÓN/PERCEPCIÓN.

Cefaleas X Convulsiones X Ausencias X

Mareos X Otros \_\_\_\_\_

a. Nivel de conciencia: alerta \_\_\_\_\_ Somnoliento X

Responde al dolor X Estímulos Verbales X

No responde \_\_\_\_\_

b. Orientado en el tiempo: X Espacio X Personas X

c. Humor: Relajado \_\_\_\_\_ Ansioso X Triste \_\_\_\_\_

Enfadado \_\_\_\_\_ Retraído \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

d. Cambios recientes de memoria: \_\_\_\_\_ No X

Específica: \_\_\_\_\_

- e. Responde a las órdenes: Si  No   
Especificar: \_\_\_\_\_
- f. Habla: Clara \_\_\_\_\_ Confusa  Ininteligible \_\_\_\_\_  
Incapaz de hablar \_\_\_\_\_ Afasia \_\_\_\_\_
- g. Lengua hablada: Castellano  Otras \_\_\_\_\_
- h. Audición normal  Deteriorada \_\_\_\_\_ Corregida \_\_\_\_\_  
Sordera \_\_\_\_\_ Lenguaje de los signos \_\_\_\_\_ Lee los labios \_\_\_\_\_
- i. Visión: Normal \_\_\_\_\_ Deteriorada  corregida \_\_\_\_\_ ceguera \_\_\_\_\_  
Dolor: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Describirlo: En el abdomen punzadas.

#### V.- ROL RELACIONES (PSICOSOCIAL).

- a. Ocupación: Hogar.
- b. Vive: Sólo \_\_\_\_\_ Familia  En una residencia \_\_\_\_\_ otros \_\_\_\_\_  
Comentarios \_\_\_\_\_
- c. Describir el entorno físico: Casa propia, con 2 recámaras, 1 baño, cocina y patio.
- d. ¿Desea que lo visite un sacerdote mientras está aquí?  
Si \_\_\_\_\_ No
- e. Comentarios: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### VI.- A. CARDIOVASCULAR.

- Angina \_\_\_\_\_ Arritmia \_\_\_\_\_ Soplo \_\_\_\_\_ Edema \_\_\_\_\_ Palpitaciones \_\_\_\_\_  
Dolor torácico \_\_\_\_\_ Aneurisma \_\_\_\_\_ Hipertensión  Pulso fuerte \_\_\_\_\_  
Débil \_\_\_\_\_  
Regular : \_\_\_\_\_ Irregular

## B. RESPIRATORIA.

Tos \_\_\_ Productiva \_\_\_ Dolor \_\_\_ Describirlo \_\_\_\_\_

Resfriados frecuentes \_\_\_\_\_ Ronquera \_\_\_\_\_ Asma \_\_\_\_\_

## C. RENAL.

Infecciones \_\_\_ Retención \_\_\_X\_\_\_ Quemazón \_\_\_ Poliuria \_\_\_X\_\_\_ disnea \_\_\_

No hay quejas \_\_\_\_\_ Dispositivos urinarios \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_

Incontinencia \_\_\_\_\_ Diurna \_\_\_\_\_ Nocturna \_\_\_\_\_

De esfuerzo. \_\_\_\_\_

## D. GASTROINTESTINAL (NUTRICIÓN, METABOLISMO).

1. Número de comidas/día: 3. Tentempiés Ocasional.

Dieta especial No.

2. Cambios ponderables en los últimos meses:

Ninguno: Si. Pérdida de \_\_\_\_\_ Kg. Aumento de: 5 Kg.

3. Náuseas/vómito: Si \_\_\_X\_\_\_ No \_\_\_ Relacionados con: El embarazo.

4. Padece dolores abdominales: \_\_\_X\_\_\_ Pirosis \_\_\_\_\_

Dolor rectal \_\_\_ Gases \_\_\_ Última deposición: Anteayer.

5. Deposición: Veces/día 2

Estreñimiento: Nunca \_\_\_\_\_ Ocasional \_\_\_X\_\_\_ Frecuente \_\_\_\_\_

Diarrea: Nunca: \_\_\_X\_\_\_ Ocasional \_\_\_\_\_ Frecuente \_\_\_\_\_

Frecuencia con que usa laxantes/enemas:

Especificar: No.

6. abdomen: Blando \_\_\_X\_\_\_ No doloroso \_\_\_\_\_ No distendido \_\_\_\_\_

Duro \_\_\_\_\_ Doloroso \_\_\_X\_\_\_ Distendido \_\_\_\_\_

Ruidos intestinales presentes \_\_\_X\_\_\_ Ausentes \_\_\_\_\_

Comentarios: Abdomen blando doloroso.

**E. ESTADO DE LA PIEL.**

Color: Normal \_\_\_ Palidez X Cianosis \_\_\_ Ictericia \_\_\_ Otros \_\_\_

Temperatura: Caliente \_\_\_ X Fria \_\_\_

Turgencia: Normal X Mala \_\_\_

Edema: No \_\_\_ Si X Descripción/localización: Edema ++/+++.

En extremidades superiores e inferiores.

Lesiones: No \_\_\_ Si \_\_\_ Descripción/localización \_\_\_\_\_

Decúbitos: No \_\_\_ Si \_\_\_ Descripción/localización \_\_\_\_\_

Hematomas: No \_\_\_ Si \_\_\_ Descripción/localización \_\_\_\_\_

Erupciones: No \_\_\_ Si \_\_\_ Descripción/localización \_\_\_\_\_

Enrojecimiento: No \_\_\_ Si \_\_\_ Descripción/localización \_\_\_\_\_

Comentarios:

Piel pálida con presencia de edema ++/+++ en extremidades superiores e inferiores.

**F. MÚSCULO ESQUELÉTICO.**

Calambres \_\_\_ Artritis \_\_\_ Rigidez \_\_\_ Inflamación \_\_\_ otros \_\_\_

Comentarios:

Normal.

### VII.- ACTIVIDAD REPOSO - SUEÑO.

- A. Patrón habitual de sueño: Se acuesta a las: 22:00 horas de sueño:  
Once si esta: Si  No .
- B. Dificultad para conciliar el sueño:  
No  Si  Especificar \_\_\_\_\_
- C. Uso ayudas para dormir: No  Si   
Especificar: \_\_\_\_\_

### VIII.- SALUD SEXUAL.

- A. Última menstruación: 25 - noviembre - 99.
- B. Último test de papanicolao: Negativo.

### IX.- RESUMEN DE LA VALORACIÓN:

Paciente que llega de traslado al Hospital General de Pachuca, por presentar cifras tensionales elevadas, asimismo, presencia de crisis convulsivas en 3 ocasiones, edema +/+++ , en extremidades superiores e inferiores, cefalea, dolor en epigastrio, cursando en ese momento con un embarazo de 36 SDG, por amenorrea, eclampsia, trabajo de parto en fase latente, más sufrimiento fetal agudo.

### **3.3.- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.**

Para cada una de las necesidades detectadas en la valoración se establecieron los diagnósticos de enfermería en base a la taxonomía de la NANDA.

- Etiqueta diagnóstica.- Palabra a frase concisa que identifica el problema.
- Características definitorias mayores y/o menores.- Son manifestaciones de respuesta de la familia o persona que nos pueden indicar la presencia o ausencia de un determinado diagnóstico.
- Factores relacionados contribuyentes.- Son situaciones o condiciones de la aparición del diagnóstico.

#### **NECESIDAD DE ELIMINACIÓN.**

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

#### **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.**

Exceso de volumen de líquidos asociado a desequilibrio hidroelectrolítico por hipertensión (150/100 mmHg), manifestado por aumento de peso y edema generalizado.

#### **NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS.**

Evitar los peligros es una necesidad de todo ser humano. Debe protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física y psicológica.<sup>34</sup>

## **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.**

Alteración en el mantenimiento de la salud asociado a la presencia de crisis convulsivas, manifestado por movimientos tónico clónicos.

## **NECESIDAD DE REPOSO Y SUEÑO.**

Dormir y descansar es una necesidad para todo ser humano, que debe llevarse a cabo en las mejores condiciones y en cantidad suficiente a fin de conseguir un buen rendimiento del organismo.<sup>35</sup>

## **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.**

Alteración de reposo y sueño asociado a la patología manifestado por inquietud y ansiedad.

## **NECESIDAD DE APRENDIZAJE.**

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

## **DIAGNÓSTICO ENFERMERÍA.**

Déficit de conocimientos asociado al desconocimiento de la patología eclampsia manifestado por angustia, miedo y estrés.

---

<sup>35</sup> *Ibidem.* Roper's. Págs. 29 – 68.

## **NECESIDAD DE COMUNICACIÓN.**

La necesidad de comunicación es una obligación que tiene el ser humano de intercambio con sus semejantes. Comunicarse es un proceso dinámico verbal y no verbal, que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras, llegar a la puesta en común de sentimientos, opiniones, experiencias e información.<sup>37</sup>

## **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.**

Alteración del patrón de sentimientos y sensaciones asociado a la patología y la hospitalización.

---

<sup>37</sup> Ibidem Roperla. Pág. 49.



### 3.4.- PLANEACIÓN.

Etapa que tuvo como propósito diseñar las estrategias o intervenciones de enfermería necesarias para prevenir, reducir o eliminar aquellos problemas de salud del usuario que fueron identificados durante el diagnóstico.

Se jerarquizaron necesidades, estableciendo objetivos para cada necesidad.

NECESIDAD	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO
Eliminación.	Exceso de volumen de líquidos asociado a desequilibrio hidroelectrolítico por hipertensión (150/100 mmHg) manifestado por aumento de peso y edema generalizado.	Disminuir el edema, mantener controlada la hipertensión arterial, mantener el gasto urinario adecuado. Mantener la homeostasis interna.
Evitar peligros.	Alteración en el mantenimiento de la salud asociado a la presencia de crisis convulsivas, manifestado movimientos tónico clónicos.	Que la paciente no vuelva a presentar crisis convulsivas y el sistema nervioso central vuelva a la normalidad, no desarrolle lesiones por las complicaciones.
Reposo y sueño..	Alteración del patrón de reposo y sueño asociado a la patología manifestado por inquietud y ansiedad.	Propiciar un ambiente favorable intrahospitalario en base a las necesidades del servicio.
Aprendizaje.	Déficit de conocimientos asociado al desconocimiento de la patología eclampsia manifestado por angustia, miedo y estrés.	La paciente conocerá su estado y sus consecuencias, para lo cual se pide su colaboración en el tratamiento.
Comunicación.	Alteración del patrón de sentimientos y sensaciones asociado a la patología y la hospitalización.	Asegurar un entorno sano para disminuir el estrés y la ansiedad.

### 3.5.- EJECUCIÓN.

También llamada fase de intervención, la enfermera puso en marcha las estrategias de enfermería enumeradas en el plan de cuidados para lograr el resultado deseado.

Para esta etapa se desarrolló el Plan de Cuidados con las acciones de enfermería, asimismo, se fundamentó de manera científica.

<b>NECESIDAD:</b>	Eliminación.
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</b>	Exceso de volumen de líquidos asociado a desequilibrio hidroelectrolítico por hipertensión (150/100 mmHg) manifestado por aumento de peso y edema generalizado.
<b>OBJETIVO:</b>	Que el edema disminuya, así mismo mantener controlada la hipertensión arterial, controlar la deficiencia en el volumen de líquidos, manteniendo el abdomen intravascular, mantener gasto urinario adecuado, densidad urinaria normal, proteinuria reducida y elevación del hematocrito.

<b>INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>Se valoró la T/A cada 4 horas, utilizando el mismo brazo, con la mujer en la misma posición.</li><li>Se canalizó de vena periférica valorando por vía endovenosa el ingreso de líquidos.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>La presión puede variar cada hora, se eleva como resultado de una menor resistencia vascular periférica por vasoconstricción periférica y espasmo arteriolar.<sup>38</sup></li></ul>	El edema de la paciente disminuye, se mantienen en límites normales la T/A (120/80), el gasto urinario (30 ml/h) permanece normal, el HTO se mantiene dentro de límites normales.

<sup>38</sup> Op cit. Lóndón pág. 509.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Instalación de catéter central.</li> <li>▪ Medición e interpretación de PVC c/2 Hrs.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La PVC indica la presión presente en la aurícula derecha, reflejando la presión diastólica ventricular derecha o la capacidad del corazón derecho para bombear sangre.</li> <li>▪ La PVC es útil para evaluar las Inter relaciones dinámicas entre el trabajo cardíaco, tono y volumen sanguíneo.</li> </ul>	<p>La presión venosa central se mantiene en cifras 6-9 cmH<sub>2</sub>O</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Instalación de sonda Foley a permanencia.</li> <li>▪ Reportar el gasto urinario &lt; 30 ml/h o la densidad urinaria &gt; 1.040.</li> <li>▪ Valorar el edema + (1 +) mínimo, edema ligero del área pedia o pretibial.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ En la HIE, hay reducción del flujo plasmático renal y de la filtración glomerular si la oliguria aumenta, es un signo de que la situación empeora.<sup>39</sup></li> </ul>	<p>El edema de la paciente disminuye, se mantienen en límites normales la T/A (120/80), el gasto urinario (30 ml/h) permanece normal, el HTO se mantiene dentro de límites normales.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ++ (2+) edema acentuado de las extremidades inferiores.</li> <li>▪ +++ edema de miembros superiores e inferiores, pared abdominal inferior y sacro.</li> <li>▪ ++++ (4+) anasarca con ascitis.</li> <li>▪ Valorar el daño renal. Estudio urinario de proteínas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La disminución de la presión coloidosmótica del plasma provoca salida de líquidos del espacio intravascular al extracelular.<sup>40</sup></li> <li>▪ La proteinuria es el resultado de edema del endotelio de los capilares glomerulares.<sup>41</sup></li> </ul>	

<sup>39</sup> Nordmark, Madelyn T., R.N., MS "Bases Científicas de la Enfermería". 2ª Edición. Ed. Manual Moderno. Pág. 229.

<sup>40,41</sup> Op. Cit. Lóndon. Págs. 510-511.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Valorar el hematócrito en forma regular.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La reducción del líquido intravascular provoca aumento del hematocrito debido al cambio en la proporción entre glóbulos rojos y el volumen de líquido.<sup>42</sup></li> </ul>	<p>El hematócrito se mantuvo en parámetros normales del 45%.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Proporcionar proteínas (albúmina) de 1.5 g/Kg/24 horas, para la preeclampsia incipiente y leve.</li> <li>▪ Mantener reposo en cama, fomentar la posición de decúbito lateral izquierdo.</li> <li>▪ Administración de hidralazina 50 mg/vo c/6 h.</li> <li>▪ Alfametildopa 500 mg vo c/8 h.</li> <li>▪ Nifedipina SL en caso de TA diastólica igual o mayor de 110 mmHg.</li> <li>▪ Gluconato de calcio 1 gr IV c/8 h.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Las proteínas plasmáticas afectan el movimiento del líquido intravascular y extravascular.</li> <li>▪ El reposo en cama eleva la filtración glomerular.<sup>43</sup></li> </ul>	

<sup>42</sup> Op. Cit. Lóndon. Pág. 511.

<sup>43</sup> Ibidem. Lóndon. Pág. 512.

<b>NECESIDAD:</b>	Evitar peligros.
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</b>	Alteración en el mantenimiento de la salud asociado a la presencia de crisis convulsivas, manifestado por movimientos tónico clónicos.
<b>OBJETIVO:</b>	La paciente no vuelva a presentar crisis convulsivas y el sistema nervioso central vuelva a la normalidad, no desarrolle lesiones por las complicaciones.

<b>INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilar el reflejo patelar aquiliano y bicipital y buscar clono.</li> <li>• Vigilar los sonidos respiratorios.</li> <li>• Obtener los datos basales actuales de: signos vitales, medir e interpretar la presión sanguínea cada hora a 2 horas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La hiperreflexia indica aumento de la irritabilidad del sistema nervioso central.</li> <li>• Sonidos húmedos de la respiración y tos podrían indicar el inicio de edema pulmonar.</li> <li>• La presión sanguínea puede fluctuar con frecuencia debido a los efectos dinámicos del tratamiento y variar de vasoconstricción a vasodilatación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La paciente no volvió a presentar crisis convulsivas y participa de manera activa durante su tratamiento.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorar si hay cefalea y perturbaciones visuales.</li> <li>• Vigilar presencia de dolor epigástrico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Son signos de que la irritabilidad del sistema nervioso central está empeorando.</li> <li>• Son signos premonitorios de convulsiones inminentes y empeorando de la preeclampsia - eclampsia.</li> </ul>	

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ fomentar el reposo en cama; limitar el número de visitantes. Alentar a la mujer que descanse en una habitación oscura y silenciosa.</li> <li>▪ Administrar sulfato de magnesio según indicación médica.</li> <li>▪ Vía IV, dosis de carga de 4 g de MgSa, seguida de una solución continua de 2 gr/hora.</li> <li>▪ Vía IM: 10 gr de MgSo4 al 50% en forma de inyección, IM profunda 15 gr en cada glúteo. Puede añadirse 1.0 ml de xilocaina al 2% a la jeringa para reducir la molestia.</li> <li>▪ Vigilar la cifra de magnesio frecuentemente para prevenir una sobre dosis (ya sea 2 h después de iniciada la solución o antes de la siguiente dosis IM).</li> <li>▪ Antes de administrar cada dosis de magnesio, vigilar los reflejos (rotuliano, aquilano y bicipital), la frecuencia respiratoria y el gasto urinario.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El reposo reduce los estímulos externos.</li> <li>▪ El sulfato de magnesio es un depresor cerebral, también reduce la irritabilidad neuromuscular y produce vasodilatación y reduce la tensión arterial.<sup>48</sup></li> <li>▪ La cifra sanguínea terapéutica es de 4 a 7 meq/litro.<sup>49</sup></li> <li>▪ El espasmo rotuliano desaparece cuando la cifra de sulfato de magnesio alcanza de 7 a 10 meq/litro.<sup>50</sup></li> </ul>	

<sup>48</sup> Ibidem. Burroughs. Pág. 615.

<sup>49,50</sup> Op. Cit. Lódon. Págs. 512 – 513.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No administrar sulfato de magnesio si:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Hay una ausencia de reflejos.</li> <li>2.- La frecuencia respiratoria es menor de 12 por minuto.</li> <li>3.- El gasto urinario es menor de 100 ml en las últimas 4 horas.</li> </ol> </li>   <li>▪ Tener gluconato de calcio a la mano.</li> <li>▪ Mantener precauciones contra las convulsiones:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Mantener la habitación obscura y silenciosa.</li> <li>2.- tener a la mano equipo de urgencia: oxígeno, equipo de aspiración, abatelenguas acojinado.</li> <li>3.- acojinan los barandales de la cama.</li> <li>4.- Informar a las demás personas encargadas respecto a la posibilidad de convulsiones y las acciones adecuadas.</li> </ol> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Al aumentar la cifra sanguínea aparecen signos y síntomas de toxicidad, cuando se alcanza entre 10 y 15 meq/litro puede haber paro respiratorio.<sup>51</sup></li> <li>▪ Cuando la cifra sanguínea alcanza 20 meq/L puede haber paro cardíaco.<sup>52</sup></li> <li>▪ El riñón constituye la única vía de excreción del sulfato de magnesio.</li> <li>▪ El gluconato de calcio es el antídoto del sulfato de magnesio.<sup>53</sup></li>   <li>▪ La falta de oxígeno deprime los centros vitales del cerebro.<sup>54</sup></li>   <li>▪ Los barandales acojinados protegen a la paciente.</li> </ul>	

51,52,53,54 Ibidem Lóndom, Pág. 512.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Proporcionar atención de apoyo durante la convulsión.               <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Colocar un abatelenguas en la boca de la paciente, siempre y cuando pueda hacerse sin utilizar fuerza excesiva.</li> <li>2.- Succionar la nasofaringe cuando sea necesario.</li> <li>3.- Administrar oxígeno.</li> <li>4.- Anotar el tipo de convulsión y su duración.</li> </ol> </li>   <li>▪ Obtener muestras de laboratorio según se ordene para examinar la hemoglobina y hematocrito, TGO, TGP y cuenta plaquetaria.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Permite actuar manteniendo la vía aérea y previniendo que la paciente no se muerda la lengua.</li>   <li>▪ El oxígeno es vital para la vida.</li>   <li>▪ Durante las convulsiones puede comenzar un trabajo de parto precipitado.</li>   <li>▪ Al síndrome de HELLP se refiere a hemólisis de eritrocitos con signos de anemias, elevación de las enzimas hepáticas por daño hepático con ictericia, etc., y reducción de la cuenta plaquetaria de oído a vasoespasmos y CID en evolución.</li> </ul>	<p>Los niveles de hemoglobina se mantienen estables 12 mg, ausencia de signos de anemia, pruebas de funcionamiento hepático normales y cuenta plaquetaria adecuada.</p>

<sup>56</sup> Op. cit. Lóndes. Pág. 510.

<sup>56</sup> Op. Cit. Dugas. B.W. Pág. 410.

<sup>57</sup> Op. Cit. Lóndes. Pág. 513.



<b>NECESIDAD:</b>	Reposo y sueño.
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</b>	Alteración del patrón de reposo y sueño, asociado a la patología manifestado por inquietud y ansiedad.
<b>OBJETIVO:</b>	Propiciar un ambiente favorable intrahospitalario en base a las necesidades del servicio.

<b>INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fomentar el reposo en cama.</li> <li>▪ Alentar a la paciente a que descanse en la habitación oscura y silenciosa.</li> <li>▪ Alentar a la paciente para que se coloque en decúbito lateral izquierdo.</li> <li>▪ Dejar que la paciente exprese sus sentimientos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El reposo reduce los estímulos externos.</li> <li>▪ La posición de decúbito lateral evita la presión sobre la vena cava y mejora la perfusión placentaria.</li> <li>▪ Los estados emocionales pueden alterarse por los estímulos ambientales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La paciente pudo descansar y conciliar el sueño, disminuyendo su ansiedad.</li> </ul>

<b>NECESIDAD:</b>	Aprendizaje.
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</b>	Déficit de conocimientos asociado al desconocimiento de la patología eclampsia manifestado por angustia, miedo y estrés.
<b>OBJETIVO:</b>	La paciente conocerá su estado y sus consecuencias, para lo cual se pide su colaboración en el tratamiento.

<b>INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Orientar a la paciente con respecto a sus signos y síntomas y sus complicaciones , así como para el feto.</li> <li>▪ Explicar el propósito y la importancia de las medidas terapéuticas. (intervención quirúrgica, tiempo, tipo de anestesia, tiempo de recuperación).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La hiperreflexia indica irritabilidad de sistema nervioso central.<sup>60</sup></li> <li>▪ El reposo reduce los estímulos externos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La situación es favorable y colabora en gran medida la paciente.</li> </ul>

60 Op. Cit. Burroughs. Pág. 614.

<b>NECESIDAD:</b>	Comunicación.
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</b>	Alteración del patrón de sentimientos y sensaciones asociado a la patología y la hospitalización.
<b>OBJETIVO:</b>	Asegurar un entorno sano para disminuir el estrés y la ansiedad.

<b>INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ayudar a la paciente a reducir su ansiedad.</li> <li>1.- Transmitir una sensación de comprensión y simpatía.</li> <li>2.- Animar a la paciente a expresar cualquier temor a su tratamiento.</li> <li>3.- identificar y apoyar los mecanismos de afrontamiento que sean eficaces</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Una paciente con ansiedad tiene una menor capacidad de percepción y de aprendizaje, la paciente puede presentar signos y síntomas debido a un aumento de la tensión muscular y alteración del patrón del sueño y la ansiedad, tiende a autolimitarse, atrapando al paciente en una espiral de mayor ansiedad, tensión y dolor psíquico y físico.<sup>61</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La situación es favorable y colabora en gran medida la paciente.</li> </ul>

61 Op. Cit. Carpenito Lynda Pág. 66.

### **3.6.- EVALUACIÓN.**

Última etapa del Proceso Atención Enfermería, en la cual la enfermera evaluó los progresos del usuario para la consecución de los resultados esperados; dicha evaluación se llevó a cabo para cada necesidad detectada.

## CONCLUSIONES

Las conclusiones a las que se llegaron al realizar este trabajo me llevan a confirmar que actualmente la enfermera debe de estar preparándose constantemente dentro de su profesión, que la teoría y la práctica deben de ir de la mano, una complementándose con la otra, ya que si deja de actualizarse y de continuar con el hábito de leer y estudiar este tipo de trabajo se toman más difíciles de lo que verdaderamente son.

Creo que se debe de motivar más a la enfermera desde las mismas aulas de formación académica encaminándolas a la investigación para que la enfermería pueda avanzar y alcanzar los niveles de otras profesiones.

La motivación es un factor muy importante en el desarrollo de la enfermera y de la enfermería como profesión, ya que no se le ha dado el reconocimiento que debe de tener dentro de las disciplinas de la salud, por lo que un porcentaje importante de enfermeras se vuelven apáticas tanto en su quehacer diario como en su superación profesional, pues pocas instituciones respaldan a su personal para que siga superándose.

Al realizar el presente trabajo, me encontré con algunas limitantes dentro de la Institución donde laboro, pues para la aplicación del PAE y siguiendo la metodología recomendada, fue difícil por lo siguiente: Primero no se cuenta con el personal de enfermería suficiente, ya que la carga de trabajo es bastante considerable.

No existe personal para cubrir vacaciones, incapacidades e incidencias, lo que de alguna manera es una limitante para aplicar la metodología a cada paciente que ingresa a la Unidad.

La falta de disponibilidad de personal de los otros turnos, es otra limitante, ya que no se puede llevar un seguimiento adecuado ni una evaluación constante de resultados, ni mucho menos replantear los diagnósticos de enfermería y objetivos.

Los recursos materiales son un factor muy importante en el juego de nuestros objetivos, pues el no contar con suficiente equipo y material así como la calidad del mismo, obstaculiza el buen desempeño de la enfermera en la atención del individuo.

Por otro lado, creo que sin tener que realizar una metodología sistémica, de manera informal es aplicado el PAE en la práctica diaria a cada una de las personas que ingresan a la Unidad, ya que en el primer contacto que se tiene con el individuo podemos detectar algunas de sus necesidades básicas que en ese momento manifiesta y tratamos de satisfacerlas de la mejor manera posible, aunque no estén plasmadas en un documento.

Para que el PAE se pueda aplicar a todo individuo que amerite ser hospitalizado, sería recomendable que la Institución Hospitalaria se identifique con un modelo de atención, que agrupe las principales patologías que son causa de internamiento y en base a esto crear una taxonomía interna de padecimientos para que puedan ser creados los PAE conjuntamente con el equipo de salud.

Al aplicar el PAE a un determinado individuo con un diagnóstico específico, me doy cuenta cuan importante es poder brindarle una atención integral no solamente realizando una rutina, sino realmente poder detectar cada necesidad del individuo y lograr su satisfacción o intentar por lo menos satisfacerla, estando consciente de los que se hace, por qué se le hace y cuáles son los resultados que uno espera del paciente. Si este proceso se aplicara a cada uno de los individuos, creo que se lograría una mayor aceptación y una mejor relación entre individuo, familia y personal de salud.

ESTA VECHA NO SANAR  
DE LA ENFERMEDAD

## GLOSARIO

1. **Calidad de cuidados:** Servicios del cuidado de la salud del cliente que aumentan la posibilidad de lograr resultados deseados y reducen la probabilidad de error indeseables.
2. **Cervix:** Nombre que se da al cuello del útero.
3. **Cliente:** Persona que escoge hacerse ayudar sin traba de su libertad y de su responsabilidad para la satisfacción de sus necesidades.
4. **Criterio de resultados:** Es el resultado de las intervenciones prescritas, generalmente se refiere a un resultado esperado u objetivo de las intervenciones.
5. **Eficiencia:** Calidad de ser capaz de producir el efecto deseado de forma segura con los mínimos riesgos, gastos y esfuerzo innecesarios.
6. **Entorno:** Lo que rodea a una cosa.
7. **Factor de riesgo:** algo que se sabe que contribuye (o esta asociado con) un problema específico.
8. **Gen:** Factor de los cromosomas del que depende la transmisión de las características hereditarias.
9. **Grávido:** Útero ocupado.
10. **Método:** Manera ordenada y sistemática de hacer las cosas.

11. **Objetivo a corto plazo:** Objetivo centrado en el cliente como paso para lograr un objetivo a largo plazo.
12. **Objetivo a largo plazo:** Objetivo que se espera lograr en un periodo de tiempo relativamente largo, por lo general semanas o meses.
13. **Polihidramnios:** Aumento de la cantidad de líquido amniótico.
14. **Planificación:** En un proceso continuado para el éxito del Plan de Cuidados.
15. **Prioridad:** Anterioridad en tiempo y en orden.
16. **Proceso de Enfermería:** Método empleado por las enfermeras para efectuarse el diagnóstico y el tratamiento de problemas de salud reales y potenciales.
17. **Proteinuria:** Presencia de proteína en la orina.
18. **Síndrome de Hellp:** Se refiere a hemólisis de eritrocitos, elevación de las enzimas hepáticas y reducción en la cuenta plaquetaria.
19. **Signo:** Dato objetivo que indica una anomalía.
20. **Síntoma:** Dato subjetivo que indica una anomalía.



## BIBLIOGRAFÍA

- ☑ Arias Fernando M.D. Ph. D. "Guía Práctica para el Embarazo y el Parto de Alto Riesgo". Ed. Mosby / Doyma Libros. 2ª Edición. 1995. pp. 475.
- ☑ Alfaro – Le Feure Rosalinda. "Aplicación del Proceso de Enfermería, Guía Práctica". Ed.. Mosby. 1992. pp. 302.
- ☑ Burroughs. "Enfermería Materno Infantil". 7ª Edición. Ed. Mc. Graw Hill Interamericana. 1999. pp. 613.
- ☑ L.J. Carpenito. "Manual de Diagnóstico de Enfermería". 5ª Edición. Ed. Mc. Graw Hill Interamericana. 1997. pp. 637.
- ☑ Du Gas B.W. "Tratado de Enfermería Práctica". 4ª Edición. Ed. Mc. Graw Hill Interamericana. 1996. pp. 793.
- ☑ B. Kozier, G. Erb. K. Blas, J.Y. Johnson, J.S. Temple. "Técnicas de Enfermería Clínica", 4ª Edición. Vol. I. Ed. Mc. Graw Hill Interamericana. pp. 558.
- ☑ London Lodowing Olds. "Enfermería Materno Infantil". 4ª Edición. Ed. Mc. Graw Hill Interamericana. 1995. pp. 210.
- ☑ Mondragón Castro Hector. "Gineco – Obstetricia Para Enfermería". Ed. Trillas. 1991. pp. 510.
- ☑ Mary Ellen Murria, Ph. D. RN. Leslie D. Atkinson, R.N. M.S.N. "Proceso de Atención de Enfermería". Ed. Mc. Graw Hill Interamericana. 5ª Edición. 1995. pp. 225.

- ☑ Kozier, ERB. "Enfermería Fundamental: Conceptos, Procesos y Práctica". 4ª Edición, Tomo I. Ed. Mc. Graw Hill Interamericana. España. 1995.
- ☑ Instituto Mexicano del Seguro Social. "Revista de Enfermería". Vol. I. México. 1998.
- ☑ Rosales Barrera Susana y Eva Reyes Gómez. "Fundamentos de Enfermería". Ed. Manual Moderno. Edición. 1995.
- ☑ Universidad Nacional Autónoma de México. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Sistema de Universidad Abierta. "Antología: Proceso Atención Enfermería". México. 1997. pp. 187.
- ☑ INTERNET, <http://www.terra.es/personal/duenas/pae/htm>.
- ☑ INTERNET, <http://www.terra.es/personal/duenas/pae/htm>. P. 22 – 28.