

00921
47



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA: APLICADO A
PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE ECLAMPSIA EN EL SERVICIO
DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL GENERAL DE
CUAUTITLÁN "GRAL. JOSÉ VICENTE VILLADA-FORD"

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

DÍAZ MELÉNDEZ / GUADALUPE ARACELI

No. DE CUENTA: 081452312

DIRECTORA DE TRABAJO

LIC. ARMANDO ORTEGA GUTIERREZ

MEXICO D.F A NOVIEMBRE-2003



ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico el contenido de este libro.
NOMBRE: Díaz Alatorre
FECHA: Agosto 12 2003
SERIAL: 104

INTRODUCCIÓN

1. OBJETIVOS

- 1.1 OBJETIVO GENERAL 1
- 1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 1

2. JUSTIFICACIÓN 2

3. METODOLOGÍA 2

4. MARCO TEÓRICO 4

4.1 CONSIDERACIONES GENERALES DE ENFERMERÍA 4

- 4.1.1 DEFINICIÓN DE ENFERMERÍA 4
- 4.1.2 PRIMERA TEÓRICA ENFERMERA 4

4.2. CUIDADO DE ENFERMERÍA 5

- 4.2.1 DEFINICIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA 5

4.3. PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA 6

- 4.3.1. DESARROLLO HISTÓRICO DEL PROCESO 6
- 4.3.2. DEFINICIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA 7
- 4.3.3. FUNCIONES DEL PROCESO DE ENFERMERÍA 7
- 4.3.4. FASES DEL PROCESO DE ENFERMERÍA 10
 - 4.3.4.1. Valoración 10
 - 4.3.4.2. Diagnóstico 10
 - 4.3.4.3. Planeación 11
 - 4.3.4.4. Ejecución 12
 - 4.3.4.5. Evaluación 13

	PÁG.
4.4. MODELO DE VIRGINIA HENDERSON	15
4.4.1. ENFERMERÍA	16
4.4.2. SALUD	16
4.4.3. ENTORNO	16
4.4.4. PERSONA (PACIENTE)	17
4.4.5. NECESIDADES	17
4.5. ANATOMÍA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO	18
4.5.1. GENITALES EXTERNOS	18
4.5.1.1. Monte de Venus	18
4.5.1.2. Labios Mayores	18
4.5.1.3. Labios Menores	18
4.5.1.4. Clitoris	18
4.5.1.5. Vestíbulo	19
4.5.1.6. Himen	19
4.5.2. GENITALES INTERNOS	19
4.5.2.1. Vagina	19
4.5.2.2. Útero	19
4.5.2.3. Trompas de Falopio	20
4.5.2.4. Ovarios	20
4.6. ECLAMPSIA	21
4.6.1. DEFINICIÓN	22
4.6.2. ETIOLOGÍA	23
4.6.3. FISIOPATOLOGÍA	24
4.6.4. CUADRO CLÍNICO	27
4.6.5. DIAGNÓSTICO	27
4.6.6. TRATAMIENTO MÉDICO	28
4.6.7. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	29
5. HISTORIA CLÍNICA	31
5.1. HISTORIA CLÍNICA MEDICA	31
5.2. VALORACIÓN SEGÚN VIRGINIA HENDERSON	32

	PÁG.
6. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA	46
6.1 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	47
7. PLAN DE ALTA	54
8. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	55
9. BIBLIOGRAFÍA	57
10. GLOSARIO DE TÉRMINOS	59
11. ANEXOS	60

INTRODUCCIÓN

La enfermería como profesión se consolidó a partir de 1860, año en que Florence Nightingale inició el proceso de reforma y creó la primera escuela modelo de enfermería en el Hospital Santo Tomás de Londres. La enseñanza sistemática y prolongada constituyó una innovación en la preparación de la enfermera durante esa época e inició la práctica profesional. Este proceso de consolidación se diferenció de otras profesiones, a pesar de que ésta se ha practicado desde hace más de un siglo. Antes de la reforma Nightingale, la práctica de la enfermería se basaba en reglas, principios, tradiciones y en la experiencia.

El desarrollo profesional de la enfermería no tiene más de 130 años, por lo que se debe continuar tenazmente con los esfuerzos reformadores de Nightingale, que sentaron las bases para el desarrollo de valores y marcos teóricos de la enfermería. A partir de esa época, su contribución al bienestar del ser humano constituye la esencia de su ejercicio.

Continuar con este proceso implica producir e incorporar cada vez más conocimientos científicos.

Se inicia a hablar de proceso de enfermería a partir de la década de los cincuenta, actualmente ha llegado a convertirse en una actividad organizada, que va adquiriendo lentamente, un mayor reconocimiento en nuestro país; a pesar de ser un método de intervención enfermera bastante consolidado en Norteamérica. La obra de I.J. Orlando publicada a comienzo de la década de los sesenta, ha sido citada con frecuencia por su presentación del Proceso de enfermería; el componente central de la obra de Orlando, titulada la Relación Dinámica Enfermera-Paciente, lo constituye la relación interpersonal, al proponer la realización de acciones deliberadas, establece las distinciones entre estas y las actividades automáticas que pueden llegar a formar parte de la actuación del profesional de enfermería.

La mortalidad materna aún constituye en el país un importante problema de Salud Pública y representa una verdadera inequidad social y de género, particularmente si se considera que sus principales causas son totalmente prevenibles.

La Preeclampsia-Eclampsia es la primera causa de mortalidad en México, por lo que la prevención, detección temprana de signos y síntomas de alarma, referencia oportuna y tratamiento adecuado constituyen acciones esenciales en la atención perinatal de la población; en todas estas etapas la enfermera juega un papel relevante donde puede aplicar el proceso atención enfermería cuyo objetivo principal es promover, mantener o recuperar la salud de la población, es decir, es un método sistemático de brindar cuidados humanistas científicos, eficientes centrados en el logro de resultados esperados, lo que conlleva la aplicación de acciones con fin práctico e inmediato.

Se ha observado que a pesar de la atención prenatal, la hipertensión y sus complicaciones (preeclampsia-eclampsia), representan la causa fundamental de la morbilidad materna; durante los años de 1987 a 1996, se deduce que de las 2,852 muertes maternas ocurridas 1,033 fueron por preeclampsia-eclampsia es decir un 36.2%.

En nuestro país el riesgo más elevado de muerte por preeclampsia-eclampsia lo presentan las mujeres de 35 años y más al embarazo y por supuesto es mucho más elevado en el grupo de 10 a 19 años. Resulta interesante que en todas las etapas de la enfermedad el profesional de enfermería tiene un gran campo de acción para contribuir a mejorar la calidad de la atención a la salud reproductiva de la población femenina de nuestro país disminuyendo en alto grado los riesgos de complicaciones letales y aún previniendo secuelas.

El presente proceso de atención de enfermería, se realizó en una paciente femenina de 18 años con un diagnóstico de Eclampsia en el servicio de terapia intensiva en el Hospital General de Cuautitlán "Gral. José Vicente Villada". Y dicho proceso consta de los siguientes apartados:

- **Objetivos**
- **Justificación**
- **Metodología**
- **Marco Teórico**
- **Historia Clínica**
- **Plan de cuidados de enfermería**
- **Plan de Alta**
- **Conclusiones y sugerencias**

1. OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GENERAL

Aplicar un Proceso de Atención de Enfermería a una paciente femenina de 18 años de edad, con diagnóstico de Eclampsia, en el servicio de Terapia Intensiva del Hospital General de Cuautitlán "Gral. José Vicente Villada".

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Efectuar una identificación temprana de problemas potencialmente reversibles, a una paciente con eclampsia para prevenir secuelas y limitar la incapacidad.
- Identificar prioridades de identificación con base en la problemática de salud presentada.
- Aplicar un enfoque lógico, sistemático y continuo en un proceso de atención de enfermería, desde la recolección de datos necesarios para el posterior diagnóstico de enfermería y planificación de los cuidados en una paciente con eclampsia.
- Elaborar un trabajo recepcional con calidad, como opción de titulación de la carrera de Licenciado en Enfermería y Obstetricia

2. JUSTIFICACIÓN

La enfermería como disciplina en proceso de profesionalización requiere de una base teórica de conocimiento social; para lograrlo se requiere de un cambio en la actuación de enfermería que implica partir de una experiencia empírica, en la atención al usuario a un conocimiento científico con el cual el profesional de enfermería interviene para proporcionar atención integral y de calidad al usuario (individuo, familia y sociedad).

El presente proceso de atención de enfermería se elaboró ante la necesidad de cubrir exitosamente con un requisito como opción de titulación de la carrera de Licenciado en Enfermería y Obstetricia, puesto que es conveniente que al ejercer su profesión sea más comprometido en aportar una atención efectiva, con criterios clínicos y técnicos innovadores, en virtud de apoyar una estrategia que sea más acorde con la posibilidad de una atención digna, recordando que es indispensable la integración de los conocimientos, las habilidades y el criterio donde es necesario ampliar y mantener la capacidad resolutoria con que una enfermera profesional debe contar y ofrecer a la población que así lo demande.

3. METODOLOGÍA

El presente proceso de atención de enfermería fue elaborado con la aplicación de las 5 etapas que lo componen, las cuales son:

- Valoración
- Diagnóstico de enfermería
- Planificación
- Ejecución
- Evaluación

Así mismo se aplicó el modelo de la teórica Virginia Henderson quien definió que: "La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo, enfermo o sano, a realizar las actividades que contribuyen a su salud o recuperación, que llevaría a cabo sin ayuda, si contara con la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios, haciéndolo de tal modo que se le facilite la consecución de independencia lo más rápidamente posible".¹

¹ Marriner Tomey. Modelos y Teorías en Enfermería. Ed. Mosby. pp 102.

Henderson nos dio un concepto claro de salud, pero en sus escritos interpretaba la salud como la capacidad del paciente de realizar sin ayuda los 14 componentes del cuidado de enfermería, es decir necesidades básicas del paciente, las cuales son:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber de forma adecuada.
3. Evacuar los desechos corporales.
4. Moverse y mantener una postura adecuada.
5. Dormir y descansar.
6. Elegir la ropa adecuada (para vestirse y desvestirse).
7. Mantener la temperatura del cuerpo dentro de un margen seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales.
8. Mantener la higiene corporal y un buen aspecto y proteger la piel.
9. Evitar los peligros del entorno y evitar dañar a los demás.
10. Comunicarse con los otros expresando las propias emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Actuar con apego a la propia fé.
12. Actuar de manera que se tenga la sensación de satisfacción de uno mismo.
13. Disfrutar o participar en diversas formas de entretenimiento.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad para alcanzar un desarrollo y una salud normales a los centros sanitarios disponibles.

Entorno.- Henderson definió entorno como el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo.

Persona (paciente).- la autora pensaba en el paciente como un individuo que necesita asistencia para recuperar su salud o independencia o una muerte tranquila y que el cuerpo y el alma son inseparables, así contempla al paciente y su familia como una unidad.

El presente proceso fue elaborado bajo la dirección del profesor Lic. Armando Ortega Gutiérrez, quien proporcionó asesoría de manera directa y continua; fue aplicado en el servicio de Terapia Intensiva, en el Hospital General de Cuautitlán "Gral. José Vicente Villada", dependiente del ISEM, en el turno matutino a una paciente de 18 años con un diagnóstico de Eclampsia, durante el mes de Septiembre del 2003.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 CONSIDERACIONES GENERALES DE ENFERMERÍA

4.1.1 DEFINICIÓN DE ENFERMERÍA

Para dar una definición explicativa de enfermería se puede partir de la relación que existe entre: hombre-sociedad-cuidados humanos y más en concreto precisar adecuadamente cual es y en que consiste la verdadera naturaleza de los cuidados humanos. Es decir, precisar el papel que estos desempeñan en la evolución y la configuración de los cuidados de enfermería, sin olvidar que es y supone la ciencia actual podría señalarse, en términos generales, que enfermería es el resultado de aplicar en un determinado contexto histórico y social los procedimientos del conocimiento propio del método científico al estudio de los fenómenos que acontecen en la esfera de la salud y la enfermedad en las distintas etapas del ser humano.

4.1.2 PRIMERA TEÓRICA ENFERMERA

En la Edad Media son las órdenes religiosas las que ejercían las funciones de enfermera, centradas fundamentalmente en los hospitales, con la excepción de las beguines, asociación belga de mujeres que atendían a los enfermos en sus domicilios. Pero sin lugar a dudas, el salto hacia la profesionalización de la enfermería se produce en Gran Bretaña hacia la mitad del siglo XIX con la aparición de Florence Nightingale que sobre la necesidad de aplicar los conocimientos que se tenían sobre prevención de enfermedades opina que "la incidencia de enfermedades prevenibles deben entenderse como un crimen social". También aconseja a las estudiantes de enfermería "no penséis que hacéis algo útil como enfermeras hasta que, saliendo del hospital vayáis al domicilio de los enfermos". Profundamente preocupada por la salud materno-infantil afirma que el dinero debería emplearse en la salud de los niños y no en construir hospitales para cuidar enfermos, ya que la curación de la vida de un recién nacido es el reflejo más fiel de las condiciones de salud.²

² Moran, V. Modelos de Enfermería. México, D.F. 1995. pp. 15.

El éxito de la Escuela de Liverpool hizo que otros organismos en otras ciudades británicas copiaran su modelo. Las primeras escuelas de enfermería se crearon en Manchester (1864), Leicester (1867), Londres (1868), Birmingham (1870) y Glasgow (1875).

4.2 CUIDADO DE ENFERMERÍA

4.2.1 DEFINICIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Se afirma que los cuidados enfermeros son la "ciencia del cuidado", o la disciplina que tiene por objeto el estudio científico de los cuidados enfermeros puesto que enfermería es una disciplina cuyo fin debe ser el bienestar de los seres humanos.

Es necesario vislumbrar a enfermería desde una doble perspectiva:

1. La de los cambios sociales en el modo de entender la salud y la enfermedad en las distintas etapas del desarrollo humano y como estos cambios son un factor importante para explicar el surgimiento y posterior desarrollo del cuidado enfermero.
2. La de las nuevas mentalidades que se difunden en las distintas épocas, y más en concreto, la forma en que el hombre va a ir orientando su actividad intelectual para dar respuesta a las múltiples interrogantes que vienen urgidos tanto por su permanente curiosidad.

La enfermería como todas las disciplinas tiene una naturaleza universal, es decir, la sociedad concibe de igual manera el servicio de enfermera, independientemente de la cultura que la caracteriza, lo único que difiere de un país a otro son los recursos disponibles para su ejercicio.

Por tanto si existiera un solo modelo de aplicación conceptual que permitiera generar diferentes escuelas de pensamiento, la enfermería evolucionaría hasta convertirse en una disciplina altamente desarrollada.

Es necesario lograr una rigurosa explicación científica de esta disciplina, que haga posible una mejor comprensión general de la propia realidad de la enfermería en su esfuerzo científico por "dar cuenta" del cuidado enfermero.

4.3 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA

4.3.1 DESARROLLO HISTÓRICO DEL PROCESO

Haciendo memoria histórica sobre la aparición del proceso hemos de retroceder a 1955, momento en que Lidia Hall, pronunció una conferencia en Nueva Jersey acerca de la calidad de la asistencia sanitaria. Esta autora en el transcurso de su conferencia, empezó desarrollando sus ideas acerca de la asistencia sanitaria para llegar a la afirmación central de su conferencia; la asistencia sanitaria es un proceso, en este sentido definió como proposiciones fundamentales: la asistencia sanitaria al paciente, para el paciente y con el paciente.

Dichos enunciados debían guiar el objetivo del proceso de enfermería, por lo que podían utilizarse para evaluar el grado de calidad del mismo. Hasta los primeros años de la década de los sesenta no se aprecia un denodado interés por este proceso, como se ha señalado Hall definía el objetivo de la asistencia sanitaria, mientras Orlando diferenciaba las fases de dicho proceso en términos de relaciones interpersonales, y otras teóricas se dedicaban a explorar formas de analizar su filosofía y sus valores. Así, en 1966 Lois Knowles presentó una descripción de un modelo que contenía las actividades que constituyen el cometido de los profesionales de la enfermería.

En 1967 un comité norteamericano definió el proceso de enfermería como: la relación que se establece entre un paciente y una enfermera en un determinado medio ambiente; incluye esquemas de comportamiento y acción del paciente y de la enfermera, y la interacción resultante. Por otra parte, es necesario consignar que pocos estudios sobre la intervención de enfermería se han realizado de forma tan extensa y rigurosa como el proyecto de investigación desarrollado por un grupo de investigación interdisciplinario de la Universidad de Colorado, el resultado de estos trabajos fueron publicados en el Nursing Research.³ El objetivo de este estudio consistía en investigar el proceso clínico de deducción referido a la intervención enfermera. Se consideró en dicho trabajo que el proceso de deducción de las necesidades del paciente debía realizarse mediante la emisión de juicios basados en los datos disponibles, esencialmente esto puede interpretarse como la elaboración de un diagnóstico de los problemas del paciente.

Así pues, cuando el paciente tiene determinados problemas manifestará ciertos síntomas, y el profesional de la enfermería es responsable de captarlos. Mediante la observación de los síntomas será capaz de establecer un diagnóstico y de decidir a continuación cual es el mejor camino a seguir en beneficio del paciente, estos autores sugieren que no ha existido hasta hace poco un análisis crítico, deliberado y sistemático del proceso.

³ Hernández y Esteban. Fundamentos de la Enfermería. Ed. Interamericana. México, D. F. 1999. pp. 128

4.3.2 DEFINICIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA

La definición del proceso de enfermería va a depender del esquema mental que se adopte y la orientación personal del profesional de enfermería que lo defina, de acuerdo con su formación y experiencia, en este caso se dará una posible definición, así pues, se debe entender por proceso de enfermería el método enfermero de intervención que permite, tras el análisis de un caso-paciente-concreto, crear unas condiciones adecuadas y eficientes con la finalidad de obtener el estado deseado, en otras palabras: es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados.

Queda claro que se trata de un procedimiento metódico de intervención práctica; ello conlleva la aplicación de acciones prácticas-cuidados de enfermería- con un fin práctico e inmediato.

4.3.3 FUNCIONES DEL PROCESO DE ENFERMERIA

FUNCIONES DEL PROCESO DE ENFERMERIA PARA LAS INSTITUCIONES:

➤ SIMBÓLICA

Desempeña esa función de símbolo en torno a la cual se dan respuestas a los problemas detectados; por tanto su existencia es garantía de que se poseen los instrumentos pertinentes para solucionar dificultades.

➤ PROPAGANDÍSTICA

Debe servir como seña de identidad de la propia profesión con la que trata de acreditar su servicio y obtener su reconocimiento, es en suma la imagen de los profesionales de enfermería que se da a la sociedad en general.

➤ RACIONALIDAD

Es un instrumento para analizar e interpretar las propias prácticas y su historia desde una perspectiva de cientificidad.

➤ POLÍTICA

En la medida en que crea un marco organizativo para la toma de decisiones sobre cuestiones que afectan a muchos ciudadanos.

FUNCIONES DEL PROCESO PARA EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA.

❖ SATISFACER

Ciertas necesidades personales inmediatas, como las de reducir la incertidumbre y la ansiedad.

❖ LOGRAR

Un sentimiento de control, seguridad y confianza en las decisiones y acciones a realizar.

❖ AYUDAR

A la formación continuada del profesional, dada la necesidad de reordenar y aprender nuevos conocimientos que pueden ser requeridos ante nuevos casos.

❖ ORDENAR

Los medios y recursos tanto cognoscitivos como materiales, de los que se dispone para la actuación enfermera.

❖ ORGANIZAR

El tiempo de que se dispone para conseguir los fines propuestos.

❖ PREPARAR

Las actividades que se pondrán en marcha.

❖ **FACILITAR**

El recuerdo de los objetivos y actividades propuestos para el desarrollo de la intervención enfermera.

❖ **ORGANIZAR**

La relación y preparación del paciente para la intervención enfermera.

❖ **MODIFICAR**

El plan de actuación a fin de adecuarlo a las circunstancias particulares que encontramos en cada situación de cuidados.

❖ **CUMPLIR**

Los requisitos administrativos.

❖ **FACILITAR**

La tarea del equipo de enfermería, como en el caso de los turnos de 24 horas, así como la continuidad de la intervención iniciada por un profesional de enfermería, en caso de cambio de turno, o por traslado del paciente a otra unidad o centro, siendo un medio de comunicación entre los profesionales de enfermería, lo que permite mejorar las actuaciones de distintos profesionales sobre los mismos pacientes.

4.3.4 FASES DEL PROCESO DE ENFERMERIA

La finalidad del Proceso de Enfermería es mantener el nivel óptimo de bienestar del paciente por lo que para facilitar la discusión o la realización de la intervención enfermera, el proceso de la misma se divide en los siguientes componentes o fases: **valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación**, mismas que a continuación se describen.

4.3.4.1 VALORACIÓN

Es un proceso organizado, sistemático y deliberado de recolección de datos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de un paciente y poder establecer conclusiones posteriormente, supone el establecimiento de prioridades entre los datos según las necesidades del paciente, la fase de valoración debe ofrecer una base sólida, de manera que favorezca la prestación de una atención totalmente individualizada de calidad. Por lo que se hace necesario hacer una valoración exacta y completa, para identificar problemas reales o potenciales del paciente que exigen una intervención enfermera.⁴

Es vital establecer un marco conceptual para determinar que datos deben reunirse, dicho marco dependerá a su vez del modelo teórico de enfermería que se utilice para valorar al paciente; por otro lado es necesario 3 factores para obtener información: entrevista, observación y exploración física, estas técnicas nos proporcionarán un enfoque lógico y sistemático.

4.3.4.2 DIAGNOSTICO

El diagnóstico permite mediante un término concreto entender la situación del paciente, en la que se identifican tanto los aspectos positivos derivados de la capacidad y de los recursos de aquel, como los negativos, asociados a sus perturbaciones y limitaciones. Es necesario entender como diagnóstico: un juicio acerca del problema del paciente, al que se llega mediante procesos deductivos a partir de los datos recogidos. Así pues diagnosticar debe entenderse como una función establecida e independiente del profesional de enfermería, se requiere de una gran capacidad y conocimientos previos para captar los problemas del paciente y emitir juicios inteligentes; por lo tanto el diagnóstico enfermero preciso constituye una de las claves para la práctica eficaz de la intervención enfermera, por lo que todos los profesionales de enfermería deben estar capacitados para realizarlo.

El sistema más desarrollado para establecer los diagnósticos fue el emitido por la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA), este sistema en 1998 fue adoptado por la Asociación Americana de Enfermería.

⁴ Ibidem pp. 132.

4.3.4.3 PLANEACIÓN

La planeación consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del paciente sano o para evitar reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo identificadas en el diagnóstico de enfermería. Esta fase inicia después de la formulación del diagnóstico y concluye con la documentación real del plan de cuidados. Durante la fase de planificación se elaboran los objetivos, es decir lo que será capaz de hacer el paciente como objetivo de las acciones de enfermería, y las intervenciones de enfermería, que describen la forma en que el profesional debe actuar para ayudar al paciente a conseguir los objetivos, así también esta fase debe considerarse como un proceso de toma de decisiones para la elaboración del plan de cuidados, o sea el plan de acción antes de su puesta en práctica.

Para la realización de dicho programa se debe llevar a cabo un diseño de acción práctica, es decir el plan de cuidados. Para su elaboración hemos de tener en cuenta en primer lugar la elección de un marco conceptual, es decir, un modelo teórico considerado por sus postulados el más adecuado para determinar las directrices de la intervención enfermera en dicho momento. En segundo lugar, consideraremos el diagnóstico de enfermería, esto es, el juicio emitido sobre el estado del paciente, al que hemos llegado tras la recopilación de los datos necesarios. Por último se hace necesario decidir acerca de que es lo que se pretende conseguir; como acción técnica, la actuación enfermera se propone llevar a cabo un cambio en el estado del paciente, y ello se logrará mediante el proceso de enfermería.

La planeación como componente del Proceso de Enfermería consta de 4 etapas:

- 1) Establecimiento de prioridades de los problemas diagnosticados, de acuerdo al modelo teórico y las características del propio paciente.
- 2) Elaboración de objetivos a corto, mediano y largo plazo. Sabiendo que estos dependerán del tiempo que se haya programado para su consecución, por lo general los objetivos a medio y largo plazo se referirán a la prevención de complicaciones, a la rehabilitación y a la educación sanitaria.
- 3) Desarrollo de intervenciones de enfermería, es uno de los puntos cruciales ya que con la aplicación de las acciones que se describan en este momento se confirmará la validez y eficacia del mismo.

Evidentemente las acciones deben ir encaminadas, hacia la consecución de los objetivos. Estas deben ser claras y capaces de ser realizadas y adaptadas a la problemática específica del paciente.

4.3.4.4 EJECUCIÓN

La ejecución se refiere a la puesta en marcha del plan de cuidados de enfermería para lograr los objetivos concretos que se han propuesto. Se ejecutan las intervenciones de enfermería concretas para modificar los factores que contribuyen al problema del cliente. Por lo tanto, podemos señalar que se trata de la fase del Proceso de Enfermería orientada hacia la acción directa, en la cual el profesional de enfermería es responsable de la puesta en práctica del plan de cuidados que se elaboró previamente.

El profesional de enfermería debe ser capaz de coordinar eficazmente las actividades de los distintos miembros del equipo sanitario, prestar cuidados directos al paciente y delegar responsabilidades para estos cuidados al personal sanitario de acuerdo con la preparación y posibilidades de cada uno de sus miembros.

Las actividades intelectual, interpersonal y técnicas desarrolladas durante la fase de ejecución están basadas en el plan de cuidados elaborado para cada paciente, de acuerdo con la valoración previa de sus problemas.

La ejecución se lleva a cabo en tres etapas: preparación, intervención y documentación.

La primera etapa de la fase de ejecución exige una **preparación** para comenzar las intervenciones de enfermería. Esta preparación consiste en una serie de actividades, cada una de las cuales exige el uso del razonamiento crítico:

1. Revisión de las intervenciones de enfermería para asegurarse que son compatibles con el plan de cuidados establecido.
2. Análisis del conocimiento de enfermería y de las habilidades necesarias.
3. Reconocimiento de las complicaciones potenciales asociadas a actividades de enfermería concretas.
4. Proporcionar los recursos necesarios.
5. Preparación de un entorno seguro que conduzca a los tipos de actividades necesarios.

La segunda etapa supone a sí mismo la **intervención enfermera**, enfoque diseñado para cubrir la mayor parte de las necesidades físicas o emocionales del cliente. Su abordaje puede incluir el inicio de acciones independientes e interdependientes.

Las intervenciones diseñadas para cubrir las necesidades físicas y emocionales del cliente son numerosas y variadas, dependiendo de los problemas individuales específicos.

La ejecución de la atención enfermera se ajusta a una de estas seis categorías:

1. Refuerzo de las cualidades.
2. Ayuda en las actividades de la vida diaria.
3. Supervisión del trabajo de otros miembros del equipo de enfermería.
4. Comunicación con otros miembros del equipo de atención sanitaria.
5. Educación.
6. Prestación de cuidados para conseguir los objetivos del cliente.

Finalmente, en la etapa de **documentación** tiene lugar el registro completo y exacto de los acontecimientos que tienen lugar en esta etapa de Proceso de Enfermería. Así pues, el registro de estas acciones y reacciones constituye una función importante del profesional de enfermería.

La calidad del registro relativo al paciente y la relevancia de aquello sobre lo que el profesional de enfermería decide dejar constancia, determinará el valor de la información directa acerca de la aproximación a los objetos propuestos y de las reacciones individuales del paciente, y proporcionará la orientación necesaria para continuar trabajando sobre el problema.

El informe deberá contener la información necesaria para proporcionar un perfil del paciente. El profesional de enfermería debe decidir que anotar, con qué extensión, cuando y donde anotarlo, todo ello en función de lo que se considere importante.

4.3.4.5 EVALUACIÓN

La evaluación como última etapa del proceso de atención de enfermería, se considera siempre en relación con la respuesta del paciente a la acción planificada. Puesto que las acciones de enfermería se planearon para resolver problemas del paciente, cualquier juicio relativo a la forma en que tales problemas se están resolviendo debe basarse en la situación presente de aquél.

En esta etapa, el diagnóstico y los objetivos propuestos para la resolución de problemas se utilizarán como marco para la evaluación, así pues, las consecuencias que producen en el paciente todas las acciones intelectuales, interpersonales y técnicas, así como los cambios que se derivan de ellas, constituyen el objetivo de la evaluación.

Por tanto se ha de considerar la evaluación como la actividad intelectual que completa las otras fases del proceso, pues indica el grado en que el diagnóstico y la intervención enfermera correspondientes han sido correctos.

En este sentido, y como objetivo de esta actividad, el profesional de enfermería determina si el plan de cuidados es adecuado, realista, actual o si necesita revisión. Si el cliente no ha conseguido los objetivos, se dedicará a la resolución del problema para determinar cómo revisar el plan de cuidados.

En ocasiones ocurre que el objetivo definido puede no ser ya aplicable debido a que los cambios en las circunstancias o el estado del paciente exigen un cambio en el plan de cuidados. En otros momentos, el cliente no consigue el objetivo porque el diagnóstico de enfermería no es exacto, aplicable o adecuado.

Ante esta situación se debe revisar si dicho diagnóstico describe con precisión el estado del paciente, comparando las características asociadas al diagnóstico con los síntomas del paciente, que podremos comprobar utilizando las habilidades de valoración para obtener más datos.

4.4 MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson nació en 1897, en Kansas City. En 1918 ingresó a la Escuela de Enfermería del Ejército en Washington, D.C. En 1921 se graduó y trabajó como enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York. Vivió una larga trayectoria profesional como autora e investigadora; en 1988 la Convención de la American Nurses Association (ANA) entrega una mención de honor especial por sus contribuciones a la investigación, la formación y la profesionalidad en la enfermería a lo largo de toda su vida.⁵

Henderson incluyó principios fisiológicos y psicológicos en su concepto personal de la enfermería, a partir de la teoría de Bernard, también adquirió conocimiento sobre la medicina psicosomática y su relación con la enfermería. En los 14 componentes de la asistencia de enfermería de Henderson que parte de las necesidades físicas para llegar a los componentes psicosociales, se observa una correlación con la jerarquía de necesidades propuesta por Abraham Maslow.

Se pueden establecer 3 niveles en la relación enfermera-paciente que van desde una relación muy dependiente a la práctica independiente:

1. La enfermera como una sustituta del paciente.
2. La enfermera como una auxiliar del paciente.
3. La enfermera como una compañera del paciente.

Cuando el paciente está grave, la enfermera se contempla como un "sustituto de las carencias del paciente para ser completo, íntegro o independiente" debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.

Henderson reflejó este punto de vista al declarar que la enfermera "es temporalmente la conciencia del inconsciente, el amor del suicida, la pierna del amputado, los ojos de quien ha quedado ciego, un medio de locomoción para el niño, la experiencia y la confianza para una joven madre, la boca de los demasiado débiles o privados del habla, etc."

La enfermera debe ser capaz de valorar no solamente las necesidades del paciente sino también las condiciones y estados patológicos que las alteran.

Henderson opinaba que "en cada situación las enfermeras que conocen las reacciones psicológicas y fisiológicas a la temperatura y la humedad, la luz y el calor, la presión, los olores, el ruido, las impurezas químicas y los microorganismos, pueden organizar y aprovechar al máximo las instalaciones disponibles",⁶ y modificar el entorno siempre que lo considere indispensable.

⁵ Marriner y Toney...op cit pp. 99

⁶ Marriner y Toney...op cit. pp. 102

Por otro lado define la función 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 contribuya a la salud o su recuperación, actividades que realizaría por sí mismo si tuviera fuerza, conocimiento o voluntad necesaria, todo aquello que de alguna forma le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible.

A partir de esta definición se extraen los conceptos y subconceptos básicos del Modelo de Henderson.

4.4.1 ENFERMERÍA

Definió enfermería en términos funcionales. La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo enfermo o sano, a realizar las actividades que contribuyen a su salud o recuperación (o a una muerte tranquila), que llevaría a cabo sin ayuda, si contara con la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios, haciéndolo de tal modo que se le facilite el logro de independencia lo más rápidamente posible.

4.4.2 SALUD

Henderson no dio una definición propia de salud pero en sus escritos comparó la salud con la independencia y la interpretaba como la capacidad del paciente de realizar sin ayuda los 14 componentes del cuidado de enfermería; Declaró " se trata más bien de la calidad de la salud que de la propia vida, ese margen de vigor mental y físico, lo que permite a una persona trabajar con la mayor eficacia y alcanzar el nivel de satisfacción vital en sus esferas.

4.4.3 ENTORNO

Tampoco dio en este caso una definición propia, acudió al Webster's New Collegiate Dictionary de 1961, en él se define como "el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo" consideró:

- Las personas que están sanas pueden controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en dicha capacidad.
- Las enfermeras deben formarse en cuestiones de seguridad.
- Las enfermeras deben proteger a los pacientes de lesiones mecánicas.

4.4.4 PERSONA (PACIENTE)

Henderson pensaba en el paciente como un individuo que necesita asistencia para recuperar su salud o independencia o una muerte tranquila y que el cuerpo y el alma son inseparables, así contempla al paciente y a su familia como una unidad y considera que:

- Las personas deben mantener el equilibrio fisiológico y emocional.
- El cuerpo y la mente de una persona no se pueden separar.
- El paciente requiere ayuda para conseguir su independencia.

4.4.5 NECESIDADES

Cada persona configura como ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales que tienen 14 Necesidades Básicas o requisitos que deben satisfacer para mantener su integridad física y promover su desarrollo y crecimiento. Estas necesidades son:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber de forma adecuada.
3. Evacuar los desechos corporales.
4. Moverse y mantener una postura adecuada.
5. Dormir y descansar.
6. Elegir la ropa adecuada (para vestirse y desvestirse).
7. Mantener la temperatura del cuerpo dentro de un margen adecuado seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales.
8. Mantener la higiene corporal y un buen aspecto y proteger la piel.
9. Evitar los peligros del entorno y evitar dañar a los demás.
10. Comunicarse con los otros expresando las propias emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Actuar con arreglo a la propia fe.
12. Actuar de manera que se tenga la sensación de satisfacción con uno mismo.
13. Disfrutar o participar en diversas formas de entretenimiento.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad para alcanzar un desarrollo y una salud normales y acudir a los centros sanitarios disponibles.

4.5 ANATOMÍA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO

El aparato genital femenino, para su estudio se divide en genitales externos, internos y órganos accesorios que son las mamas.

4.5.1 GENITALES EXTERNOS

Los genitales externos femeninos también referidos como la vulva, incluyen las siguientes estructuras:

4.5.1.1 MONTE DE VENUS

Tiene una forma triangular de base superior, está situada sobre la sínfisis del pubis con abundante tejido graso y con glándulas sebáceas y sudoríparas, está recubierta por vello y sirve de amortiguador durante los movimientos coitales.

4.5.1.2 LABIOS MAYORES

Están formados por dos pliegues o salientes cutáneos que rodean la terminación inferior de la vagina. Por delante se continúan con el Monte de Venus y por detrás se fusionan entre sí. Durante el embarazo se hipervascularizan y su función principal es proteger las estructuras situadas entre ellos.

4.5.1.3 LABIOS MENORES

Están constituidos por dos pliegues cutáneos, que están situados por dentro de los labios mayores. Por delante se originan por debajo de los labios mayores y forman un desdoblamiento que engloba el clítoris. Por detrás, después de haber rodeado la desembocadura de la vagina, se fusionan entre sí y constituyen la horquilla perineal. Son ricos en glándulas sebáceas, tienen tejido eréctil y múltiples terminaciones nerviosas táctiles. Sus funciones son: lubricar, recubrir la piel vulvar con una película impermeable y producir secreciones. Aumentan de tamaño durante la pubertad y disminuyen después de la menopausia debido al hipostrogenismo de la mujer.

4.5.1.4 CLÍTORIS

El clítoris es un órgano eréctil, vascularizado y con abundantes terminaciones nerviosas. Es la región más erógena del aparato genital femenino y produce una secreción denominada esmegma.

4.5.1.5 VESTÍBULO

El vestíbulo es una zona comprendida entre los labios menores. Sus límites están constituidos por la línea de inserción de la cara interna de los labios menores. En la parte anterior del vestíbulo se encuentra el meato urinario o porción terminal de la uretra, y por detrás de él, la terminación inferior de la vagina.

4.5.1.6 HIMEN

El himen es una membrana cutánea que cierra parcialmente la extremidad inferior de la vagina. Por fuera del himen en la base del vestíbulo, existen dos pequeñas elevaciones papilares que contienen los orificios de los conductos de las glándulas vulvovaginales de Bartholin, que secretan un moco claro y viscoso de pH alcalino y que aumenta la viabilidad y la motilidad de los espermatozoides que sean depositados en la vagina durante el acto sexual. Estas glándulas son susceptibles de infectarse y entonces pueden alojar diferentes tipos de gérmenes tales como *Neisseria gonorrhoeae*.

4.5.2 GENITALES INTERNOS

Los genitales internos en la mujer están constituidos por la vagina, el útero, las trompas de Falopio y los ovarios. Son los órganos blanco de los estrógenos y tienen una función única en la reproducción.

4.5.2.1 VAGINA

La vagina es un conducto que pone en comunicación la cavidad uterina con la vulva, generalmente es llamada canal del parto. Este órgano tiene una rica irrigación sanguínea que le permite mantener un contenido alto de glucógeno en las células epiteliales y que le permite nutrir adecuadamente a la capa musculofacial subyacente, a través de la que, la cúpula vaginal se une fuertemente con el cerviz. Otras funciones de la vagina consisten en ser una vía de tránsito para la expulsión del sangrado menstrual.

4.5.2.2 ÚTERO

Es un órgano muscular, hueco, de paredes gruesas, intrapélvico, el cuerpo y parte del cerviz, situado en el centro de la excavación pelviana entre la vagina y el recto, y su más importante función, consiste en albergar al producto de la gestación durante todo el embarazo.

El útero tiene forma de pera y su tamaño varía de acuerdo con la edad y la paridad de la mujer. Pero generalmente la longitud oscila entre 6 y 9 cm. la anchura entre 3 a 4 cm, y el espesor entre 2 a 3 cm; y el peso también es variable, entre 70 a 100 g. se compone de dos partes, anatómica y funcionalmente distintas, el cuerpo y el cuello, que están separadas por el istmo, zona que sólo tiene importancia al final del embarazo, cuando las fibras musculares ístmicas son distendidas hasta llegar a formar el denominado segmento inferior uterino.

El cuerpo uterino en la mujer adulta representa las dos terceras partes del volumen total del útero. Ocupa la porción superior del útero y es una formación eminentemente muscular. En su centro posee una cavidad de forma triangular que se comunica en su extremidad superior con las trompas y en su extremidad inferior, a través del istmo, con el cuello uterino.

El cuello uterino o cerviz tiene alrededor de 2 cm de longitud, semeja un conducto y su salida hacia la vagina se llama orificio externo y la entrada hacia el cuerpo se llama orificio interno.

4.5.2.3 TROMPAS DE FALOPIO

Las trompas de Falopio o tubas son dos, una a cada lado del útero y ponen en comunicación la cavidad uterina con la cavidad abdominal e indirectamente con el ovario. Las funciones de la trompa de Falopio son: transportar el óvulo, desde el ovario hasta el útero (con duración de 3 a 4 días), es el sitio donde se lleva a cabo la fecundación y proporciona un ambiente tibio, húmedo y nutritivo para el huevo o cigoto (huevo fecundado).

4.5.2.4 OVARIOS

Al igual que las trompas, son dos. Son órganos intrapélvicos y desempeñan dos importantes funciones:

- a) producción del gameto femenino y
- b) secreción de hormonas esteroideas

Cada uno pesa de 6 a 10 g., y tiene 1.5 a 3 cm, de ancho 2 a 5 cm. de largo y 1 a 1.5 cm. de espesor. Tienen color gris blanquecino y su superficie es lisa hasta la pubertad y presentan una serie de eminencias causadas por las formaciones foliculares.

En los ovarios se producen dos hormonas que son muy importantes: los estrógenos y la progesterona. Los estrógenos están relacionados con los caracteres sexuales femeninos y la progesterona se le denomina la hormona del embarazo, porque a través de su efecto sobre el útero, permite mantener la gestación.⁷

⁷ Ramírez Alonso Félix. Obstetricia para la Enfermera Profesional. El Manual Moderno. México, D. F. pp. 16-22

4.6 ECLAMPSIA

La Toxemia es una enfermedad hipertensiva aguda de la gestación, del puerperio o de ambos, a la que en su fase sin convulsiones se le da el nombre de **Preeclampsia** y en su período convulsivo el de **Eclampsia**. De acuerdo con esta definición, la preeclampsia y la eclampsia son etapas de un mismo padecimiento.

Esta enfermedad se puede dividir en **Toxemia Impura**, cuando la paciente tiene antecedentes positivos de Hipertensión Arterial Crónica, de Diabetes Mellitus o de Nefropatías previas y la sintomatología se presenta antes de la semana 34 de gestación; por otro lado la **Toxemia Pura**, se presenta generalmente después de la semana 34 y la paciente no tiene los antecedentes antes descritos.⁴

Cuando hablamos del término “síndromes hipertensivos agudos del embarazo”, existen varias clasificaciones, según el Comité Americano de Salud Materna, se clasifican en:

1. Enfermedad Aguda Hipertensiva del Embarazo cuya aparición debe ser después de la semana 20 de gestación y se divide en:
 - ✓ Preeclampsia Leve
 - ✓ Preeclampsia Severa
 - ✓ Eclampsia

2. Enfermedad Vascul ar Crónica Hipertensiva con Embarazo (hipertensión esencial):
 - ✓ Sin Toxemia Aguda Agregada, que comprende la hipertensión comprobada antes del embarazo o la hipertensión descubierta durante el embarazo
 - ✓ Con Toxemia Aguda sobreagregada
 - ✓ Toxemia Recurrente
 - ✓ Toxemia No Clasificada

En los sucesivos nos referiremos exclusivamente a la entidad clínica Eclampsia que es el diagnóstico que corresponde al caso clínico por desarrollar.

⁴ Ibidem. pp. 219

4.6.1 DEFINICIÓN

El término Eclampsia significa "relámpago súbito" y es la culminación de la preeclampsia, caracterizado por la presencia de crisis convulsivas y estado de coma. Las crisis convulsivas son más frecuentes en el curso del trabajo de parto, siendo el pronóstico de esta patología sombrío y severo, pues hay que señalar que de cada 100 pacientes eclámpicas, 12 fallecerán y la causa más frecuente es la hemorragia cerebral.

La crisis convulsiva eclámpica consta de 4 periodos:

1. Período de Iniciación, en este periodo la paciente queda estática, pierde la conciencia, presenta contracciones en los músculos de la cara y en los miembros, también en los globos oculares de las órbitas y finalmente quedan desviados hacia un lado. Tiene dilatadas las pupilas y hay cierta desviación de las comisuras labiales y esto hace que la paciente tenga una aparente fase satídica, esta fase dura 10 a 20 segundos.
2. Fase de Contracciones Tónicas, en esta fase, la paciente suspende la respiración y se torna cianótica, hay ingurgitación de las venas yugulares, tiene la cabeza desviada hacia un lado, flexiona las extremidades superiores e inferiores, cierra las manos apretando los puños y parece que todos los músculos de su cuerpo entran en contracción tetánica, que a veces puede llegar al opistótonos, esta fase tiene una duración de 20 a 30 segundos.
3. Fase de Contracciones Clónicas, en esta fase la paciente reanuda la respiración pero es ruidosa, estertorosa y disneica, disminuye la cianosis y la presión arterial continua elevada, el pulso esta acelerado y los músculos presentan una serie de contracciones que hacen que la paciente se agite toda en su cama, esta fase dura de 2 a 3 minutos. El aspecto que presenta es muy impresionante y esto se acentúa porque, en la fase de contracciones tónicas, la paciente pudo haberse mordido la lengua y entonces puede arrojar espuma sanguinolenta.
4. Estado de Coma, la paciente continua cianótica, inconsciente, con espuma sanguinolenta por la boca, con respiración estertorosa y el pulso acelerado, la presión puede estar más elevada que la que tenía antes de la crisis convulsiva, tiene las pupilas dilatadas y ausencia de reflejos.

4.6.2 ETIOLOGÍA

Se dice que la Eclampsia es la enfermedad de las teorías, porque no hay ninguna hipótesis que explique de una manera total y aceptable su aparición. Las teorías que en la actualidad tratan de explicarla son las siguientes:

1. Predisposición Genética.

La tendencia familiar a la enfermedad ha sido reportada y se considera como evidencia de que se transmite en forma hereditaria; así, el riesgo de presentarla es mayor en mujeres cuyas madres y hermanas sufrieron la enfermedad. Cooper y Liston analizaron la frecuencia de aparición familiar y confirmaron la idea de que la enfermedad es heredada por medio de herencia recesiva mendeliana.

De acuerdo con Estark es causada por una disfunción genética mitocondrial mediada por factor de necrosis tumoral. Amgrimsson y su grupo reportaron datos que apoyan el hecho de que la susceptibilidad a la eclampsia familiar se encuentra localizada en el locus del cromosoma 7 en la región que codifica al gene que sintetiza el óxido nítrico endotelial; otra región que se ha sugerido como probable es en el brazo largo del cromosoma 4.

2. Teoría Inmunológica.

Uno de los cambios en el organismo materno más importante y temprano que se da en el embarazo, es en la respuesta inmune, que desde el primer trimestre de la gestación ocasiona cambios morfológicos y bioquímicos en la circulación sistémica y uteroplacentaria y que ocasiona entre la madre y el producto una tolerancia inmunológica mutua. Al parecer esta tolerancia inmunológica entre la madre y el producto se pierde durante la eclampsia.⁹

3. Invasión Trofoblástica Anormal.

Durante el tercer trimestre, los vasos afectados sufren distensión, convirtiéndose en vasos dilatados, tortuosos, que se abren al espacio intervelloso. Este tipo de arterias uteroplacentarias pierden la respuesta a las influencias vasomotoras porque pierden tejido vascular elástico y su inervación anatómica, lo que ocasionará una menor resistencia y un incremento en el flujo sanguíneo, así como una presión de pulso menor dentro del espacio intervelloso y a través de este. El proceso de hipoxia se ha confirmado con los cambios encontrados en el trofoblasto en el que el sincitio trofoblasto es anormal con áreas de muerte celular y degeneración.

⁹ Tenorio Marañón Filiberto. Cuidados Intensivos en la Paciente Obstétrica Grave. Ed. Prado. México, D. F. pp. 132.

La isquemia también activa neutrofilos, así como la elevación en los niveles de elastasa y el incremento de los radicales libres de oxígeno no excluye la posibilidad de la hipótesis de la isquemia placentaria. Estos cambios hipoxicos producen un daño endotelial en una primera etapa esta confinado a la vasculatura placentaria y posteriormente se transforma en un daño endotelial generalizado.

4.6.3 FISIOPATOLOGÍA

La alteración fisiopatológica inicial en el padecimiento es la lesión al endotelio y en forma secundaria se producen otras alteraciones secundarias como son el vasoespasmio, trastornos de la coagulación, alteraciones de la permeabilidad capilar e hipovolemia, que son finalmente los que ocasionan los datos clínicos característicos del padecimiento y aquellas complicaciones que producen las lesiones orgánicas en estas pacientes y eventualmente la muerte.

LESION ENDOTELIAL.

Las células endoteliales forman la pared de los vasos sanguíneos al unirse entre sí por medio de la colagena y diversos glucosaminoglicanos incluyendo la fibronectina. Se considera a la prostaciclina, al factor relajante del endotelio, el óxido nítrico, como los mediadores más importantes de vasodilatación, la regulación de la función vascular por el endotelio no sólo depende de sustancias vasodilatadoras, sino también de mecanismos de contracción derivados del endotelio. Las contracciones producidas por la anoxia quizá son producto de secreción de endotelina y el anión superóxido de las células endoteliales vasculares lesionadas y macrófagos en las células la exposición de la capa subendotelial por lesión o eliminación de las células endoteliales produce agregación plaquetaria y liberación de tromboxanos 2 y componentes activos para la coagulación. Las propiedades anticoagulantes de las células endoteliales están representadas por el heparán sulfato, la trombomodulina y la proteasa nexina. El endotelio tiene participación activa en la fibrinólisis mediante la secreción de activadores del plasminógeno, dos tipos diferentes de este, el tisular, que es el más importante y el de urocinasa que inducen fibrinólisis al convertir plasminógeno en plasmina. Algunas hipótesis en relación al daño endotelial son:

HIPÓTESIS DE LA ISQUEMIA PLACENTARIA.

Durante el primer estadio existe una alteración del proceso que afecta las arterias espirales maternas y que resultan en una deficiente perfusión de sangre materna a la placenta; el segundo estadio comprende los efectos de la isquemia placentaria en la madre y el feto. No hay cambios cualitativos en la membrana velocitaria del sincitiotrofoblasto, pero si hay diferencias cuantitativas entre el embarazo normal y el complicado con eclampsia.

OTRA HIPÓTESIS.

Es que existe un incremento en la toxicidad de las lipoproteínas de muy baja densidad, que causa disfunción del endotelio en la eclampsia, ya que hay un aumento en las demandas de energía durante el embarazo.

VASOSPASMO.

El vasospasmo es una de las alteraciones más importantes e iniciales en la fisiopatología de la eclampsia, su hallazgo se basa en observaciones directas de los pequeños vasos sanguíneos en los lechos ungueales, fondo de ojo y se ha corroborado en diversos estudios con medición directa de la resistencia vascular sistémica y es considerada una de las principales causas de alteraciones histológicas observadas en los diversos órganos afectados.¹⁰

La vasoconstricción provoca resistencia al flujo sanguíneo y explica el desarrollo de la hipertensión arterial sistémica, uno de los principales datos clínicos de la eclampsia.

ALTERACIÓN DE PERMEABILIDAD CAPILAR.

El daño endotelial en el glomérulo por los peróxidos lípidos y el incremento de la permeabilidad a las proteínas del endotelio en la circulación sistémica producirían alteración en el equilibrio hídrico, alterando el movimiento transcapilar de líquidos y solutos y podrían explicar el edema y la proteinuria.

Cuando ocurre un daño glomerular, la permeabilidad a las proteínas se incrementa, debido a que el cambio glomerular es constante, la proteinuria en la mujer ecláptica debe depender en parte de una variación funcional, por ejemplo una variación en la intensidad del espasmo renovascular. Roberts y colaboradores han señalado que la lesión endotelial explica el aumento en la permeabilidad vascular, la agregación plaquetaria y la formación de fibrina.

HIPOVOLEMIA.

El incremento del volumen plasmático normal, que puede llegar a ser hasta del 50% del valor durante el embarazo, en la eclampsia está disminuido, en casos severos no existe, al parecer el volumen eritrocitario no cambia, de tal manera que a menudo hay incremento en el hematocrito, observándose hemoconcentración.

Se sabe que la disminución del volumen plasmático circulante, es un hecho típico de la enfermedad.

¹⁰ Ibidem. . pp. 146-147.

TRANSTORNOS DE LA COAGULACIÓN

Los trastornos en la coagulación parecen ser características fisiopatológicas de la eclampsia, al parecer las pruebas de coagulación estándar (TP, TPT) son normales en la mayoría de las pacientes, sin embargo las pruebas más sensibles (factor VIII, antitrombina III, complejos de trombina-antitrombina III y monómeros solubles de fibrina sugieren que la coagulación está activada en un porcentaje alto. El número de plaquetas suele ser normal, pero las mediciones seriadas de tales células en pacientes individuales indican una disminución significativa por consumo de estas en etapas tempranas, antes del comienzo de la enfermedad clínica. La eclampsia ocasiona una mayor activación de la cascada de la coagulación y riesgo elevado de trombosis de venas profundas y cerebrales en el puerperio.

ALTERACIONES EN EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

Se ha demostrado isquemia secundaria a vasospasmo difuso por angiografía cerebral, Doppler transcraneal y tomografía computada.

El edema cerebral fue un hallazgo común en mujeres con eclampsia; incluso con preeclampsia, las principales lesiones postmortem son edema, hiperemia, anemia focal, trombosis y hemorragia. Parece ser que el coma es el resultado de una extensión de las lesiones isquémicas y hemorrágicas en las mujeres con eclampsia. Los hallazgos patológicos indican que el factor patogénico de importancia primaria no es la elevación de la presión sanguínea, sino la gran disminución en la perfusión secundaria a un vasospasmo severo, el cual también incrementa la resistencia periférica total y la presión arterial.

LESIONES HEPÁTICAS.

La lesión hepática primaria es una hemorragia periportal y depósitos de fibrinógeno y fibrina en los sinusoides, las hemorragias pueden ser extensas incluyendo la región subcapsular con ruptura hepática secundaria, estos cambios son secundarios al vasospasmo intenso. La hemorragia de las lesiones puede causar desde un hematoma subcapsular hasta una rotura hepática.

RETINOPATÍA HIPERTENSIVA

Los cambios vasculares en la visualización de fondo del fondo de ojo indican lesiones en la retina por cambios vasculares y es el signo clínico que mejor se correlaciona con los cambios en la biopsia renal, hay espasmo segmentario y una disminución en el diámetro arteriolar y venoso.

4.6.4 CUADRO CLÍNICO

Como se ha señalado con anterioridad las crisis convulsivas son un signo patognomónico de la eclampsia, la cantidad de convulsiones es variable, generalmente de 5 a 15 y la recuperación de la paciente, puede sobrevenir con el parto o con la muerte del producto.

En cuanto a los reportes de laboratorio en la paciente ecláptica, se encuentra que los datos de la química sanguínea, dependen del grado de deterioro renal, en el sistema uroexcretor, hay oliguria que puede llegar a la anuria, existe albuminuria importante, cilindruria y a veces hematuria, en la biometría hemática se aprecia hemoconcentración, puede haber plaquetopenia, elevación de las enzimas hepáticas y hemólisis. En el equilibrio acidobásico se puede encontrar acidosis con disminución del poder de combinación del CO₂.

Los signos agravantes de la eclampsia son; el coma prolongado, el pulso mayor de 120 por minuto, la hipertermia por arriba de 39 grados, las caídas tensionales bruscas, el edema agudo pulmonar, la oliguria acentuada, la anuria, la hematuria y la albuminuria mayor de 10g/L de orina.¹¹

4.6.5 DIAGNOSTICO

Una de las consideraciones más importantes que se deben tener en cuenta es saber si la hipertensión estaba presente antes del embarazo o apareció durante la gestación, es necesario recordar que la aparición de esta enfermedad ocurre después de la semana 20 de gestación y se caracteriza por elevación de la presión sistólica en más de 140 mm de Hg o más de 90 mmHg de presión diastólica, proteinuria que es definida con eliminación igual o mayor a 0.3 g en orina de 24 horas o igual o más de 30 mg/ dl. Otros signos que nos indican una severa descompensación por la enfermedad son:

- Dolor epigástrico
- Cefalea intensa
- Alteraciones visuales
- Estupor
- Náuseas y vómito
- Hipertensión arterial superior a 180/100
- Proteinuria excesiva
- Hiperreflexia
- Hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y plaquetopenia, (Síndrome HELLP).

¹¹ Ibidem. Ramírez Alonso... pp. 221.

4.6.6 TRATAMIENTO MEDICO

La hospitalización de la paciente es imperiosa, lo ideal sería manejarla en terapia intensiva, con aislamiento en cuarto oscuro y en silencio, el manejo debe ser mínimo y gentil, estableciéndose un equilibrio calórico e hídrico por vía parenteral con solución glucosada al 5%.

El médico indicará tipo , dosis, vía de diuréticos, barbitúricos, antihipertensivos que comúnmente son empleados. La paciente ecláptica debe tener colocada una sonda vesical, monitoreo cardíaco continuo, vigilancia de la frecuencia cardíaca fetal en caso de que todavía no haya interrupción del embarazo, la cual debe ser vía abdominal.

Se solicitarán al laboratorio los siguientes exámenes: biometría hemática completa, química sanguínea, general de orina y urocultivo, fibrinógeno, plaquetas y tiempo de protrombina, bilirrubinas, transaminasas y deshidrogenasa láctica, electrolitos, ácido láctico y gasometría arterial. También se solicitará electrocardiograma materno y fetal, ultrasonido fetal y ultrasonido del hígado materno. Una vez que se ha controlado el cuadro toxémico, y se han completado los estudios y la valoración de la paciente y del producto, se procederá a la interrupción del embarazo.

TERAPIA ANTICONVULSIVANTE

El objetivo del uso de medicamentos anticonvulsivantes es prevenir el inicio de crisis convulsivas o la recurrencia en caso de que estas ya se hayan presentado, en algunos casos se utiliza el sulfato de magnesio como preventivo de la aparición de crisis convulsivas y sólo en caso de nula respuesta se utiliza la fenitoína.

El sulfato de magnesio no es un antihipertensivo o un anticonvulsivante, y es posible que su efecto sobre el músculo liso vascular le confiera la propiedad de prevenir las crisis convulsivas, al reducir el vasospasmo cerebral; sin embargo su mecanismo de acción no está bien claro.¹²

HIPERTENSIÓN AGUDA

En hipertensión grave aguda la hidralacina es uno de los fármacos más utilizados, con un inicio de acción de 20 minutos y duración de acción de 6 a 8 horas. La nifedipina es otro medicamento muy utilizado, pero puede ocasionar una caída rápida en la tensión arterial ocasionando hipotensión, la alfametildopa es otro medicamento benéfico ya que mantiene un flujo uteroplacentario normal.

¹² Ibidem. Tenorio Marañón.... pp. 165-166.

OTRAS MEDIDAS

- Ventilación mecánica
- Soporte hemodinámico con fármacos inotrópicos
- Hemodiálisis.

MONITOREO

- Colocación de catéter central
- Catéter de flotación
- Oximetría de pulso continua
- Monitoreo fetal.

4.6.7 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Es conveniente mencionar que en la atención de la paciente obstétrica, la enfermera juega un papel preponderante en cuanto a orientación adecuada, vigilancia para poder dar a luz a un bebé sano. Una forma de lograr lo anterior es identificar y corregir factores de alto riesgo; lo cual significa que debemos estar preparadas para hacer una revisión rápida, emprender medidas vitales según sea necesario y brindar ayuda a la paciente embarazada con; **calidez, oportunidad, veracidad, responsabilidad profesional, respeto y sensibilidad al dolor humano.**

En el manejo de la paciente con eclampsia la intervención del personal de enfermería es esencial, ya que su presencia es sinónimo de evaluación continua y por lo tanto de abordaje inmediato ante signos de alarma, entre otros estos son los cuidados importantes en este padecimiento:

- Reposo completo en cama
- Disminuir estímulos luminosos o con ruido
- Mantener cama con barandales
- Instalar sonda nasogástrica para la administración de medicamentos

- Conservar a la mano equipo necesario en caso de convulsiones como: cánula de Guedel, oxígeno suplementario, equipo de intubación o ventilación mecánica, equipo de aspiración portátil funcionando, jeringas con diacepam, sulfato de magnesio y su antidoto, gluconato de calcio, además de otros medicamentos en para casos de urgencia.
- Monitorización cardíaca de manera continuada
- Monitorización fetal (cuando aún no se interrumpe el embarazo)
- Preparar equipo y colaborar en la instalación de catéter central
- Medición de presión venosa central
- Colocación de sonda vesical para cuantificar diuresis horaria
- Toma y registro de tensión arterial cada 15 minutos
- Preparar y administrar medicamentos antihipertensivos indicados
- Preparar y administrar medicamentos anticonvulsivantes indicados
- Estar alerta ante signos de sufrimiento fetal agudo como sería bradi o taquicardia.
- Toma y envío de muestras de laboratorio, tipificación y cruce de sangre
- Toma y envío de gasometría arterial
- Vigilancia estrecha
- Vigilancia de signos que pudieran indicar la evolución de la enfermedad y notificarlos con oportunidad
- Buscar signos datos de sangrado en encías, vías aéreas o sitios de venopunción, puesto que el vasospasmo generalizado puede desencadenar una coagulación intravascular diseminada.
- Determinación con tiras reactivas de proteínas en orina
- Anotar de manera exacta los registros clínicos de enfermería
- Proporcionar orientación y apoyo emocional a paciente y familiares
- Establecer comunicación estrecha con la paciente.

5. HISTORIA CLÍNICA

5.1. HISTORIA CLÍNICA MEDICA

Fecha: 17 - 09 - 03

Nombre: A.H.F.

Edad: 18 años

Estado Civil: Soltera

Religión: Católica

Escolaridad: Secundaria

MOTIVO DE INGRESO HOSPITALARIO

PA Paciente de 18 años de edad, G-I, Embarazo de 39 SDG, FUR 15-Dic.-2002, al interrogatorio indirecto la madre de la paciente refiere que hace tres días inició con edema palpebral que se fue incrementando, sin datos de vaso espasmo, el día de hoy a las 4:00 a.m. presenta crisis convulsivas tónico clónica generalizadas, previo a esto ocurre cefalea intensa y náusea, motivo por el cual es traída al servicio de Toco-cirugía.

AHE Madre de 39 años aparentemente sana. Padre de 37 años aparentemente sano. Un hermano aparentemente sano.

APNP Originaria y residente del Estado de México, con estudios de secundaria, dedicada al hogar, soltera, religión católica, habita en casa propia contando con todos los servicios intra y extradomiciliarios, convive con 3 personas. Grupo y Rh O positivo, alcoholismo, tabaquismo y toxicomanías negadas.

AGO Menarca a los 13 años, ritmo 28 x 3, dismenorrea, IVSA a los 16 años, una pareja sexual, MPF preservativo, DOC nunca, G I, FUR 15-Dic.-2002 FPP 22-Sep.-2003 G I, Pie positivo, al mes control prenatal con Médico Familiar con aproximado de 6 visitas.

APP Enfermedades exantemáticas propias de la infancia.
Niega quirúrgicos, traumatismos, alérgicos y transfusionales

SV Diastólica con valor de 150/120, FC 100 x', FR 18, Temperatura 35° C.

EF Paciente bajo efecto de sedación, regular estado de hidratación, con cánula orotraqueal, pupilas con respuesta a estímulos luminosos, isocóricas, abdomen con presencia de herida quirúrgica sin datos de sangrado, cubierta con apósito, fondo uterino por debajo de cicatriz umbilical, genitales normales, con sonda vesical drenando orina de características macroscópicas normales, extremidades inferiores con presencia de edema +++.

5.2 HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERIA DE VIRGINIA HENDERSON

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: A.H.F. Sexo: Femenino Edad: 18 años Peso: 80 Kg. Talla: 1.60 m
 Ocupación: Lugar Escolaridad: Secundaria
 Procedencia: Domicilio Fecha de admisión: 17-09-03 Hora: 10:00
 Fuente: Madre de la paciente

VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

NECESIDADES BÁSICAS

1. OXIGENACIÓN

Subjetivo:

¿Esta bien ventilada la habitación en la que pasa la mayor parte de su tiempo?

Si

¿Fumaba usted antes de su embarazo? SI _____ NO _____

Si la respuesta es sí ¿Cuántos cigarrillos al día?

1 a 5 _____ 6 a 10 _____ 11 a 20 _____ + de 20 _____

¿Hay en su casa uno o varios fumadores? SI _____ NO X

¿Ha tenido dificultades respiratorias o molestias?

Siempre _____ Ocasionalmente _____ X _____ Nunca _____

¿Utilizó algún método de control respiratorio para ayudarle durante su estancia en el hospital?

SI _____ X _____ NO _____

¿Cuál? _____ Ventilación mecánica

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

¿Con qué frecuencia?

¿Sabe que tipo de dieta debe de llevar para favorecer la lactancia? _____ **NO** _____

¿Qué cantidad de líquidos? _____ **NO** _____

Dieta habitual:

ALIMENTOS	Diario	C/3er. Día	C/8 días	Esporádica	Nunca
Leche					
Carne			X		
Pescado				X	
Huevo		X			
Fruta		X			
Verduras		X			
Legumbres			X		
Cereales		X			
Pan	X				
Tortilla	X				
Chatarra					

Objetivo:

¿Turgencia de la piel?

NO

Membranas mucosas: Hidratadas _____ **X** _____ Secas _____

Características de:

Uñas: _____ **Normales** _____

Cabello: _____ **Implantación normal** _____

Funcionamiento muscular y esquelético:

Aceptable

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

¿Conoce usted el tiempo que le durará el sangrado?

SI _____ NO _____

Objetivo:

Abdomen características: _____ con herida quirúrgica sin datos de sangrado _____

Involución Uterina: _____ Buena _____ Altura del fondo uterino: _____ abajo de cicatriz umbilical _____

Ruidos Intestinales: _____ Presentes _____

Palpación globo vesical: _____ No _____

Genitales: _____ Normales _____

4. MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Subjetivo:

¿Qué deporte o actividad física más?

Correr _____ Aeróbicos _____ Bicicleta _____

Actividad en su tiempo libre:

_____ Ninguna _____

¿Da algún paseo fuera de su casa? SI _____ X _____ NO _____

¿Práctica ejercicio prenatales? SI _____ NO _____ X _____

¿Conoce los ejercicios que se deben hacer después del parto?

SI _____ NO _____ X _____

¿Conoce las posiciones que debe de adquirir para amamantar a su hijo?

SI _____ NO _____ X _____

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Objetivo

No valorable por estado neurológico

Estado: _____ Ansiedad _____ Estrés _____

Lenguaje: Claro _____ Respuesta a estímulos: _____

6. USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Subjetivo

¿Influye su estado de ánimo para la selección de las prendas de vestir?

¿Su autoestima es determinante en su modo de vestir?

¿Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría?

El día que egrese del hospital hará uso de:

Pañoleta: _____ Calcetas _____ Abrigo _____

¿Qué creencias tiene usted respecto a la lactancia con la manera de vestir?

Objetivo

¿Viste de acuerdo a su edad? SI _____ X _____ NO _____

Capacidad motora para vestirse y desvestirse:

Adecuada _____ X _____ Inadecuada _____

7. TERMORREGULACIÓN

Subjetivo:

¿La casa que habita es?

Fría _____ Caliente _____ X _____

¿Tiene problemas para controlar la temperatura de su casa?

Siempre _____ A veces _____ Nunca _____ **X** _____

¿Es usted sensible a los cambios de temperatura?

SI _____ NO _____ **X** _____

Cuando cree que tiene fiebre ¿Usa termómetro?

SI _____ **X** _____ NO _____

¿Cómo se la toma? Bucal _____ Axilar _____ **X** _____

¿Temperatura ambiente que le es agradable? _____ de 15° a 20° _____

Objetivo:

Temperatura corporal: _____ **35.5° C** _____

Características de la piel: _____ Limpia _____ Transpiración: _____ Normal _____

8. NECESIDADES DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Subjetivo

Frecuencia de aseo: Baño diario: _____ **X** _____ Cada 3er día: _____

Cada 8 días: _____ Esporádico: _____

Horario preferido para bañarse:

Por la mañana: _____ Por la noche: _____ **X** _____

Frecuencia del aseo dental: Una vez al día _____ Dos veces al día: _____ **X** _____

Tres veces al día: _____ Esporádico: _____

Prótesis dentales: SI _____ NO _____ **X** _____

Parcial _____ Completa _____

¿Fecha de la última visita al dentista? _____ Un año aproximado _____

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Aseo de manos:

Antes y después de comer _____ X _____

Después de ir al baño _____

¿Sabe como asear sus pezones antes y después de amamantar a su hijo?

SI _____ NO _____

Si la respuesta es SI especifique como y la frecuencia: _____

¿Ha pensado como cuidar la piel de su abdomen después del parto? _____

Objetivo:

Aspecto general: _____
Aceptable

Olor corporal: _____
Normal

Halitosis: _____
NO

Estado del cuero cabelludo: _____
Limpio

Presencia lesiones dérmicas: _____
Ninguna

Cambios tegumentarios propios del embarazo: _____
NO

9.NECESIDADES DE EVITAR PELIGROS

Subjetivo

Miembros que componen su familia de pertenencia

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN
	Padre	39	Secundaria	Carpintero
	Madre	37	Primaria	Hogar
	Hermano	15	Secundaria	Estudiante

¿Es usted alérgica a algún medicamento?

SI _____ NO A otras sustancias _____

Especifique _____

¿Tomo algún medicamento que no haya prescrito el médico durante su embarazo?

SI _____ NO ¿Cuál? _____

¿Llevo control prenatal? SI NO _____

¿Cuántas consultas? _____ 7 _____

¿Sabe cuándo debe acudir a consulta después del parto?

SI _____ NO _____

¿Sabe por que es importante que la revisen?

SI _____ NO _____

¿Tiene temor a la responsabilidad de tener un hijo?

SI _____ NO _____

¿ Y en su pareja ? _____

¿Qué actitud toma ante situaciones de tensión en su vida?

Tranquila Se estresa _____ Le da sueño _____

Come mucho Ríe sin control _____ Indiferencia _____

¿Busca una solución inmediata ? _____ A veces _____

Objetivo:

¿Deformidades congénitas?

Ninguna _____

¿Condiciones del ambiente en el hogar?

Aceptable _____

¿Condiciones de su ambiente laboral? _____

Su creencia religiosa le genera conflictos personales:

NO

Principales valores en su familia: La familia

Principales valores en su persona: La honestidad

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

Siempre

Objetivo:

Hábito específico de vestir (relacionado con su grupo social religioso):

NO

¿Permite el contacto físico? SI

¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias?

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Subjetivo:

¿Trabaja actualmente? SI NO X

Tipo de trabajo:

Riesgos:

¿Cuánto tiempo dedica a su trabajo?

¿Está satisfecho con su trabajo?

¿La remuneración que percibe le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia?

SI NO ¿Por qué?

¿Está satisfecha con el rol familiar que juega?

Objetivo:

Estado emocional: Tranquila, ansioso, enfadado, retraído, temeroso, irritable, inquieto, eufórico: Tranquila

Otros: Algunas veces nerviosa

13. NECESIDADES DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Subjetivo:

Actividades que realiza en su tiempo libre: Caminar

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

¿Existen recursos recreativos en su comunidad?
SI

¿De que tipo? Deportivas y culturales

¿Forma parte de alguna sociedad: Deportiva _____ Cultural _____
Profesional _____

¿Cuáles son sus pasatiempos favoritos? Ver la televisión

Objetivo:

Integridad neuromuscular:

¿Rechaza las actividades recreativas?
SI

Su estado de ánimo es: Apático _____ Aburrido _____ Participativo X

14. **NECESIDAD DE APRENDIZAJE**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Subjetivo:

Nivel de educación:

Secundaria

Problemas de aprendizaje:

NO

Limitaciones cognitivas:

NO

Tipo:

Preferencias para leer y/o escribir:

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

NO

¿Sabe como utilizar estas fuentes de apoyo?

NO

¿ Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud ?

SI

Otros:

Objetivo:

Estado del sistema nervioso central:

Bajo sedación

Organos de los sentidos:

Normales

Estado emocional:

No valorable

Memoria reciente:

Otras manifestaciones:

6. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

En el Plan de Cuidados se plantearon los siguientes diagnósticos de enfermería:

NECESIDAD	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA
Oxigenación	Patrón respiratorio ineficaz relacionado con la falta de automatismo ventilatorio, manifestado por cianosis.
Evitar peligros	Alteración de la perfusión hística cerebral y periférica relacionado con cambios neuroquímicos y reducción mecánica del flujo venoso arterial, manifestado por crisis convulsivas y aumento en la tensión arterial.
Termorregulación	Alteración de la termorregulación relacionado por un bajo índice de la temperatura corporal normal, manifestado por hipotermia
Eliminación	Retención urinaria relacionada a una mala regulación circulación hídrica manifestado, por bajos volúmenes urinarios
Comunicación	Alteración de la comunicación relacionado con efecto de hipnóticos-sedantes, manifestado por somnolencia.
Hidratación	Alteración de déficit de líquidos relacionados con disminución de volumen circulante en el transoperatorio manifestado por oliguria.
Aprendizaje	Déficit de conocimientos: eclampsia relacionada con falta de información sobre la misma, manifestado por angustia, inquietud y falta de adaptación a los cambios

6.1 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

NECESIDAD: Oxigenación

Dx. DE ENFERMERÍA: Patrón respiratorio ineficaz relacionado con la falta de automatismo ventilatorio, manifestado por cianosis.

OBJETIVO:

- Mantener un adecuado nivel de oxemia.
- Favorecer un óptimo intercambio gaseoso.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACION CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
Conectar a la paciente por medio de la cánula endotraqueal al ventilador mecánico con parámetros indicados.	La ventilación mecánica es un sustituto eficaz de la función respiratoria de forma transitoria.	El apoyo ventilatorio fue eficaz y se mantuvieron los parámetros indicados de oxigenación.
Tomar y enviar al laboratorio una muestra de gasometría arterial.	La gasometría arterial nos permite hacer ajustes a nivel metabólico y respiratorio.	La gasometría obtenida reportó parámetros normales (PH 7.4, PCO2 28, HCO3 20, ST 98.8%).
Auscultación de campos pulmonares.	Es un medio óptimo para verificar una adecuada salida de aire en campos pulmonares.	Se aprecia una buena ventilación.
Aspiración de secreciones con técnica aséptica.	La permeabilidad de vías aéreas asegura una adecuada difusión de oxígeno a nivel tisular pulmonar.	La presencia de secreciones fue mínima quedando la vía aérea permeable.

NECESIDAD: Evitar Peligros

Dx. DE ENFERMERIA: Alteración de la perfusión hística cerebral y periférica relacionado con cambios neuroquímicos y reducción mecánica del flujo venoso arterial, manifestado por crisis convulsivas y aumento en la tensión arterial.

OBJETIVO:

- Evitar alteraciones titulares, cerebrales y corporales.
- Regular y mantener la tensión arterial dentro de parámetros normales.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
Preparar y administrar nitropusiato de sodio con bomba de infusión.	El nitropusiato de sodio es un vasodilatador de acción directa y sistémica; es el antihipertensivo de elección en la eclampsia.	Se logró disminuir la tensión arterial a las 2 horas posteriores del inicio de la infusión a 140/100 mmhg.
Tomar y registrar tensión arterial cada 15 minutos.	El término legales lo escrito es una prueba fehaciente del trabajo de enfermería.	Se evaluó de manera continua la tensión arterial y se realiza registro en formato correspondiente.
Preparar y administrar dosis de impregnación de difenilhidantoína indicada.	La fenilhidantoína es un anticonvulsivante que actúa bloqueando la transmisión neuronal durante las descargas eléctricas; previniendo la hipoxia y el aumento del metabolismo cerebral si se presentaran las convulsiones.	Durante el turno no presentó crisis convulsivas.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

NECESIDAD: Termorregulación

Dx. DE ENFERMERIA: Alteración de la termo regulación relacionado por un bajo índice de la temperatura corporal normal, manifestado por hipotermia.

OBJETIVO:

- Mantener la temperatura dentro de los índices normales.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	EVALUACION
Colocar cobertor eléctrico.	Es común en el postoperatorio inmediato la disminución de la temperatura corporal porque existe el incremento de gasto metabólico.	Se mantuvo una temperatura corporal aceptable.
Vigilar el incremento de la temperatura corporal.	El termómetro constituye un medio auxiliar útil para detectar variaciones importantes en la temperatura corporal.	Se consiguió elevar la temperatura corporal a 36.8 °C y se mantuvo constante durante el turno.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

NECESIDAD: Eliminación

Dx. DE ENFERMERIA: Retención urinaria relacionada a una mala regulación circulación hídrica manifestado, por bajos volúmenes urinarios.

OBJETIVO:

- Conservar una adecuada filtración glomerular.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
<p>Mantener la terapia intravenosa para sustitución de líquidos según se indique.</p>	<p>La administración de líquidos parenterales es un medio eficaz para la reposición volumétrica, misma que mejora el gasto cardiaco y con ello el riesgo a nivel renal.</p>	<p>Se administraron cargas de soluciones indicadas.</p>
<p>Preparar y administrar 20 mg de furosemide según indicación.</p>	<p>El furosemide es un diurético que facilita la excreción de sodio y agua, además de tener propiedades vasodilatadoras intrínsecas.</p>	<p>Se administra medicamento indicado.</p>
<p>Verificar la adecuada permeabilidad de la sonda vesical.</p>	<p>Comprobar el buen funcionamiento de los medios auxiliares de tratamiento es tarea de enfermería.</p>	<p>Se corrobora durante el turno la diuresis de la paciente y presenta un volumen urinario adecuado.</p>

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

NECESIDAD: Comunicación.

Dx. DE ENFERMERIA: Atención de la comunicación relacionado con efecto de hipnóticos-sedantes, manifestado por somnolencia.

OBJETIVO:

- La paciente mantendrá comunicación.
- Favorecer la relación enfermera paciente.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	EVALUACIÓN
<p>Establecer comunicación con la paciente y explicarle los objetivos del tratamiento así como la asistencia de enfermería.</p>	<p>Durante el tratamiento en la unidad de cuidados intensivos conviene crear un ambiente agradable; el cual se proporciona fundamentalmente a través de la familia y la enfermera.</p>	<p>Una vez recuperada de los efectos residuales de anestesia se logró establecer comunicación con la paciente a través de lápiz y papel.</p>
<p>Proporcionar apoyo anímico, brindando confianza a la paciente y la familia.</p>	<p>La comunicación en el ambiente terapéutico es de gran importancia ya que tiende a disminuir niveles de ansiedad.</p>	<p>Se logró que la familia se integrara al ambiente terapéutico colaborando ampliamente y fue posible comunicarse con la paciente.</p>

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

NECESIDAD: Aprendizaje

Dx. DE ENFERMERIA: Déficit de conocimientos: eclampsia relacionada con falta de información sobre la misma, manifestado por angustia, inquietud y falta de adaptación a los cambios.

OBJETIVO:

- Propiciar que la paciente se adapte al medio hospitalario

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
Explicar a la paciente en forma clara, precisa y sencilla aspectos generales de su padecimiento.	El conocimiento es una herramienta que brinda seguridad y contribuye a disminuir el temor a lo desconocido.	Se logró que la paciente comprenda su estado físico actual y se muestra más cooperadora.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

7. PLAN DE ALTA

NECESIDAD	OBJETIVOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA
REGULACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL	Lograr que la paciente se concientice de seguir un control médico periódico después de su egreso.	Orientar a la paciente sobre la importancia del control de la tensión arterial para evitar complicaciones posteriores.
NUTRICIÓN	Fomentar el consumo de nutrientes de los diferentes grupos así como la cantidad de los mismos.	Orientar a la paciente sobre el consumo de una dieta blanda hiposódica de 1800 calorías.
MOVIMIENTO	Disminuir el dolor en forma paulatina hasta su desaparición total y evitar complicaciones.	Informar a la paciente cómo tomar en su hogar los analgésicos y demás medicamentos prescritos por el médico.
DEAMBULACIÓN	Orientar sobre la importancia que tiene el ejercicio para la eliminación de loquios y el funcionamiento intestinal.	Explicar los beneficios de la deambulación temprana.
HIGIENE	Brindar bienestar físico y emocional así como disminuir al máximo el riesgo de infecciones.	Orientar sobre la higiene corporal resaltando el cuidado en la herida quirúrgica y aseo de genitales.
LACTANCIA MATERNA	Informar a la paciente que existe el Programa Hospital Amigo del Niño y de la Madre y que puede solicitar asistencia las 24 hrs del día los 365 días del año.	Explicar sobre las ventajas de la lactancia materna para el binomio madre e hijo así como prevenir complicaciones agregadas.

8. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

En base a los objetivos específicos planteados podemos concluir que se proporcionó asistencia de enfermería con calidad, oportunidad y precisión por medio de la jerarquización de necesidades de la paciente. Durante su estancia en el servicio se logró retirar ventilación mecánica a las dos horas de ingreso a la unidad, se controló la tensión arterial y no presentó crisis convulsivas por lo que curso hemodinámicamente estable.

Cabe mencionar que al ser informada la paciente y su familia sobre su estado se obtuvo amplia participación y colaboración en el tratamiento y cuidados de enfermería. Se dio seguimiento a la evolución de la paciente a su egreso del servicio de terapia intensiva en el piso de Gineco-Obstetricia donde se comprobó la práctica de la lactancia materna. A su egreso hospitalario se proporcionó orientación sobre cuidados en el hogar y una semana más tarde se le entrevistó en la consulta externa corroborando su estado actual brindándole nuevamente orientación y reafirmando aspectos generales de educación para la salud.

Se logró sensibilizar al personal de enfermería adscrito al servicio de Terapia Intensiva sobre la importancia de aplicar el proceso de atención de enfermería en nuestro desempeño profesional cotidiano sin olvidar que el entorno es un factor determinante para la evolución del paciente y su integración a la sociedad.

El Proceso de Atención de Enfermería constituye una herramienta muy útil para la práctica profesional, puesto que nos permite abordar al paciente, familia y comunidad de manera individualizada con científicidad en los cuidados de enfermería, y es factible dar seguimiento al paciente aún en su domicilio y de esta forma promover una cultura de autocuidado que tanta falta le hace a la población mexicana.

Es preciso fomentar la educación para la salud en la etapa prenatal en los diferentes niveles de atención para que la paciente obstétrica aprenda a detectar signos de alarma de manera oportuna durante el embarazo para prevenir complicaciones graves como la Eclampsia, además resulta importante brindar orientación sobre sexualidad y métodos anticonceptivos en la población adolescente para evitar embarazos no deseados a edades tempranas ya que la estadística nos habla de la elevada morbimortalidad de esta enfermedad en primigestas jóvenes.

Resulta prioritario que las instituciones de salud adopten la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería como requisito del quehacer cotidiano de la enfermera con el fin de contribuir a la profesionalización de la misma.

La ciencia y sobre todo en estos tiempos es necesaria, ella nos hace fuertes pero no mejores. Si conociéramos más a profundidad este misterioso mundo del enfermo, redescubriríamos que "SER" con el enfermo es más importante que "HACER" por el enfermo. Por eso en este mundo del hacer, la enfermera(o) de nuestros tiempos no solo amerita una preparación fundamentada en conocimientos científicos que exige el avance tecnológico moderno, ni tampoco pueden contentarse con ser solamente técnicos-científicos, sino que tenemos que ser personas que aprendamos todos los días a ser sensibles al dolor humano.

Corresponde a nosotros, crear un ambiente en que los valores, costumbres y creencias del individuo sean respetadas para ayudar al enfermo a mantener, desarrollar o adquirir autonomía personal, autorespeto y autodeterminación, guiándonos siempre por criterios profesionales.

Lo único que puede conmover al mundo actual, un mundo sediento de valores absolutos es nuestra vocación de enfermera (o) que se transforma en un fascinante testimonio de amor y de servicio.

Finalmente, como Licenciados en Enfermería y Obstetricia, considero que es prioritario concientizarnos ante el papel fundamental que como promotores de la salud materna y perinatal nos corresponde desempeñar.

9. BIBLIOGRAFÍA

- Atkinson I. Proceso de Atención de Enfermería. Ed. Trillas
- Frank, c. (1987) Desarrollo Histórico de la Enfermería. México Prensa Médica Mexicana
- Griffith, J. Proceso de Atención de Enfermería, aplicación de teorías guías y modelos, México. Ed Trillas
- Iyer, P. (1995) Proceso de Diagnostico de Enfermería, México. Oficina Sanitaria Panamericana
- Marriner, A. El Proceso de Atención de Enfermería un enfoque científico. México. Ed Trillas.
- Marriner, A (1994) Modelos y Teorías de Enfermería España. Mosby/Doyma
- Nordmarck, A. Bases Científicas de la Enfermería. México. Ed Trillas.
Rosales, S. Fundamentos de Enfermería. México. Ed Trillas
- González Ch. (2003) Cuidados Intensivos en la Paciente Obstétrica Grave. México. Editorial Prado.
- Félix R. (2002) Obstetricia para la Enfermera Profesional. México. Manual Moderno.
- Iyer Patricia, W. Et. Al. Proceso De Enfermería Y Diagnóstico De Enfermería, Interamericana- Mc Graw-Hill. México, 1989.

- Carpenito, Manuel. "Manual De Diagnostico De Enfermería". 4ª. Edición. Editorial Interamericana. Madrid 1993.
- García. Ma. De Jesús. "El Proceso De Enfermería Y El Modelo De Virginia Henderson". Editorial Progreso, S.A. 1997.
- Hernández y Esteban. Fundamentos de la Enfermería. Ed. Interamericana. 1999.
- Moran V. Modelos de Enfermería. Ed. Trillas. México, D.F. 1995.
- Wilson, William C. Clínicas de Anestesiología de Norteamérica. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana. Tomo 4, 2001.
- Potter O. Diana. Urgencias en Enfermería. Ed. Interamericana. México D.F. 1988.
- Revista del Instituto Nacional de Cardiología. Enf. Suárez Vázquez, Téllez Emma, Jaso Ma. Elena. Vol. 72. Marzo 2002.
- Deacon, J. O'Neill P. Cuidados Intensivos de Enfermería. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana. Mexico, D.F. 2001.
- Smith Davis. Terminología Médica. Ed. Imusa. México, D.F. 1989.

10. GLOSARIO DE TÉRMINOS

Bradicardia.-Disminución importante de la frecuencia cardiaca.

Cianosis.- Estado patológico que se presenta en piel y mucosas con un tinte azulado.

Estasis sanguínea.- Lentitud en el flujo de una vena.

Espasmo.-Contracción de la luz de un vaso.

Gasometría arterial.-Método diagnóstico en el que en una muestra sanguínea se miden los gases arteriales.

Hematuria.- Presencia de sangre en orina.

Hemólisis.-Destrucción de células sanguíneas.

HELLP.-Siglas en inglés que significan:

H:	Hemólisis
EL:	Enzimas Hepáticas Elevadas
LP:	Plaquetas Bajas

Hipoperfusión.-Disminución en la irrigación tisular.

Oliguria.-Disminución importante del flujo urinario.

Oftalmoscopio.-Instrumento médico que se utiliza para examinar la retina.

Polihidramnios.-Aumento anormal en la cantidad de líquido amniótico.

Proteinuria.- Presencia de proteínas en la orina.

Vasoconstricción.-Disminución del diámetro de un vaso sanguíneo.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

11. ANEXOS

HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERIA DE VIRGINIA HENDERSON

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____ Sexo: _____ Edad: _____ Peso: _____ Talla: _____
Ocupación: _____ Escolaridad: _____ Procedencia: _____ Fecha
de admisión: _____ Hora: _____ Fuente: _____

VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

NECESIDADES BÁSICAS

1. OXIGENACIÓN

Subjetivo:

¿Esta bien ventilada la habitación en la que pasa la mayor parte de su tiempo?

¿Fumaba usted antes de su embarazo? SI _____ NO _____

Si la respuesta es sí ¿Cuántos cigarrillos al día?

1 a 5 _____ 6 a 10 _____ 11 a 20 _____ + de 20 _____

¿Hay en su casa uno o varios fumadores? SI _____ NO _____

¿Ha tenido dificultades respiratorias o molestias?

Siempre _____ Ocasionalmente _____ Nunca _____

¿Utilizó algún método de control respiratorio para ayudarle durante su estancia en el hospital?

SI _____ NO _____

¿Cuál? _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Objetivo

Registro de Signos Vitales:

Frec. Resp. _____ Frec. Cardiaca _____ T.A _____

Estado de conciencia: _____

Coloración de la piel / lechos ungueales / peribucal _____

Circulación de retorno venoso _____

2. NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Subjetivo:

Nº de comidas diarias: _____

¿Come a horas regulares? SI _____ NO _____

Si la respuesta es Sí precise: _____

¿Sigue usted una dieta especial? SI _____ NO _____

¿De que tipo? _____

¿Sufre usted alguna alergia alimenticia o intolerancia? _____

¿Tiene problemas de masticación y/o deglución? _____

¿Qué cantidad de líquidos toma al día? _____

¿Ingiere bebidas alcohólicas? SI _____ NO _____ A veces _____

Cerveza _____ Vino _____ Otros _____

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

¿Con qué frecuencia? _____

¿Sabe que tipo de dieta debe de llevar para favorecer la lactancia? _____

¿Qué cantidad de líquidos? _____

Dieta habitual:

ALIMENTOS	Diario	C/3er. Dia	C/8 días	Esporádica	Nunca
Leche					
Came					
Pescado					
Huevo					
Fruta					
Verduras					
Legumbres					
Cereales					
Pan					
Tortilla					
Chatarra					

Objetivo:

¿Turgencia de la piel? _____

Membranas mucosas: Hidratadas _____ Secas _____

Características de:

Uñas: _____

Cabello: _____

Funcionamiento muscular y esquelético: _____

Aspecto de los dientes: _____

Aspecto de encías: _____

Heridas: Tipo _____

3. ELIMINACIÓN

Subjetivo:

Hábitos intestinales: Evacuación normal _____

Diarrea frecuente: _____

¿Toma usted algún laxante? SI _____ NO _____

¿Cuál? _____

Orina: Normal _____ Con dolor _____

Menstruación frecuencia _____ Duración _____

Historia de hemorragias: _____

¿El estrés le ocasiona diarrea?

SI _____ NO _____

¿Se siente molesta a causa de una sudoración abundante?

SI _____ NO _____

¿Por secreciones vaginales?

SI _____ NO _____

¿Conoce usted las características del sangrado en el puerperio?

SI _____ NO _____

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

¿Conoce usted el tiempo que le durará el sangrado?

SI _____ NO _____

Objetivo:

Abdomen características: _____

Involución Uterina: _____ Altura del fondo uterino: _____

Ruidos Intestinales: _____

Palpación globo vesical: _____

Genitales: _____

4. MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Subjetivo:

¿Qué deporte o actividad física más?

Correr _____ Aeróbicos _____ Bicicleta _____

Actividad en su tiempo libre:

¿Da algún paseo fuera de su casa? SI _____ NO _____

¿Práctica ejercicio prenatales? SI _____ NO _____

¿Conoce los ejercicios que se deben hacer después del parto?

SI _____ NO _____

¿Conoce las posiciones que debe de adquirir para amamantar a su hijo?

SI _____ NO _____

Objetivo

Estado del sistema esquelético / fuerza:

Posturas: _____ Ayuda para deambular: _____

Dolor con el movimiento:

Estado emocional: _____

5. DESCANSO Y SUEÑO

Subjetivo

¿Tiene hábitos que favorecen el sueño? SI _____ NO _____

Horario de descanso: _____ Horas de descanso: _____

¿Padece insomnio? _____

¿A que considera que se debe?

¿Siente cansancio al levantarse?

¿En que forma se manifiesta?

¿Utiliza técnicas de relajación?

¿Al egresar del hospital quién le ayudará en su casa después del parto?

¿Por cuánto tiempo?

¿En que actividades le ayudará?

¿Quién se levantará por las noches a cuidar al bebé?

Objetivo

Estado: _____ Ansiedad _____ Estrés _____

Lenguaje: _____ Claro _____ Respuesta a estímulos: _____

6. USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Subjetivo

¿Influye su estado de ánimo para la selección de las prendas de vestir?

¿Su autoestima es determinante en su modo de vestir?

¿Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría?

El día que egrese del hospital hará uso de:

Pañoleta: _____ Calcetas _____ Abrigo _____

¿Qué creencias tiene usted respecto a la lactancia con la manera de vestir?

Objetivo

¿Viste de acuerdo a su edad? SI _____ NO _____

Capacidad motora para vestirse y desvestirse:

Adecuada _____ Inadecuada _____

7. TERMORREGULACIÓN

Subjetivo:

¿La casa que habita es?

Fría _____ Caliente _____

¿Tiene problemas para controlar la temperatura de su casa?

Siempre _____ A veces _____ Nunca _____

¿Es usted sensible a los cambios de temperatura?

SI _____ NO _____

Cuando cree que tiene fiebre ¿Usa termómetro?

SI _____ NO _____

¿Cómo se la toma? Bucal _____ Axilar _____

¿Temperatura ambiente que le es agradable? _____

Objetivo:

Temperatura corporal: _____

Características de la piel: _____ Transpiración: _____

8. NECESIDADES DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Subjetivo

Frecuencia de aseo: Baño diario: _____ Cada 3er día: _____

Cada 8 días: _____ Esporádico: _____

Horario preferido para bañarse:

Por la mañana: _____ Por la noche: _____

Frecuencia del aseo dental: Una vez al día _____ Dos veces al día: _____

Tres veces al día: _____ Esporádico: _____

Prótesis dentales: SI _____ NO _____

Parcial _____ Completa _____

¿Fecha de la última visita al dentista? _____

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Aseo de manos:

Antes y después de comer _____

Después de ir al baño _____

¿Sabe como asear sus pezones antes y después de amamantar a su hijo?

SI _____ NO _____

Si la respuesta es SI especifique como y la frecuencia: _____

¿Ha pensado como cuidar la piel de su abdomen después del parto? _____

Objetivo:

Aspecto general:

Olor corporal.

Halitosis:

Estado del cuero cabelludo:

Presencia lesiones dérmicas:

Cambios tegumentarios propios del embarazo:

9. NECESIDADES DE EVITAR PELIGROS

Subjetivo

Miembros que componen su familia de pertenencia

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN

¿Es usted alérgica a algún medicamento?

SI _____ NO _____ A otras sustancias _____

Especifique _____

¿Tomo algún medicamento que no haya prescrito el médico durante su embarazo?

SI _____ NO _____ ¿Cuál? _____

¿Llevo control prenatal? SI _____ NO _____

¿Cuántas consultas? _____

¿Sabe cuándo debe acudir a consulta después del parto?

SI _____ NO _____

¿Sabe por que es importante que la revisen?

SI _____ NO _____

¿Tiene temor a la responsabilidad de tener un hijo?

SI _____ NO _____

¿ Y en su pareja ?

¿Qué actitud toma ante situaciones de tensión en su vida?

Tranquila _____ Se estresa _____ Le da sueño _____

Come mucho _____ Ríe sin control _____ Indiferencia _____

¿Busca una solución inmediata ? _____

Objetivo:

¿Deformidades congénitas?

¿Condiciones del ambiente en el hogar?

¿Condiciones de su ambiente laboral?

10. NECESIDADES DE COMUNICARSE

Subjetivo:

Estado civil: _____ Años de relación _____

Vive con: _____

Preocupaciones actuales: _____

Rol en la estructura familiar: _____

¿Desde cuando vive en su actual domicilio?

¿Existen buenas relaciones en su localidad?

¿Tiene amigas o familiares en quién confía?

¿Cuánto tiempo pasa sola?

Objetivo:

Habla claro: SI _____ NO _____

¿Ve usted bien? SI _____ NO _____

¿Lleva usted lentes de contacto? SI _____ NO _____

¿Escucha bien? SI _____ NO _____

¿Utiliza aparato auditivo? SI _____ NO _____ X _____

➤ NECESIDADES DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS

Subjetivo:

Tipo de religión: _____

Su creencia religiosa le genera conflictos personales:

Principales valores en su familia: _____

Principales valores en su persona: _____

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

Objetivo:

Hábito específico de vestir (relacionado con su grupo social religioso):

¿Permite el contacto físico? _____

¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias?

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Subjetivo:

¿Trabaja actualmente? SI _NO _____

Tipo de trabajo:

Riesgos:

¿Cuánto tiempo dedica a su trabajo?

¿Está satisfecho con su trabajo?

¿La remuneración que percibe le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia?

SI _____ NO _____ ¿Por qué? _____

¿Está satisfecha con el rol familiar que juega?

Objetivo:

Estado emocional: Tranquila, ansioso, enfadado, retraído, temeroso, irritable, inquieto, eufórico: _____

Otros: _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

13. NECESIDADES DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Subjetivo:

Actividades que realiza en su tiempo libre: _____

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

¿Existen recursos recreativos en su comunidad? _____

¿ De que tipo? _____

¿Forma parte de alguna sociedad: Deportiva _____ Cultural _____

Profesional _____

¿Cuáles son sus pasatiempos favoritos? _____

Objetivo:

Integridad neuromuscular: _____

¿Rechaza las actividades recreativas? _____

Su estado de ánimo es: Apático _____ Aburrido _____ Participativo _____

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Subjetivo:

Nivel de educación: _____

Problemas de aprendizaje: _____

Limitaciones cognitivas: _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tipo: _____

Preferencias para leer y/o escribir: _____

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

¿Sabe como utilizar estas fuentes de apoyo? _____

¿ Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud ? _____

Otros: _____

Objetivo:

Estado del sistema nervioso central: _____

Órganos de los sentidos: _____

Estado emocional: _____

Memoria reciente: _____

Otras manifestaciones: _____

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**