



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MEXICO



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA  
Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

“ PROCESO DEL CUIDADO APLICADO A LA MUJER CON  
ENFERMEDAD HIPERTENSIVA EN EL  
TERCER TRIMESTRE  
DEL EMBARAZO ”

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A .

NORMA GALVEZ HERNANDEZ

No. CUENTA: 401117774

ASESORA

L.E.O. GLORIA RODRIGUEZ DIAZ

JUNIO 2005

m. 345907



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## AGRADECIMIENTOS

Agradezco A la L.E.O. Gloria Rodríguez Díaz, por la orientación y dirección en el presente trabajo.

De la misma manera, hago extenso el agradecimiento a todos los profesores que me ayudaron en mi formación profesional.

A mi madre, mis hermanos que en todo momento estuvieron al pendiente en este proyecto.

A mis compañeros que con sus palabras de aliento me motivaron a seguir adelante.

## ÍNDICE

1.- Introducción. ....	1
2. Justificación. ....	3
3. Objetivos. ....	4
4. Metodología. ....	5
5. MARCO TEÓRICO.	
5.1 Enfermería y las funciones principales.....	7
5.2 El cuidado enfermero. ....	9
5.3. Teoría de Virginia Henderson. ....	11
5.4. El proceso atención de enfermería. ....	14
5.4.1 Etapas del proceso atención enfermería. ....	16
5.5. Trastorno Hipertensivo en el embarazo. ....	35
6.- APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.	
6.1 Presentación del caso clínico. ....	42
6.2 Valoración de las 14 necesidades. ....	43
6.3 Planeación, ejecución y valoración de las 14 necesidades. ....	48
7.- Plan de alta. ....	62
CONCLUSIONES. ....	64
GLOSARIO. ....	65
BIBLIOGRAFÍA. ....	66
ANEXOS.	
Anexo 1 Etiquetas diagnósticas de la NANDA. ....	68
Anexo 2 Anatomía del aparato reproductor femenino. ....	72
Anexo 3. Valoración diagnóstica de enfermería. ....	79
Anexo 4. Tríptico sobre plan de alta. ....	89

## 1. INTRODUCCIÓN..

La hipertensión es la complicación médica más común del embarazo, aunque para algunos autores es la segunda complicación médica del embarazo sólo después de la anemia, es más frecuente en jóvenes durante el primer embarazo y en nulíparas de mayor edad, hipertensas previas y diabéticas. Cada 3 minutos muere una mujer en el mundo debido a la preeclampsia. Afecta entre 3 -10% de los embarazos, es la principal causa de muerte materna en el mundo y en Estados Unidos representa al menos el 15% de las muertes relacionadas con embarazo. En México, también es la complicación más frecuente del embarazo. La incidencia es de 47.3% por cada 1000 nacimientos y es además, la primera causa de ingreso de pacientes embarazadas a las unidades de terapia intensiva, la mortalidad por complicaciones del embarazo ocupa el 15º lugar en la mortalidad hospitalaria en general.<sup>1</sup>

La preeclampsia es un síndrome clínico caracterizado por hipertensión con disfunción orgánica múltiple, proteinuria, edema. Se cree que es un trastorno endotelial que resulta de una perfusión deficiente de la placenta que libera factores que lesionan el endotelio a agentes presores.

En el hospital General Actopan Hidalgo en un periodo de un año se atendieron 89 usuarias con problemas de hipertensión arterial inducida por el embarazo, la cantidad de usuarias es sorprendente porque al comparar con dos años anteriores se ha aumentado el número de usuarias atendidas, estas circunstancias fueron las que motivaron a la revisión del caso y a la realización de este proceso atención de enfermería basado en la modelo de Virginia Henderson, dando un enfoque holístico en todos y cada uno de los cuidados que nuestra usuaria necesita, al final se presentan una serie de documentos que me permitieron recopilar datos, así como el conocimiento que la preeclampsia puede provocar si ésta no se controla a tiempo.

En este trabajo se consideraron ocho capítulos importantes. Los cuatro primeros son de aspecto general de introducción, justificación, objetivos y metodología.

El quinto capítulo, se refiere al concepto de enfermería, las funciones, enfatizando el cuidado enfermero, donde se menciona desde cuándo existen los cuidados, en la teoría de Virginia Henderson se describen las principales funciones de enfermería, las catorce necesidades y como dichas necesidades deben de satisfacerse con el fin de establecer un equilibrio físico, psicológico y social, también habla sobre el proceso atención de enfermería, que se refiere a la

---

<sup>1</sup> [www.monografias.com/trabajos14/preeclampsia/preeclampsia.shtml](http://www.monografias.com/trabajos14/preeclampsia/preeclampsia.shtml) consultado junio 2005

definición. las etapas del proceso, así como las ventajas para la enfermera y la usuaria, también se menciona la patología.

En el sexto se menciona un caso clínico basado en las necesidades de la usuaria con enfermedad hipertensiva, inducida por el embarazo, donde se desarrolla cada una de las catorce necesidades.

Por último se realiza un plan de alta, mencionando las acciones que debe de realizar la usuaria en su hogar, para prevenir posibles complicaciones.

## 2. JUSTIFICACIÓN.

La enfermería hoy en día, es una profesión con responsabilidad legal, moral y con compromiso, tanto para ella como para el individuo, que deposita toda su confianza y esperanza para ser atendido, apoyados, confortados y guiados en el proceso salud-enfermedad, realizando acciones coordinadas, en el conocimiento fundamentado, adquirido a lo largo de su formación y actualización constante.

Los modelos de atención de enfermería nos proporcionan conocimientos que permiten perfeccionar las prácticas en la atención del individuo, esto permite al personal de enfermería autonomía de acción, ya que sirve de guía en los aspectos asociados a las funciones profesionales sustentados en el método científico.

Teniendo en cuenta que la enfermería se considera ciencia, arte y disciplina proporcionaremos atención y cuidados de enfermería de manera independiente. He aquí un breve ejemplo de las capacidades de la enfermería, para mantener y preservar la vida del ser humano en su esfera bio-psico-social, teniendo como base el proceso de atención de enfermería.

En México la enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo, es la complicación más frecuente, la incidencia es de 47.3 por cada 1000 nacimientos, según la Secretaría de Salud (2001) la mortalidad por complicaciones del embarazo ocupa el 15º lugar en la mortalidad hospitalaria en general, es más frecuente en mujeres jóvenes y en nulíparas de mayor edad. Al realizar el plan de cuidados, se pretende orientar y satisfacer las necesidades en forma jerárquica de la usuaria, para que la recuperación y su estancia hospitalaria sea corta disminuyendo costos.

A propósito de la titulación se aprovecha esta etapa para realizar dicho proceso atención de enfermería para reforzar los conocimientos y adquirir práctica al realizarlo, ya que en la mayoría de las instituciones no se realiza.

### 3. OBJETIVOS.

#### GENERAL:

- Desarrollar el método enfermero basada en el modelo de Virginia Henderson y aplicado a una mujer embarazada con enfermedad hipertensiva en el tercer trimestre del embarazo en una unidad de segundo nivel de atención, identificando la trascendencia del cuidado de enfermería basado en el proceso de atención para mejorar su calidad de vida.

#### ESPECÍFICOS:

- Valorar la información que ella tiene con respecto a su embarazo y enfermedad adicional de preeclampsia para desarrollar los cuidados de enfermería orientadas a que conozca más acerca de dicha enfermedad.
- Planear los cuidados de enfermería a corto plazo para implementarlos durante su estancia hospitalaria con seguimiento de su caso hasta la resolución o control del problema adicional a su embarazo que mejoran su calidad de vida.
- Ejecutar los cuidados de enfermería con eficacia y eficiencia en la satisfacción de sus necesidades de salud, tomando en cuenta el costo – beneficio.
- Evaluar las fases del Proceso Enfermero y los cuidados en función de la recuperación de la paciente y el proceso en general para observar su efectividad de las intervenciones.



#### 4. METODOLOGÍA.

El presente documento se realizó mediante los pasos de una investigación bibliográfica y documental, seleccionando el tema de enfermedad hipertensiva en el tercer trimestre del embarazo para realizar este proceso de atención de enfermería, se requirió de una búsqueda de información al respecto, una clasificación de dicha información y se realizó un portafolio por cada documento que se obtuvo mediante dicha búsqueda, esto para facilitar la consulta de esta misma. Posteriormente se seleccionó la información más reciente y de mayor importancia para proceder a la redacción de dicho proceso basándonos en el esquema de trabajo. Al concluir cada punto se llevo a cabo una revisión tutorial efectuando correcciones tantas veces necesario.

Subsecuentemente vamos ha ir describiendo como se fue aplicando el proceso atención de enfermería basado en el método científico con el modelo de Virginia Henderson, l inicialmente con una entrevista, elemento principal de la interrelación humana entre el personal de salud y la paciente, que sin esta no se podría obtener un resultado satisfactorio. Puntos de la entrevista: Iniciación: punto importante que inicia desde el saludo, presentación, solicitud de la colaboración y autorización para la aplicación del método, brindando seguridad y confianza. Cuerpo: etapa en la que el personal conoce a la paciente y a sus familiares más cercanos, por medio de la historia clínica otorgada por la ENEO, obteniendo datos relacionados con la enfermedad, medidas higiénico dietéticas que mantiene, escolaridad, control prenatal, etc. Corroborando los datos obtenidos con el método de la observación, en este método nos auxiliamos del sentido de la vista, otro método utilizado desde su ingreso al servicio es la exploración física utilizando las técnicas de inspección, palpación, percusión y auscultación, vaseandose estoa datos en la historia clínica, tratando de cubrir las 14 necesidades de la teoría ve Virginia Henderson que es la teoría con la que se esta trabajando.

En el proceso de valoración se intenta conocer tanto como sea posible dentro de las limitaciones que imponga cada situación especifica sobre la propia paciente su familia, identificando las necesidades de Virginia Henderson. Para poder realizarlos se tomaron en cuenta los signos y los síntomas que la paciente manifestó que sería el problema este se unió con la etiología de dichos signos y síntomas y estos se entrelazan con las palabras relacionado con y manifestado por y así se realizaron los diagnósticos, posteriormente se fueron jerarquizando de acuerdo a la necesidad de la paciente no al orden que le dio Virginia Henderson.

Teniendo los diagnósticos de enfermería se plantearon los objetivos de cada diagnóstico, esto con el propósito de satisfacer y eliminarlo paulatinamente. Los objetivos que se plantearon fueron a corto plazo, para disminuir el costo-beneficio

a la paciente y para poder lograr el objetivo se tuvieron que realizar determinadas actividades de enfermería.

En la etapa de ejecución se plantearon actividades que realizó el personal de enfermería brindando a la paciente todos los recursos con que cuenta el hospital, canalizándola con profesionales que también le podían ayudar a satisfacer sus necesidades en dichas actividades se incluyeron familiares principalmente su cónyuge para que se sintiera más segura y así lograr los objetivos que nos planteamos en la etapa anterior.

En la etapa de evaluación, se evaluaron todas las actividades planteadas para observar que porcentaje se logró cumplir con los objetivos previstos en cada diagnóstico y si la paciente quedó satisfecha con los cuidados que se le brindaron en su tiempo de estancia.

Al egreso de la paciente se formuló un plan de alta basado en medidas higiénico dietéticas con las recomendaciones que debe seguir como por ejemplo la dieta que debe disminuir la sal, las pastas, aumentar la ingesta de agua y fibras, su higiene principalmente el cuidado de su piel, el ejercicio que puede hacer para disminuir el edema que presenta, también le informamos que debe continuar con sus consultas prenatales y principalmente que debe monitorizarse su presión arterial diariamente por que de eso depende su estado de salud de ella y de su bebé.

## 5. MARCO TEÓRICO.

### 5.1. ENFERMERÍA Y LAS FUNCIONES PRINCIPALES.

La primera definición de enfermería fue dada por Florence Nightingale en 1859. En las Notes on Nursing GAT it is, GAT It is not de Nightingale, se definía la enfermería como "la encargada de la salud personal de alguien... y lo que la enfermería tiene que hacer... es poner al cliente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él".<sup>2</sup>

Los teóricos de la enfermería son profesionales que desarrollan conceptos y propuestas específicas y concretas que intentan justificar fenómenos de interés para la profesión. Con frecuencia los profesionales de la enfermería extraen teorías de modelos que reflejan los objetivos y filosofías de la profesión. Estos modelos se basan en los principios, valores y opiniones que guían la práctica de la enfermería. Los teóricos de la enfermería desarrollan definiciones de ella basadas en el modelo y describen actividades necesarias para conseguir los objetivos, enseguida se mencionaran las diferentes definiciones desarrolladas por los teóricos más importantes.<sup>3</sup>

TEÓRICO	MODELO	DEFINICIONES DE ENFERMERÍA
Virginia Henderson	Necesidades básicas	Ayuda al individuo, enfermo o sano a realizar aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte en paz), y que podría llevar a cabo sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios.
Myra Levine	Conservación.	Una interacción humana cuyo objetivo es promover la integridad de todas las personas, enfermas o sanas.
Dorothy Jonson	Sistema conductual.	Una fuerza reguladora externa que actúa para conservar la organización e integración de la conducta del cliente a un nivel óptimo, en aquellas ocasiones en

<sup>2</sup> IYER Patricia W, TAPTICH Bárbara J. "Proceso y Diagnostico de Enfermería". Ed. Interamericana, México D. F. 1997. Pag. 2  
<sup>3</sup>Op Cit p 3

		las que la conducta constituye una amenaza para la salud física o social, o en las que existe una enfermedad.
Martha Rogers	Seres humanos unitarios.	Una ciencia con un conjunto organizado de conocimientos abstractos, a la que se ha llegado por la investigación científica y el análisis lógico; es un arte en el uso imaginativo y creativo del conjunto de conocimientos al servicio del ser humano.
Dorotea Orem	Autocuidado	Una preocupación por las necesidades del individuo, para las actividades de autocuidado y su prestación y tratamiento de forma continuada, para mantener la vida y la salud, recuperarse de enfermedades o de lesiones y enfrentarse a su efecto.
Imogene King	Sistemas de interacción	Un proceso de acción, reacción e interacción por el cual cliente y profesional de enfermería comparten información sobre sus percepciones en la situación de enfermería; incluye la promoción de la salud, el mantenimiento y restablecimiento de la salud, el cuidado del enfermo y del lesionado y la atención al moribundo.
Betty Newman	Sistemas	Se ocupa de mantener estable el sistema del cliente mediante la precisión en la valoración de los efectos y de los posibles efectos de los factores de estrés ambientales, y de ayudar a los ajustes de clientes necesarios para un nivel óptimo de bienestar.
Sister Callista Roy	Adaptación	Un sistema de conocimientos teóricos que prescriben un proceso de análisis y acciones relacionados con la atención de la persona enferma o potencialmente enferma; es necesaria cuando el

		estrés no habitual o el debilitamiento de los mecanismos de afrontamiento hacen que los intentos normales de la persona para el afrontamiento sean ineficaces.
--	--	--

Estas definiciones son sólo una muestra de las numerosas definiciones de enfermería. La enfermería se ocupa de los aspectos psicológicos, espirituales, sociales y físicos de la persona y no solo del proceso médico diagnosticado al paciente. También enfermería se considera un arte porque consiste en el cuidado de los pacientes en los momentos de enfermedad y en la ayuda para que consigan la salud

De los modelos que se mencionan el que se eligió fue el de Virginia Henderson por que su modelo lo enfoco a mantener el equilibrio fisiológico y eso es lo que nosotros buscamos para muestra paciente que hemos elegido ya que su problema es el aumento de la tensión arterial durante su embarazo.

Las funciones de enfermería en la práctica se pueden dividir en independientes e interdependientes.

**INDEPENDIENTES:** Son aquellas actividades consideradas dentro del campo diagnóstico y de tratamiento de la enfermería, no necesariamente requieren de una orden medica. Como son: la valoración del paciente, la realización de un diagnóstico.

**INTERDEPENDIENTES:** Son aquellas que se realizan conjuntamente con otro miembro del equipo medico.

## 5.2 EL CUIDADO ENFERMERO.

Desde el comienzo de la vida, los cuidados existen ya que el hombre tiene la necesidad de cuidado que estos permiten la continuidad de la vida y su desarrollo, lo que permite combatir la muerte.

En la conservación de la vida surgen preguntas sobre lo bueno y lo malo y a medida que los grupos sociales ratificaron su práctica de cuidados habituales, designan toda responsabilidad primero al chamán y luego al sacerdote como guardianes de las tradiciones y de todo lo que contribuye a mantener la vida y ellos estaban designados para interpretar y decidir lo que es bueno o lo que es malo.

Los grupos sociales comprendieron que el cuidado es indispensable en la perpetuidad de todo grupo social y en ocasiones la supervivencia del grupo social es alterada por los avances tecnológicos, socioeconómicos y culturales, dando

lugar a la fragmentación de la aplicación de los cuidados donde se requieren de profesionales.

A finales del siglo XIX y comienzos del XX se consideraban a las enfermeras como una simple guardia de enfermos o cuidadora. Es en París donde se crean las primeras escuelas para enfermeras de la asistencia pública (1878 –1894) La enfermera se convierte en el eje del movimiento de profesionalización de la enfermería.

El concepto de cuidados de enfermería es introducido por primera vez por Florence Nightingale quien se dio cuenta que la salud estaba influida por factores tales como la calidad de vivienda, iluminación, calefacción y ventilación. Dedujo que se podía reducir la enfermedad poniendo en práctica un medio de saneamiento, que tenían que ser investigados y estudiados.

Es a partir de este momento que se inicia la nueva noción de las teorías de los cuidados de enfermería. Surgiendo los fundamentos que consideraban que los cuidados de enfermería deberían estar encaminados al proceso salud-enfermedad y a los factores que incidían sobre él y así hacerlos más comprensibles y darles una base.

También con el surgimiento de las teorías de los cuidados de enfermería, se inicia la influencia de los conocimientos sobre la práctica de enfermería, de su organización y su utilización, dado que los cuidados no podían responder simplemente a la caridad, sino a un enfoque de los problemas sociales basados en la reflexión, donde las enfermeras deben adquirir por si mismos una capacidad de pensar y aplicar sus bases científicas. Para reconocer y utilizar los cuidados en diferentes situaciones, dando lugar a los roles de cada miembro, tanto cuidador como persona cuidada.<sup>4</sup>

**CUIDADO:** Es la ayuda a otra persona permitiendo su desarrollo y actualización del yo. Implica comunicación, confianza, compromiso y amor. Lleva a una transformación profunda y cualitativa. Lleva a tomar decisiones.

Florence Nightingale define el cuidado como un acto de vida cuyo significado está en desarrollar las capacidades del ser humano en su cotidianidad, en el proceso de vida-muerte, y en estado de salud o enfermedad con el objeto de compensar o suplir la alteración de sus funciones o enfrentar el proceso de muerte <sup>4</sup>

El ejercicio de enfermería es dinámico y debe responder a las necesidades cambiantes de los clientes, quienes demandan cuidado de acuerdo con sus hábitos, costumbres y estado de salud; éste determina el nivel de atención donde el usuario debe ser atendido.

---

<sup>4</sup> COLLIERE M. Françoise. "Promover la unidad de la práctica de los mejores cuidadores a los cuidados de enfermería" Ed Interamericana, 1996. P. 208.

La búsqueda de la calidad del cuidado es una oportunidad para redescubrir la identidad profesional, pues el desarrollo técnico y científico de la profesión, esta orientado primordialmente a satisfacer las necesidades del paciente.

Virginia Henderson define al cuidado como asistencia a la persona enferma o sana en las actividades que no puede hacer por si misma por falta de fuerza, de voluntad o de conocimientos con el fin de conservar o de restablecer su independencia en la satisfacción de sus necesidades fundamentales.<sup>5</sup>

**CUIDAR:** Es una variedad de actividades dirigidas a mantener, conservar la vida y permite que se continúe y se reproduzca, pero del mismo modo es un acto individual que se tiende a dar a cualquier persona que requiera ayuda para asumir sus necesidades vitales.

El proceso de cuidar tiene la finalidad de movilizar las capacidades del paciente con su entorno, para equilibrar los daños ocasionados por el proceso de enfermedad y suplirlos cuando son insuficientes.

Como ningún campo de competencia puede estar aislado y la mayoría de las veces es una estación o una delegación de la competencia de alguien en determinadas circunstancias y en función de un medio ambiente dado, es indispensable que se establezca la interrelación entre los componentes de enfermería de las usuarias y de los médicos, para garantizar la función cuidadora, compartiendo cada uno de ellos zonas comunes.

El proceso de los cuidados de enfermería está enfocado en identificar la naturaleza de las necesidades vividas por una o varias personas y procede de un encuentro entre dos personas que contribuyen a una constitución propia de una situación en particular con la ayuda de los conocimientos científicos permite comprender y continuar intentando el empleo de ellas para cuidar.

### 5.3 TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON.

Para llevar a cabo este caso clínico se tomo la teoría de Virginia Henderson.

Virginia Henderson nació en 1897, originaria de Kansas City, ingresó en 1918 a la escuela de enfermería del ejército en Washington y se graduó en 1921, ocupó cargos de docente, supervisora pedagógica e impartió cursos sobre técnicas de análisis en enfermería. Reinscribió la quinta y sexta edición de *Textbook of the Principles and Practice of Nursing*, en él describe el concepto sobre la función de la enfermería, dicho texto ha formado parte del programa de estudios de diversas escuelas de enfermería. Se ha traducido en más de 25 idiomas. Virginia Henderson se ha hecho merecedora de más de nueve títulos doctorales y fue elegida miembro honorario de America Academy of Nursing. En 1988 recibió una

---

<sup>5</sup> Concepciones de Nightingale "Pensamiento enfermero" Antología SUA-ENEO-UNAM. Pag. 48

mención de honor especial por sus contribuciones a la investigación. Virginia Henderson falleció de muerte natural en marzo de 1996 a la edad de 98 años.

Virginia Henderson fue influenciada por varias teóricas como Annie W. Goodrich, Caroline Stackpole, Ida Orlande, etc. Donde se menciona la importancia de mantener el equilibrio fisiológico importancia de la higiene y la asepsia, y el objetivo del esfuerzo de rehabilitación era recuperar la independencia del usuario. Virginia Henderson definió los principales conceptos de enfermería, persona, salud y entorno.

**Enfermería.** Una enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos y actuar como miembro de un equipo médico donde participa al margen del médico pero apoya su plan, también debe tener nociones de geología y de sociología, y de este modo poder valorar las necesidades humanas.

**Persona.** Debe mantener el equilibrio fisiológico y emocional, donde el cuerpo y la mente no se puedan separar y requiere ayuda para conseguir la independencia, donde el usuario y la familia constituyen una unidad. Las necesidades del usuario están incluidas en 14 componentes de enfermería.

**Salud.** Es la calidad de vida, siendo para el funcionamiento humano y requiere independencia e interdependencia.

**Entorno.** Las personas sanas pueden controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en dicha capacidad y es en esta etapa que la enfermera debe implementar aspectos de seguridad, ya que debe proteger a los usuarios de lesiones mecánicas y reducir al mínimo los accidentes, también debe conocer las costumbres sociales y las prácticas religiosas para los riesgos.<sup>6</sup>

Virginia Henderson menciona que la relación enfermera-paciente va desde una relación muy dependiente a la práctica independiente y que siempre trabajan por un objetivo que es mantener la vida y favorecer la salud.

Como miembro del equipo sanitario la enfermera trabaja de forma independiente, y con otros profesionales sanitarios se ayudan mutuamente y no deben realizar tareas ajenas.

Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado, facilitando así la definición del campo de actuación enfermero, y a nivel más práctico la elaboración de un marco de valoraciones de enfermería basándose en las catorce necesidades básicas las cuales son:<sup>7</sup>

---

6 TOMIY A Marriner. "Modelos y Teorías de Enfermería" Ed. Harcourt Brace. España 1998 p. 102

7 <http://www.terra.es/personal/duenas/teorias2.htm> consultado el 18/10/04.



- Respirar con normalidad.
- Comer y beber adecuadamente.
- Eliminar los desechos del organismo.
- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
- Descansar y dormir.
- Seleccionar vestimenta adecuada.
- Mantener la temperatura corporal.
- Mantener la higiene corporal.
- Evitar los peligros del entorno.
- Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
- Ejercer culto a Dios, acorde con la religión.
- Trabajar de forma que permita sentirse realizado.
- Participar en todas las formas de recreación y ocio.
- Estudiar, describir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

Virginia Henderson define la necesidad como la exigencia vital que debe satisfacerse con el fin de conservar un equilibrio físico, psicológico, social o espiritual donde puedan presentarse dificultades de tipo psicológico, sociocultural, espiritual y de naturaleza física o estar relacionados con el entorno.

La enfermera debe ocuparse en primer lugar de una necesidad cuya insatisfacción, ponga en peligro la vida del usuario, comprometa la seguridad de la persona, ocasione un nivel importante de dependencia que se refleje en las necesidades.

El modelo de Virginia Henderson defiende el papel autónomo de la enfermera donde señala que la enfermera ejerce funciones que le son propias y que cuando usurpa el rol del médico descuida sus funciones y que la persona y la sociedad espera un servicio especial por parte de la enfermera.

Las catorce necesidades actualmente se caracterizan de la siguiente manera:<sup>8</sup>

1. Necesidad de Oxigenación.
2. Necesidad de Nutrición e hidratación.
3. Necesidad de Eliminación.
4. Necesidad de Moverse y mantener una buena postura.
5. Necesidad de Descanso y sueño.
6. Necesidad de Usar prendas de vestir adecuadas.
7. Necesidad de Termorregulación.
8. Necesidad de Higiene y protección de la piel.
9. Necesidad de Evitar los peligros.
10. Necesidad de Comunicarse.
11. Necesidad de Vivir según sus creencias y valores.
12. Necesidad de Trabajar y realizarse.
13. Necesidad de Jugar / participar en actividades recreativas.
14. Necesidad de Aprendizaje.

#### **5.4 EL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.**

El proceso de enfermería es el método mediante el cual se aplica este sistema a la práctica de enfermería. Se trata de un enfoque deliberativo para la resolución de problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales y va dirigido a cubrir las necesidades del usuario y su familia.

El proceso del cuidado tiene sus orígenes cuando por primera vez, fué considerado como un proceso. Hall en 1955 lo describió como un proceso distinto. Jonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach 1963 desarrollaron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución.) En 1967 Yura y Walsh fueron los primeros en describir un proceso de cuatro etapas (valoración, planeación,

---

<sup>8</sup> FERNÁNDEZ F. Carmen. "El Proceso de Atención de Enfermería" Ed. Masson-Salvat. España 1993 p. 4

ejecución y evaluación.) A mediados de la década de los 70 Blach (1974), Roy (1975), Mundinger y Jauron (1975) y Aspinall (1976), establecieron las cinco actuales etapas al añadir la diagnóstica. Como todo método, el proceso del cuidado configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí.

Los cuidados de enfermería constituyen un hecho histórico, ya que, en definitiva, los cuidados enfermeros son una constante histórica que desde el principio de la humanidad, surge un carácter propio e independiente y la significación histórica de los cuidados es tan obvia como la propia existencia del hombre.

## DEFINICIÓN

Es el sistema de la práctica de la enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, como conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del usuario a los problemas reales o potenciales de la salud.<sup>9</sup>

Es un método sistemático y organizado para brindar cuidados eficaces y eficientes orientados al logro de un objetivo.

## OBJETIVOS:<sup>10</sup>

- a. Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad, así como cuidados individuales, familiares o comunitarios para resolver los problemas o curar la enfermedad.
- b. Proporciona un sistema donde se pueda cubrir necesidades individuales del usuario, de la familia y de la comunidad.

La importancia es que:

- Asegura la atención individualizada.
- Ofrece ventajas para el profesional que presta la atención y para quien la recibe.
- Permite evaluar el impacto de los cuidados de enfermería.

El proceso de enfermería define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad, el usuario es beneficiado ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería para el profesional se produce un aumento de la satisfacción así como de la profesionalidad, por lo tanto el proceso proporciona ventajas para el usuario y para la enfermera.

---

<sup>9</sup> IYER Patricia W. TAPTICII Barbara J. " Proceso y Diagnostico de Enfermería" Ed. Interamericana. México D. F. 1997 p. 11.

<sup>10</sup> <http://www.terra.cs/personal/duenas/pac.htm>.

Para el usuario:

- Participación en su propio cuidado.
- Continuidad en la atención.
- Mejora la calidad de atención.

Para la enfermera:

- Satisfacción en el trabajo.
- Crecimiento profesional.

El proceso esta caracterizado porque tiene una finalidad, es sistemático, dinámico, interactivo, flexible y tiene también una base teórica.

**Finalidad** que se dirige a un objetivo.

**Sistemático** porque consiste en la utilización de un enfoque organizado para conseguir su propósito.

**Dinámico** porque está sometido a continuos cambios.

**Interactivo** porque se basa en las relaciones recíprocas que se establecen entre el profesional de enfermería y el paciente, la familia y otros profesionales sanitarios, además asegura la individualización de la atención al usuario.

**Flexible** porque se puede demostrar en dos contextos: uno que se aplica a la práctica de la enfermería en cualquier grupo o comunidad y dos su base se puede utilizar de forma consecutiva y concurrente.

**Base Teórica** porque se ha ideado a partir de una amplia base de conocimientos, incluyendo ciencias y humanidades y sobre todo que se puede aplicar a cualquier de los modelos teóricos de la enfermería.<sup>11</sup>

#### 5.4.1 ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA.

El proceso está formulado por cinco fases o etapas. Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y evaluación.

#### VALORACIÓN.

Es la etapa inicial del proceso de enfermería, de cuya correcta complementación depende en buena parte su desarrollo global, corresponde a la recolección de datos.

---

<sup>11</sup> IYER Patricia W. TAPTICH Bárbara J. D. "Proceso y Diagnostico de Enfermería" Ed. Interamericana México D. F. 1997 p.14.

La valoración es el procedimiento mediante el cual la enfermera recopila datos fisiológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales del paciente, lo que permite la interacción de estos factores y de esta manera identificar las limitaciones, capacidades del usuario y así ayudar a que alcance un nivel óptimo de salud.

La importancia de esta fase del proceso de enfermería se ha tratado de forma específica en las directrices de atención publicadas por la Asociación de Personal de Enfermería Americana (American Nurses' Association, ANA). Esta etapa define la necesidad de que en la recopilación de datos se establezcan prioridades entre los datos según las necesidades del usuario, los datos se reúnen mediante las técnicas adecuadas, se haga participar en la recopilación a los usuarios, a los seres queridos y a los prestadores de atención sanitaria, cuando esté indicado, la recopilación sea el resultado de un proceso sistemático y continuo y que los datos estén documentados de forma recuperable. El hecho de que esta etapa sea la primera de las seis, es significativo para reforzar su importancia como la clave para los restantes pasos del proceso de enfermería.

El personal de enfermería debe poseer requisitos previos para realizar una adecuada valoración del paciente, éstos son:

- Las convicciones del profesional: conforman la actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, siente y cree sobre la enfermería, el hombre. La salud y la enfermedad.
- Los conocimientos profesionales: debe tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del paciente, la familia y la comunidad.
- Habilidades: en la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.
- Comunicarse de forma eficaz: Implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje.
- Observar sistemáticamente: Se refiere a la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.
- Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones: Un signo es un hecho que uno percibe a través de uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos.

Durante esta etapa se puede obtener datos subjetivos, objetivos, históricos y actuales

**Datos subjetivos:** Se describen como la perspectiva individual de una situación. Esta información no puede ser determinada por el profesional de enfermería con independencia de la interacción o comunicación con el usuario.

**Datos objetivos:** Son los que se pueden medir y observar.

**Datos históricos:** Son los que se refieren a hechos del pasado y se relacionan con la salud del usuario.

**Datos actuales:** Son los que suceden en el momento, es el motivo de su hospitalización.

La recopilación de datos inicia desde la primera visita al usuario y termina hasta que el usuario es dado de alta, durante esta etapa se reúnen datos de diferentes fuentes. Estas fuentes se clasifican en primarias o secundarias.

**La fuente primaria** es el usuario, sus familiares, o la persona responsable de él (madres o quien se encarga del cuidado) y se debe utilizar para obtener datos subjetivos pertinentes.

**Fuentes secundarias** son los amigos, los profesionales de la salud y el expediente clínico, esta fuente se utiliza en aquellas situaciones en las que el usuario no pudo participar o cuando es necesaria mayor información para aclarar datos proporcionados por el usuario.

Durante la recopilación de información se debe tener una guía como podría ser la historia clínica para así evitar omisiones y facilitar la agrupación de datos, esta guía puede ser general o específica porque tiene un conocimiento de todo lo relacionado con el estado de salud del usuario una vez detectado el problema.

Para poder obtener información mediante la valoración se puede recurrir a la Entrevista, la Observación y la Exploración Física, estos nos proporcionan un enfoque lógico, sistemático y continuo.

## **A. ENTREVISTA.**

Es una labor que requiere poseer habilidad en la comunicación y de interrelación estrecha con el usuario.

La entrevista tiene cuatro objetivos los cuales son:

- Permite adquirir información específica necesaria para el diagnóstico y la planeación.
- Facilita su relación con el usuario creando una oportunidad para el diálogo
- Permite al usuario recibir información y participar para poder identificar sus problemas
- Ayuda a determinar la investigación.

Toda entrevista debe de constar de tres partes que son introducción, núcleo y cierre.

1. **Introducción:** Es principalmente para saludar, permítele presentarnos y explicarle al usuario él porque de esta entrevista.
2. **Núcleo o cuerpo:** el cuál está caracterizado por el diálogo principal
3. **Cierre:** se informa el término y se agradece su colaboración.

La entrevista puede ser interrumpida por los ruidos y no únicamente por estos sino también por interferencias que estas pueden ser de tres tipos que son:

**Interferencias cognitivas:** consisten en que el problema del usuario no es percibido por el entrevistador.

**Interferencia emocional:** Consiste en una reacción emocional adversa del usuario o del entrevistador.

**Interferencia social:** Las diferencias sociales conllevan en el profesional una mejor conexión emocional a una mejor implicación y a prestar menos información al usuario.

Para realizar la entrevista se deben de conocer las técnicas verbales que existen como son:

El **interrogatorio** permite obtener información, aclarar respuestas y verificar datos.

**La reflexión o reformación**, consiste en repetir o expresar de otra forma lo que se ha comprendido de la respuesta del usuario, permite confirmar y profundizar en la información.

**Las frases adicionales**, estimulan la continuidad del proceso verbal de la entrevista.

También está la técnica no verbal que facilitan o aumentan la comunicación mientras se desarrolla la entrevista, estos componentes no verbales son capaces de transmitir un mensaje con mayor efectividad incluso que las palabras habladas, las más comunes son, expresiones faciales, la forma de estar y la posición corporal, los gestos, el contacto físico, la forma de hablar.

El entrevistador requiere de cualidades para poder realizar una entrevista con mejores logros estas cualidades son empatía, calidez, concreción y respeto.

**Empatía:** Es la capacidad de comprender correctamente y transmitir lo que experimenta nuestro interlocutor. Esta consta de dos momentos, uno en el que el entrevistador es capaz de interiorizar la situación emocional del usuario y en el que le da a entender que la comprende.

**Calidez:** Es la proximidad afectiva entre el usuario y el entrevistador. Se expresa solo a nivel no verbal.

**Concreción:** Es la capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos mutuos y compartidos de la entrevista.

**Respeto:** Implica el aprecio de la dignidad y valor del paciente y el reconocimiento como persona.

## B. OBSERVACIÓN.

La observación es una habilidad que exige disciplina y práctica. La observación sistemática consiste en el uso de los sentidos para adquirir información sobre el usuario, su familia y su entorno. Las observaciones identificadas por los sentidos pueden ser indicios positivos o negativos en un determinado usuario.

## C. EXPLORACIÓN FÍSICA.

A través de ella se obtiene una serie de datos, que nos permite valorar el estado de salud del individuo. La exploración física comprende desde la cabeza a los pies, por sistemas/aparatos y por patrones funcionales de salud que emplea cuatro técnicas principales.

**Inspección** Se refiere a la exploración visual del paciente para determinar respuestas normales o anormales. Es también más sistemática y detallada que la observación ya que define características como forma, tamaño localización anatómica, color textura, movimientos, simetría, etc.

**Palpación** se utiliza el sentido del tacto para determinar textura, temperatura, posición y tamaño de órganos, esta puede ser superficial o profunda. Las manos son el instrumento de la palpación, utilizándose partes concretas para valorar características particulares, el dorso de la mano es la parte más útil para valorar la temperatura ya que la piel en esta zona es más fina y permite discriminar entre diferencias de temperatura, las puntas de los dedos se utilizan para determinar textura y tamaño, dada la concentración de terminaciones nerviosas en ellas.

**Percusión** es donde la superficie del cuerpo es golpeada para producir sonidos o vibraciones, se emplea para estimar el tamaño y forma de los órganos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates, aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros, aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire y Timpánicos, se encuentran al percudir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.

**Auscultación** en esta se escucha los sonidos producidos por el cuerpo y sirve para valorar el funcionamiento de diversos órganos.

La exploración física se puede realizar de forma independiente, sin embargo el método más eficaz de exploración física sería un enfoque global que incluya una combinación de técnicas. Para poder realizar una exploración física se puede realizar desde la cabeza a los pies (cefalo-caudal), por sistemas/aparatos y por patrones funcionales de la salud.

**Cefalo caudal:** Esta comienza por la cabeza y termina de forma sistemática y sistémica hacia abajo, a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies.



**Por sistemas/aparatos:** nos ayuda a especificar que sistemas precisan más atención.

**Por patrones funcionales de salud:** permite la recogida ordenada para centrarnos en áreas funcionales concretas.

La información física del usuario que se obtiene es idéntica en cualquier técnica que se utilice.

Existen determinadas variables que afectan a su capacidad para recoger datos. Algunas de estas son factores ambientales, técnicas de recopilación de datos y la comunicación verbal y no verbal.

**Factores ambientales:** El ambiente en el que tiene lugar la recopilación de datos afecta con frecuencia a la capacidad del usuario y del profesional de enfermería para poder participar en este proceso. El área física se puede organizar de manera que permita una interacción cara a cara cómoda entre el profesional de enfermería y el usuario o su familiar. Deberá asegurarse la intimidad ya que se le tendrá que preguntar muchas cuestiones personales y realizar una observación y exploración física al usuario, esto se puede conseguir buscando un sitio tranquilo o cerrando la puerta.

**Técnicas de recopilación de datos:** Es más eficaz cuando se utiliza al mismo tiempo técnicas de comunicación habladas y no habladas para obtener datos, esta facilita la adquisición de una base de datos completa y exacta.

**Técnicas verbales:** Son utilizadas con mayor frecuencia se considera la anamnesis, la reflexión y las declaraciones complementarias. Se utilizan estas mediante la entrevista teniendo mayor éxito en la obtención de información.

**Técnicas no verbales:** Estas pueden también facilitar la comunicación durante la recopilación de datos, los componentes no verbales de una interacción entre profesional de enfermería y usuario transmiten un mensaje de forma más eficaz que las palabras verbales.

#### **Validación de datos:**

Toda la información recolectada tiene que ser validada para estar seguros de que esta sea correcta, y así poder evitar errores, para esto es necesario revalorar al paciente con los datos que no sé esta seguro.

### **Organización de datos:**

En ésta etapa se trata de agrupar la información de forma que nos ayude en la identificación de problemas, se puede organizar mediante las necesidades humanas o por patrones funcionales, la información ya ha sido recopilada y validada

### **Registro de la valoración:**

Después de que se está seguro que la información esta validada se tiene que registrar para facilitar la prestación de una asistencia de calidad, teniendo todo esto se puede pasar a la etapa siguiente.

## **DIAGNÓSTICO.**

Es la segunda etapa del proceso que inicia al concluir la valoración y constituye una función intelectual compleja, al requerir de diversos procesos mentales para establecer un juicio clínico sobre la respuesta del individuo, familia y comunidad, así como de los recursos existentes.<sup>12</sup>

El diagnóstico de enfermería define realmente la práctica profesional, su uso aclara que es lo que se hace y en qué se diferencia esta labor de la de los otros miembros del equipo de salud; ahorra tiempo al mejorar la comunicación entre los miembros del equipo y asegura cuidados eficientes que permiten tener conocimiento concreto de los objetos del cuidado.

Las funciones de enfermería tienen tres dimensiones, dependientes, interdependientes e independientes, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación:

**Dimensión dependiente:** de la práctica de la enfermería incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras.

**Dimensiones interdependientes:** se refieren a aquellos problemas cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la salud. Estos se describen como problemas colaborativos o interdependientes, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto.

---

<sup>12</sup> RODRÍGUEZ S. Berta " **Proceso Enfermero**" Ed. Cuellar. Guadalajara, Jalisco 2002 p. 51.

**Dimensiones independientes:** es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de enfermería y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales.

Los componentes de las categorías diagnósticas aceptadas por la NANDA para la formulación y descripción diagnóstica, en 1990 noventa conferencias se aceptaron noventa categorías diagnósticas. Cada categoría tiene cinco componentes:

1. Etiqueta descriptiva o título: Ofrece una descripción concisa del problema. Es una frase o término que representa un patrón.
2. Definición: Expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.
3. Características definitorias: Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, ésta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico.
4. Las características que definen los diagnósticos reales son los signos y síntomas principales siempre presentes en el 80 –100% de los casos. Otro signo y síntoma, que se han clasificado como secundarios están presentes en el 50 –79% de los casos, pero no se consideran evidencias necesarias del problema.
5. Factores etiológicos relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema. Los diagnósticos de enfermería de alto riesgo incluyen en su enunciado los factores de riesgo.

Para realizar un diagnóstico se tienen que seguir cuatro pasos fundamentales son:

a) Razonamiento diagnóstico que consiste en aplicar el pensamiento crítico para la solución de problemas mediante un enlistado, una agrupación, una comparación de todos los datos significativos, también se tiene que hacer una revaloración de la información obtenida.

b) Formulación de diagnósticos para poder realizarlos se tiene que seguir un lineamiento de fases, las cuales se inician con la identificación de problemas donde se analizarán los datos significativos que se puedan confirmar, posteriormente se formulará el problema en el cuál se tomará en cuenta si es un diagnóstico de enfermería o un problema interdependiente.

Existen varios tipos de diagnósticos los cuales son:

**Diagnóstico Real:** Describe la respuesta actual de una persona, una familia o una comunidad. Consta de tres partes, formato PES: Problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S)

**Diagnóstico de Alto Riesgo:** Describe un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad sean más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situaciones iguales o similares. Para respaldar un diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. La descripción concisa del estado de salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo". Consta de dos

componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores causales o contribuyentes (E)

**Diagnóstico Posible:** Son enunciados que describen un problema sospechoso. Para el que se necesitan datos adicionales. Consta de dos componentes PE: problema (E) + etiología/factores causales o contribuyentes (E)

**Diagnóstico de Bienestar:** Es un juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado actual eficaz. Son enunciados de una sola parte. Conteniendo sólo la denominación. No contiene factores relacionados.

Para estructurar un diagnóstico hay que tener en cuenta una serie de directrices:<sup>13</sup>

- Unir la primera parte (P) con la segunda (E) utilizando "relacionado con" mejor que "debido a" o "causado por."
- La primera parte del diagnóstico identifica la respuesta de la persona y no una actividad de enfermería.
- Redacta en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal.
- Escribe el diagnóstico basándose en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogidos y validados con el usuario.
- Evitar invertir el poder de las partes del diagnóstico.
- No mencionar signos y síntomas de la primera parte del diagnóstico.
- No indique el diagnóstico de enfermería como si fuera un diagnóstico médico.
- No escribir un diagnóstico de enfermería que repita una orden médica.
- No renombrar un problema médico para convertirlo en un diagnóstico de enfermería.
- No indique dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos.

c) Una vez formulados los diagnósticos de acuerdo al problema, estos tienen que ser validados, mediante una corroboración de que estos sean ciertos.

d) Una vez validados se deben de registrar en las notas de enfermería y en los planes de cuidados para iniciar con la etapa de planeación.

Para poder estructurar los diagnósticos de enfermería de acuerdo a los datos que se obtuvieron en la valoración se utilizaron las etiquetas diagnósticas de la NANDA según las necesidades humanas básicas, pero en la práctica se ordenaron las necesidades de acuerdo al requerimiento de la paciente. ( anexo 1)

---

13 <http://www.terra.espersonal/duenas/pae.htm> el día 28/10/04 p. 23

## **PLANEACIÓN:**

Es la tercera fase del proceso enfermero donde se establecen los cuidados de enfermería que conduzcan al usuario a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.

En esta fase se desarrolla un plan de cuidados basándose en los diagnósticos detectados en el usuario, tomando en cuenta los problemas interdependientes y así establecer prioridades en los cuidados que se van a aplicar.

Durante la fase de planeación se elaboran los objetivos y las intervenciones de enfermería. Los objetivos indican lo que será capaz de hacer el usuario como objetivo de las acciones de enfermería. Las intervenciones de enfermería describen la forma en que el profesional puede ayudar al usuario a conseguir los objetivos.

Los pasos o etapas de la plantación son las siguientes:

### **A) ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES**

Posterior a la valoración y a la etapa de diagnóstico se concluye determinando el diagnóstico enfermero, lo que hace indispensable la identificación de los problemas de salud en los cuales se debe centrar la atención y realizar acciones inmediatas. El criterio puede ser útil como guía para establecer prioridades como la jerarquización de las necesidades se hace según la teoría o marco conceptual de cuidados de enfermería escogido por la práctica de enfermería, utilizando la teoría de Maslow para guiar el suministro de atención de enfermería, el profesional debe aliviar el dolor del usuario (necesidad fisiológica) antes de fomentar la higiene matutina (autocuidado); satisfacer las necesidades que el sujeto de atención siente más importantes, siempre y cuando no interfieran con el tratamiento médico o con la supervivencia y considerar el efecto de problemas potenciales futuros al establecer prioridades.

### **B) DETERMINACION DE LOS OBJETIVOS.**

Son una parte indispensable dentro de la etapa de planeación ya que con ello se mide el éxito de un plan determinado. También se pueden llamar metas, su propósito es definir la forma en que el profesional de enfermería y el usuario saben que la respuesta humana identificada en la exposición diagnóstica ha sido prevenida, modificada o corregida.

Lo que se pretende con los objetivos de las actividades de enfermería es establecer qué se quiere conseguir, cómo, cuándo y cuánto.

Existen dos tipos de objetivos:

- Objetivos de enfermería
- Objetivos del usuario.

Para poder realizar cualquiera de estos dos se tienen que seguir normas para la descripción de dicho objetivo, estas son:"

- Escribir los objetivos en términos que sean observables y puedan medirse.
- Describir los objetivos en forma de resultado o logros a alcanzar, y no como acciones de enfermería.
- Elaborar objetivos cortos.
- Hacer específicos los objetivos.
- Cada objetivo se deriva de sólo un diagnóstico de enfermería.
- Señalar un tiempo específico para realizar cada objetivo.

**OBJETIVOS DE ENFERMERÍA:** Estos no suelen escribirse en el plan de cuidados, en cualquier caso deben responder a preguntas sobre, capacidades limitaciones y recursos del individuo que se pueden fomentar, disminuir o dirigir.

Los objetivos se describen en tiempos por ejemplo:

**Objetivos a corto plazo:** Son los resultados que se pueden lograr de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días. Estos son especialmente para establecer la atención inmediata en situaciones de urgencias cuando los pacientes son inestables y los resultados a largo plazo son inciertos.

**Objetivos a mediano plazo:** Estos son para un tiempo intermedio, se pueden utilizar para reconocer los logros del usuario y mantener la motivación.

**Objetivos a largo plazo:** Son los resultados que se requieren de un tiempo largo. Existen dos tipos de estos que son:

\*Abarca un periodo prolongado y requiere de acciones continuas de enfermería.

\*Se obtiene a través de una secuencia de objetivos a corto plazo, no se requiere de la atención directa de enfermería, dado que las acciones de enfermería acompañan a los objetivos a corto plazo.

**OBJETIVOS DEL USUARIO:** Estos se anotan en términos de lo que se espera que haga el usuario, es como conductas esperadas, los objetivos cuentan con tres

características que son: deben de ser alcanzables, deben de ser medibles y ser específicos en cuanto su contenido.

### C) DETERMINACIÓN DE ACCIONES DE ENFERMERÍA.

Las acciones de enfermería están destinadas a ayudar al sujeto de atención a lograr las metas de cuidado que van dirigidas a eliminar los factores que contribuyen al problema.

Las características son:

- Deben de ser coherentes con el plan de atención.
- Estar basadas en principios científicos.
- Ser individualizadas para cada situación.
- Proveer un ambiente terapéutico seguro.
- Generar las oportunidades de enseñanza al sujeto de atención.
- Utilizar los recursos adecuados.
- Indicar las precauciones que se deben tomar y las consecuencias que se deben prever.
- Indicar la hora y la duración en que deben desarrollarse las acciones de enfermería.
- Siempre deben quedar escritas para poder verificar el cumplimiento de estas.

Las acciones de enfermería se pueden clasificar en dependientes, interdependientes o independientes.

**Acciones dependientes:** Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señala la manera en que ha de llevar a cabo una actuación médica.

**Acciones interdependientes:** Estas definen las actividades que el personal de enfermería realiza en cooperación con otros miembros del equipo de atención sanitaria, pueden suponer la colaboración con asistentes sociales, dietistas, terapeutas y médicos.

**Acciones independientes:** Son las actividades que puede llevar a cabo el personal de enfermería sin una indicación del médico, estas son las respuestas que el personal de enfermería esta autorizado a tratar en virtud de su educación y su experiencia.

Las actividades de enfermería más habituales de la planeación de los cuidados de enfermería, entorno a los diferentes tipos de diagnóstico enfermero y a los problemas interdependientes manera:<sup>15</sup>

El diagnóstico enfermero real:

- Reducir o eliminar factores contribuyentes.
- Promover mayor nivel de bienestar.
- Controlar el estado de salud.

Para el diagnóstico enfermero de alto riesgo:

- Reducir o eliminar factores de riesgo.
- Promover que se produzca el problema.
- Controlar el inicio de problemas.

Para el diagnóstico enfermero posible:

- Recoger datos adicionales que ayuden a confirmar o excluir un diagnóstico.

Para el diagnóstico enfermero de bienestar:

- Enseñar conductas que ayuden a conseguir mayor nivel de bienestar.

Para problemas interdependientes:

- Controlar los cambios de estado del usuario.
- Mejorar los cambios de estado de salud.
- Iniciar las actividades prescritas por la enfermera y el médico.

Las actividades de enfermería son aquellas que necesariamente deben hacerse, para obtener los resultados esperados, y deben definirse para cada diagnóstico de enfermería y problema interdependiente.

#### **D. DOCUMENTAR EL PLAN DE CUIDADOS.**

Se debe de priorizar qué problemas se incluyen en el plan y cómo tratarlo; se dará preferencia a los diagnósticos y complicaciones potenciales que se detecten en el usuario. Dando prioridad a los problemas, se procederá a elegir los objetivos de manera que la enfermera reconozca en el usuario y su familia los cambios fisiopatológicos de su sensibilidad a la respuesta emocional, psicológica e intelectual a la enfermedad, estos objetivos serán logrados a corto, mediano y

---

<sup>15</sup> <http://www.terra.es/personal/ducfias/pae.htm> p. 24 consultado 10/08/04



largo plazo, considerando que si son alcanzables, medibles y específicas las actividades deben de ir encaminados a eliminar los factores que contribuyen a los problemas.<sup>16</sup>

Esta documentación del plan de cuidados posee de objetivos como son:

- Dirige las actividades de enfermería hacia el cumplimiento de las necesidades de salud de la paciente.
- Proporciona un mecanismo para la prestación de una atención constante y coordinada.
- Proporciona unas normas para la documentación de las notas de enfermería y para la evaluación de la eficacia de los cuidados prestados.

El plan de cuidados se puede estructurar de varias formas, dependiendo del sistema que se utilice en el centro. Habitualmente consiste en tres componentes Diagnóstico de enfermería, objetivos e intervenciones de enfermería, las intervenciones de enfermería proporcionan al equipo de salud un anteproyecto para realizar los objetivos establecidos y resolver la respuesta humana alterada. Para conseguir cada resultado se debe escribir una serie de intervenciones de enfermería, para que sean eficaces, se escribirán de la forma más clara y concisa posible, para evitar confusiones o la repetición de actividades, las intervenciones debe describir quién las va a ejecutar, en caso de que no sea el personal de enfermería. Cuando las acciones de enfermería dependen de actividades previas, se numerarán para seguir la secuencia designada. Todas las intervenciones deben constar de: firma y fecha para identificar cuando fueron escritas y para reflejar la responsabilidad profesional, deben incluir verbo de acción concretos y nombrar actividades concretas para conseguir los objetivos esperados, deben definir quien, qué, dónde, cuándo, cómo y con qué frecuencia tendrán lugar las actividades identificadas.

En la actualidad se utilizan varios tipos de planes de cuidados, los más utilizados son los planes construidos de forma individualizada, los estandarizados, los computarizados y los multidisciplinarios.

**Individualizados:** Se documentan desde el principio en formularios divididos en columnas con los encabezados habituales de diagnósticos de enfermería, objetivos e intervenciones, sus ventajas de estos son que permite la documentación de los diagnósticos de enfermería, los objetivos y de las intervenciones más adecuadas para un determinado usuario.

**Estandarizados:** Facilitan la preparación y el uso de los planes de cuidados, consisten en diagnóstico de enfermería reales, de alto riesgo o de bienestar, objetivos e intervenciones que están impresos en un formulario de plan de cuidados. Estos se pueden organizar según el diagnóstico de enfermería. Sus ventajas: habitualmente son desarrollados por expertos clínicos que han

---

<sup>16</sup> RODRÍGUEZ S. Berta. "Proceso Enfermero" Ed. Cuellar. Guadalajara Jalisco 2002 p. 86

investigado meticulosamente la bibliografía, reducen la cantidad de tiempo invertido en escribir planes, proporciona información concreta de un determinado usuario, necesita menos tiempo para rellenarlos.

**Computarizados:** Requieren la información previa de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, son útiles si permiten la individualización a un usuario concreto.

**Multidisciplinares:** En la unidad de cuidados, de rehabilitación, psiquiatría y de desintoxicación de drogas y alcohol, es frecuente que el plan de cuidados incluya las contribuciones de otras disciplinas, además de la enfermería. Estos están estructurados para identificar el problema del usuario, los objetivos y las intervenciones. Habitualmente se desarrollan y revisan en sesiones de equipo multidisciplinarios.<sup>17</sup>

Los beneficios que nos proporcionan son eliminar el papeleo, mantienen su flexibilidad y son personalizados y los datos que incluyen son los más relevantes y más exactos.

Los planes de cuidados deben tener el registro de un diagnóstico de enfermería, conteniendo objetivos, ordenes de enfermería y la consiguiente evaluación.

## EJECUCIÓN:

Es el comienzo del plan de cuidados de enfermería, para conseguir objetivos concretos. Esta comienza después de haberse desarrollado el plan de cuidados y está enfocada en el inicio de aquellas intervenciones de enfermería y que ayudan al usuario a conseguir los objetivos deseados.<sup>18</sup>

Para realizar la ejecución se deben de seguir tres pasos que son: preparación, intervención y documentación.

### PREPARACIÓN.

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

- Revisión de las intervenciones de enfermería para poder determinar si son suficientes para el usuario y si son compatibles con las intervenciones de otros profesionales de la salud.
- Análisis del conocimiento de enfermería y de las habilidades necesarias.

---

<sup>17</sup> IYES Patricia W. TAPICH Bárbara J. "Proceso Y Diagnostico de Enfermería" Ed. Interamericana México D. F. 1997 p. 218.

<sup>18</sup> Op.Cit p. 224

- Reconocimiento de las complicaciones potenciales asociadas a actividades de enfermería.
- Preparación de un entorno seguro que conduzca a los tipos de actividades necesarios.

## **INTERVENCIÓN.**

Está diseñada para cubrir la mayor parte de las necesidades físicas o emocionales de la paciente, estas son numerosas y variadas, dependiendo de los problemas individuales específicos. Generalmente la ejecución se ajusta a seis categorías:

1. Refuerzo de las cualidades: El personal de enfermería contempla al usuario como ser completo, se estudian las cualidades del usuario, sus problemas y las relaciones con los demás.
2. Ayuda en las actividades de la vida diaria: Muchos usuarios necesitan la atención de enfermería porque existe algún problema que interfiere con su capacidad para cuidar de sí mismo por ejemplo el baño, el uso del w. c., el vestido, la alimentación y la deambulación.
3. Supervisión del trabajo de otros profesionales e enfermería: El profesional es legalmente responsable de la prestación de los cuidados de enfermería, se delega la atención en la persona adecuada, utilizando su conocimiento sobre las necesidades del usuario y la capacidad de los miembros del equipo.
4. Comunicación con otros miembros del equipo de salud: El personal de enfermería es responsable de coordinar la atención del usuario para asegurar la continuidad y un enfoque organizado que resuelva los problemas del usuario.
5. Educación: El proceso de enseñanza-aprendizaje para el usuario, incluye la adquisición de nuevos conocimientos, actitudes, habilidades y cambios de conducta.
6. Prestación de cuidados para conseguir los objetivos del usuario.

El razonamiento crítico es una parte importante de la ejecución. El personal de enfermería que utiliza el razonamiento crítico para ejecutar los cuidados de enfermería está constantemente anticipando problemas, revisando el enfoque de los cuidados, según las respuestas del usuario y resolviendo problemas para superar obstáculos.<sup>15</sup>

## **DOCUMENTACIÓN**

La ejecución de intervenciones de enfermería debe ir seguida de una documentación completa y exacta de los acontecimientos que tienen lugar en esta etapa del proceso de enfermería. Hay cinco tipos principales de asistencia de

---

<sup>15</sup>Op Cit p. 247.

conservación de registros utilizados en la documentación de la atención del usuario.

**Gráficas narrativas:** Continúan siendo utilizadas por algunas instituciones, la información se registra cronológicamente en periodos de tiempo concretos. El registro clínico se divide en secciones según la fuente de los datos. Cada disciplina registra información en una sección diferente. Sus ventajas que facilita el acceso a la localización de los formularios y de la posterior documentación de cada disciplina, como método más antiguo de creación de gráficas, es el que resulta más familiar a los profesionales de enfermería, no exige la organización de las anotaciones por materias, sino que está organizada en función del tiempo.

**Registros orientados al problema:** Incluye la recopilación de datos, la identificación de respuestas del usuario, el desarrollo y ejecución del plan de cuidados y la evaluación de la consecución de objetivos. La información está enfocada en los problemas del usuario y es integrada y registrada por todas las disciplinas, utilizando un formato constante. Este tiene dos componentes principales:

- **Lista de problemas:** Consiste en una serie acumulativa de problemas reales o potenciales del usuario, que pueden hacer necesaria una intervención para mejorar su salud o bienestar.
- **Notas de evolución:** Estas se han diseñado para documentar la respuesta del usuario al plan. Las notas de evolución integradas incluyen anotaciones de todas las disciplinas. La información documentada en estas notas ayuda a medir el progreso del usuario hacia la consecución del objetivo.

Sus ventajas de este registro son que facilita una atención de calidad porque todo el equipo de salud está enfocado en los mismos problemas identificados, Todas las disciplinas que participan en la atención del usuario tienen un rápido acceso a los datos que reflejan el plan de cuidados y resulta más fácil la evaluación de los cuidados.

**Gráfica Focus:** Es un método de organizar la información según las notas de enfermería, que incluyen tres componentes: El uso de un enfoque para designar la nota de evaluación de enfermería, la organización de la nota de evaluación en las categorías de datos, acciones y respuestas, y hojas de curso clínico para datos de documentación.

Esta Gráfica se realiza para ampliar los datos reunidos en una hoja de curso clínico para registrar un acontecimiento no habitual o inesperado, documentar la respuesta del usuario a la atención médica o de enfermería o a la enseñanza, documentar el plan de alta, describir el estado del usuario en el momento del

traslado de una unidad de enfermería a otra o en el momento de la alta para describir de forma completa las necesidades del usuario.<sup>20</sup>

**Gráfica por excepción:** Es un sistema de documentación desarrollado por profesionales de enfermería en un intento por coordinar la gráfica y reducir la cantidad de tiempo gastado en la documentación.

**Registros computarizados:** Estos registros se pueden documentar utilizando varios enfoques. Las notas de evaluación pueden estar estructuradas o ser abiertas, los componentes de una nota de evaluación pueden ser frases simples o descripciones de atención más detalladas.

## EVALUACIÓN.

Es la última etapa la cuál se utiliza para juzgar cada parte del proceso de enfermería. Consiste en la comparación sistemática y planeada entre el estado de salud del usuario y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios. Los dos criterios más importantes que valora el personal de enfermería son: La eficacia y la efectividad de las actuaciones.

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del usuario. Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados, según Dueñas Fuentes son las siguientes áreas:<sup>21</sup>

Aspectos generales y funcionamiento del cuerpo:

- Observación directa, examen físico.
- Examen de la historia clínica.

Señales y síntomas específicos

- Observación directa.
- Entrevista con el usuario.
- Examen de la historia.

Conocimiento:

- Entrevista con el usuario.
- Cuestionarios.

---

20 IYER Patricia W. TAPICHI Bárbara J. "Proceso Y Diagnostico de Enfermería" Ed. Interamericana México D. F. 1997 p. 256.

21 <http://www.terra.es/personal/dueñas/pac.htm>. p. 27consultado el 10/08/04

### Capacidad psicomotora (habilidades)

- Observación directa durante la realización de la actividad.

### Estado emocional.

- Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.
- Información dada por el resto del personal.

### Situación espiritual (modelo holístico de la salud)

- Entrevista con el usuario.
- Información dada por el resto del personal.

### Esta consta de tres partes:

- La evaluación del logro de objetivos: Es un juicio sobre la capacidad del sujeto de atención para desempeñar el cumplimiento señalado dentro del objetivo del plan de atención. Su propósito es decidir si el objetivo se logró. Este puede ser mediante dos formas un logro total cuando el usuario es capaz de realizar el cumplimiento en el tiempo establecido en el enunciado del objetivo. El otro es un logro parcial ocurre cuando el usuario está en el proceso de lograr el resultado esperado o puede demostrar el comportamiento pero no también como se esperaba. Cuando el usuario no ha conseguido el resultado esperado se afirma que no hubo logro.
- La revaloración del plan: Es el proceso de cambiar o eliminar diagnósticos de enfermería, objetivos y acciones con base en los datos que proporciona el usuario.
- La satisfacción del usuario.

La evaluación también se puede llevar a cabo como parte del proceso de enfermería cuando se compara el estado de salud del usuario con los objetivos definidos por el personal de enfermería, como objetivo de esta se determina si el plan de cuidados es adecuado, realista, actual o si necesita revisión. Si el usuario no ha conseguido los objetivos, se dedicará a la resolución del problema para determinar cómo revisar el plan de cuidados.

La evaluación se lleva a cabo planteando una serie de preguntas:<sup>22</sup>

1. ¿Se consiguió el objetivo?

---

22 IYES Patricia W. TAPICH Bárbara J. "Proceso Y Diagnostico de Enfermería" Ed. Interamericana México D. F. 1997 p. 288.

2. ¿Si la respuesta es no, ¿eran adecuados los objetivos?
3. ¿Se resolvió el diagnóstico de enfermería?
4. Si la respuesta es no, ¿eran exactas las respuestas humanas y los factores relacionados del diagnóstico de enfermería?
5. ¿Eran adecuadas las actuaciones?
6. Si la respuesta es no, ¿será necesario revisar el plan de cuidados.

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención de enfermería y sobre el producto final.

## 5.5 TRASTORNO HIPERTENSIVO EN EL EMBARAZO.<sup>23</sup>

El embarazo puede inducir hipertensión arterial en mujeres previamente normotensas, o puede agravar el trastorno en aquellas quienes tienen una enfermedad hipertensiva de fondo; en cualquiera de los casos la causa es desconocida. El edema generalizado, proteinuria, o ambos, acompaña con frecuencia a la hipertensión arterial inducida o agravada por el embarazo. Puede producirse convulsiones en relación con la hipertensión arterial, en especial si se desconoce que se es hipertensa. Los trastornos hipertensivos que complican en el embarazo son comunes, constituyen un elemento de la tríada que junto con hemorragia e infección, continua siendo la causa de un número grande de muertes maternas en Estados Unidos de Norteamérica. La mayor parte de los resultados adversos del embarazo relacionados con la hipertensión arterial se pueden prevenir con supervisión prenatal adecuada, y tratamiento cuando es necesario.

### HIPERTENSIÓN ARTERIAL INDUCIDA POR EL EMBARAZO.

La hipertensión arterial inducida por el embarazo se divide en tres categorías: 1) hipertensión arterial sola, 2) preeclampsia, y 3) eclampsia. El diagnóstico de Preeclampsia se fundamenta en el desarrollo de hipertensión arterial además de proteinuria o edema que es generalizado y franco, o ambas cosas. La eclampsia se caracteriza de manera típica por estas mismas anomalías además de convulsiones, que son precipitadas por la hipertensión arterial inducida por el embarazo. Es poco común que se desarrolle preeclampsia antes de las 20 semanas de gestación, y de ordinario es en caso de mola hidatiforme o degeneración molar apreciable. La preeclampsia sin hipertensión arterial crónica de fondo es casi una enfermedad exclusiva de nulíparas; aunque suele afectar a las mujeres en los extremos de la edad reproductora, o sea adolescentes o quienes son mayores de 35 años, en el último grupo con frecuencia refleja

---

24 GRANT Norman F. "Manual de Ginecoobstetricia" Ed. Manual Moderno 1995. p.545 – 551.

hipertensión arterial agravada por el embarazo. En ocasiones se presenta hipertensión arterial fetal. La hipertensión arterial agravada por el embarazo es común en multiparas con enfermedades vasculares, incluyendo hipertensión arterial esencial crónica v diabetes sacarina. o en aquellas con enfermedades renales coexistentes.

El diagnóstico de hipertensión arterial inducida por el embarazo en general es directo, y se establece cuando la presión arterial es de 140/90 mm Hg, o mayor. Aunque desde el pasado se ha aceptado que un incremento sobre los valores de la línea media de 30 mm Hg sistólica o 15 mm Hg diastólica, en cuanto menos dos ocasiones con intervalos de seis o más horas, se considera como posibilidad diagnóstica de hipertensión arterial inducida por el embarazo, este criterio vago tiene poco valor clínico.

Aunque el diagnóstico de preeclampsia ha requerido de modo tradicional la identificación de hipertensión arterial inducida por el embarazo, además de proteinuria o edema generalizado, muchas autoridades están de acuerdo en que el edema, aun de manos y cara, es un hallazgo tan común en las mujeres embarazadas, que su presencia no debe confirmar el diagnóstico de preeclampsia, aunque su ausencia descartaría el diagnóstico.

La proteinuria es un signo importante de preeclampsia y se define como la presencia de 300mg o más de proteínas en la orina durante un periodo de 24 horas, o 30 a 100 mg por dL (1 a 2 +) o más, en cuanto menos dos muestras de orina tomadas al azar con un intervalo de seis horas, o mayor. El grado de proteinuria puede fluctuar de modo amplio durante el transcurso de cualquier periodo de 24 horas, aun en casos graves; por tanto, es posible que una muestra siempre tomada al azar no detecte proteinuria significativa.

Cuando la presión arterial aumenta de manera importante durante la segunda mitad del embarazo, es peligroso, en especial para el feto, no tomar acción sólo porque aún no se ha desarrollado antes de una proteinuria franca. Por tanto, desde la perspectiva fisiopatológica y epidemiológica, es claro que la hipertensión arterial es el *sine qua non* de la preeclampsia, y que desde el momento en que la presión arterial comienza a aumentar, tanto la madre como el feto están en un riesgo aumentado. Una vez que la presión arterial excede 140/90 mm Hg, se establece el diagnóstico de hipertensión arterial inducida por el embarazo, y debe administrarse tratamiento de acuerdo a esta situación. La proteinuria es signo de empeoramiento de la enfermedad hipertensiva, especialmente preeclampsia, y cuando es franca y persistente, los riesgos maternos v fetales están aún más aumentados.

La gravedad de la hipertensión arterial inducida por el embarazo es evaluada por la frecuencia e intensidad de las anomalías que se incluyen en el cuadro número. 1. Muchas mujeres tienen síndromes clínicos que quedan entre dos extremos de "leve o grave". Además, la enfermedad en apariencia leve puede volverse grave de modo rápido.



La presión arterial, por sí sola, no siempre es un indicador confiable de gravedad; por ejemplo, es posible que una paciente adolescente tenga proteinuria 3+ y convulsiones, mientras que su presión arterial es de 140/85 mm Hg, en tanto que la mayoría de las mujeres con presiones arteriales tan altas como de 180/120 mm Hg no tienen convulsiones. Las convulsiones suelen ser precedidas por una cefalea intensa e incesante, o por perturbaciones visuales. Por tanto, se considera que estos síntomas son ominosos.

La proteinuria es un indicador importante de gravedad, ya que de ordinario se desarrolla tarde en el curso de la enfermedad. Sin duda, la proteinuria persistente de 2+ o mayor, o la excreción urinaria de 4 g o más en 24 horas, son indicadores de una preeclampsia grave. Con afectación renal intensa, la filtración glomerular puede estar alterada, y la concentración de creatinina en el plasma puede volverse anormal alta, o puede comenzar a aumentar. Se supone que el dolor epigástrico o en el cuadrante superior derecho resulta de necrosis hepatocelular y edema que estiran la cápsula de Glisson. La Trombocitopenia es característica del empeoramiento de la preeclampsia, y es causada con probabilidad por hemólisis microangiopática generada por vasospasmos intensos. Mientras más intensa sea la frecuencia e intensidad de estas aberraciones, más grave es la enfermedad y mayor la necesidad de terminación del embarazo.

En la hipertensión inducida por el embarazo descuidada o, con menos frecuencia, en los casos fulminantes, puede desarrollarse eclampsia. Las convulsiones son de gran mal, y pueden presentarse por primera vez antes del trabajo de parto, durante éste, o posparto. Cualquier convulsión que se desarrolle más de 48 horas después del parto tiene mayor probabilidad de deberse a alguna otra lesión del sistema nervioso central.

## **FISIOPATOLOGÍA.**

El vasospasmo es básico en la fisiopatología de la preeclampsia-eclampsia. La construcción vascular causa resistencia al flujo sanguíneo y explica el desarrollo de la hipertensión arterial. Los cambios vasculares, junto con la hipoxia local de los tejidos circundantes, parece que conduce a hemorragia, necrosis y otras perturbaciones de órgano terminal que han sido observadas, en ocasiones con la preeclampsia grave.

La hemoconcentración es común en mujeres con preeclampsia y eclampsia graves. Puede esperarse que la mujer de estatura promedio tenga un volumen sanguíneo de cerca de 5000 ml durante las últimas semanas de un embarazo normal, en comparación con cerca de 3500 ml en ausencia de embarazo. Sin embargo, con la eclampsia puede anticiparse que se pierde gran parte, o la totalidad de 1500ml de sangre agregados, que están presentes, en condiciones normales, en la fase tardía del embarazo. Por tanto, la mujer con eclampsia es, sin duda, sensible a la terapéutica energética con líquidos administrados con el

propósito de expandir el volumen de sangre reducido a valores normales del embarazo; también es sensible a una pérdida aun normal en el parto.

## **PREECLAMPSIA.**

Las dos características principales de la preeclampsia, hipertensión arterial y proteinuria son anomalías sobre las cuales la mujer embarazada no suele tener conciencia. Para cuando se presentan síntomas como cefalea, alteraciones visuales o dolor epigástrico, el trastorno es casi siempre grave. De ahí, que sea clara la importancia de los cuidados prenatales en la detección y tratamientos tempranos de la preeclampsia.

## **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.**

### **A) Síntomas y signos:**

1. *Hipertensión arterial:* El desarrollo básico en la preeclampsia es el vasospasmo arteriolar, y por tanto, no es sorprendente que el signo de advertencia más confiable sea un incremento en la presión arterial. La presión arterial diastólica es probablemente un signo pronóstico más confiable que la sistólica, y cualquier presión diastólica persistente de 90 mm Hg o mayor, es anormal. El quinto ruido de Korotkoff se usa como el nivel de medición.
2. *Aumento de peso:* Un aumento súbito de peso puede preceder al desarrollo de preeclampsia; de hecho, el aumento de peso excesivo en algunas mujeres es el primer signo. El aumento de peso cercano a 450 g por semana es normal, pero cuando este aumento excede mucho más de 900 g, en cualquier semana, o cerca de 2725 g en un mes, debe sospecharse preeclampsia en desarrollo. El aumento súbito en el exceso de peso es característico de la preeclampsia, más que un incremento distribuido durante la gestación. El aumento de peso súbito y excesivo es atribuible casi por completo a la retención anormal de líquidos, y puede demostrarse, como regla general, antes de que se presenten signos de edema en sitios de declives, tales como párpados y dedos. En los casos de preeclampsia o eclampsia fulminantes la retención de líquidos puede ser extrema, y en esas mujeres no es excepcional aun aumento de peso de 450 g o mayor.
3. *Cefalea:* No es común en los casos más leves, pero es frecuente en los graves. A menudo es frontal, pero puede ser occipital, y es resistente al alivio con analgésicos ordinarios. En las mujeres que desarrollan eclampsia, la primera convulsión es casi invariablemente precedida por cefalea intensa.

4. *Dolor abdominal*: El dolor epigástrico o del cuadrante superior derecho suele ser síntoma de preeclampsia grave, y puede indicar convulsiones inminentes. Puede resultar del estiramiento de la cápsula hepática, quizá por edema y hemorragia.
5. *Trastornos visuales*: La preeclampsia puede estar acompañada por un espectro de trastornos visuales, que van desde un ligero borramiento de la visión a escotomas, a ceguera parcial o completa. Se originan de vasospasmo. Isquemia y hemorragias petequiales dentro de la corteza occipital. En algunas mujeres los síntomas visuales pueden causarse a partir de espasmo arterial retiniano, isquemia y edema y en casos poco frecuentes desprendimiento de la retina.

#### **B) Hallazgos de laboratorio:**

El grado de proteinuria varía de modo considerable en la preeclampsia, no sólo de un caso a otro, sino también la misma mujer de una hora a otra. La variabilidad señala hacia una causa funcional (vasospasmo) más que orgánica. En la preeclampsia primaria, la proteinuria puede ser mínima o estar ausente. En los tipos más graves, la proteinuria suele ser demostrable, y tener concentraciones como 10 g por 24 horas.

La proteinuria casi siempre se desarrolla más tarde que la hipertensión arterial, y de ordinario después del aumento excesivo de peso.

#### **Tratamiento: preeclampsia de grado leve a moderado.**

Los objetivos básicos del tratamiento en cualquier gravidez complicada por hipertensión arterial inducida por el embarazo son: 1) terminación del embarazo con el menor traumatismo posible para la madre y el feto; 2) nacimiento de un lactante que se desarrolle subsecuentemente; 3) restauración completa de la salud de la madre. En ciertos casos de preeclampsia, en especial en mujeres a término, o cerca de éste, estos tres objetivos pueden cumplirse de modo adecuado mediante la inducción cuidadosa de trabajo de parto.

Por lo tanto, el dato de información más importante para el éxito en el tratamiento de cualquier embarazo, pero en especial aquél complicado por hipertensión arterial, es la edad del feto.

#### **A) Reposo en cama:**

No hay sitio para la terapéutica ambulatoria en el tratamiento de la hipertensión arterial inducida o agravada por el embarazo; es esencial el reposo en cama durante la mayor parte del día. Además, estas mujeres deben examinarse cuando menos dos veces por semana, y se les debe instruir de manera detallada sobre los

síntomas que deben informar. Con aumento menor de presión arterial, la respuesta a este régimen con frecuencia es inmediata, pero la paciente debe ser colaboradora y el obstetra prudente.

#### B) Hospitalización:

La indicación para la hospitalización de mujeres con hipertensión arterial inducida por el embarazo es un aumento sostenido en la presión sistólica de 140 mm Hg o mayor, o diastólica de 90 mm Hg o más alta. Para realizar una evaluación continua de la intensidad de la enfermedad, durante la hospitalización, debe instituirse un estudio sistemático que incluya lo siguiente:

1. Historia clínica y examen físico apropiados, seguidos por búsqueda diaria de signos y síntomas tipo cefalea, trastornos visuales, dolor epigástrico y aumento de peso rápido.
2. Medición del peso en el momento de la admisión y después cada dos días.
3. Prueba de orina para valoración de proteína durante la admisión, y después cuando menos cada dos días.
4. Lecturas de presión arterial, con un manguito de tamaño apropiado, cada cuatro horas, excepto entre la medianoche y la mañana (a menos que la presión arterial de medianoche haya aumentado)
5. Medición de creatinina en el plasma, hematocrito, plaquetas y enzimas hepáticas séricas, cuya frecuencia debe determinarse por la intensidad de la hipertensión arterial.
6. Evaluación frecuente del tamaño fetal y del volumen del líquido amniótico por el mismo examinador experimentando, y por ecografía seriada si se está lejos del término.

#### C) Tratamiento obstétrico:

El tratamiento del embarazo complicado por preeclampsia dependerá de: 1) su intensidad, determinada por la presencia o ausencia de las anomalías. 2) duración de la gestación, y 3) estado de cuello uterino. Por fortuna, muchos casos son lo suficiente leves y están tan cerca del término que pueden tratarse de manera conservadora hasta el inicio espontáneo del trabajo de parto o cuando el cuello uterino se vuelve favorable para la inducción del trabajo de parto. No obstante, el abatimiento completo de todos los síntomas y signos no es común sino hasta después del parto ¡Casi sin duda la enfermedad de fondo persistirá hasta después del parto!

#### **Tratamiento: preeclampsia grave.**

En ocasiones se encuentra preeclampsia fulminante o descuidada, con lecturas de presión arterial excesivas de 160/110 mm Hg, edema y proteinuria. La cefalea,

trastornos visuales o dolor epigástrico, son indicadores de que las convulsiones son inminentes. y la oliguria es otro signo ominoso.

La preeclampsia grave existe terapéutica anticonvulsivante y antihipertensiva ordinaria, seguida por el parto. El tratamiento es idéntico al de la eclampsia. Los objetivos principales son controlar las convulsiones, evitar hemorragia intracraneana y lesiones graves a otros órganos vitales, y lograr el nacimiento de un niño sano.

**Cuadro Núm. 1**

**INDICADORES DE GRAVEDAD DE LA HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO.**

<b>Anormalidad</b>	<b>Leve</b>	<b>Grave</b>
Presión arterial diastólica	< 100 mm Hg	110 mm Hg o mayor
Proteinuria	De huellas a 1 +	Persistente 2+ o mayor
Cefalea	Ausente	Presente
Trastornos visuales	Ausente	Ausente
Dolor abdominal superior	Ausente	Ausente
Oliguria	Ausente	Ausente
Convulsiones	Ausente	Ausente
Creatinina sérica	Normal	Ausente
Trombocitopenia	Ausente	Presente
Hiperbilirrubinemia	Ausente	Presente
Elevación de enzimas hepáticas	Mínima	Ausentada
Retrazo del crecimiento fetal	Ausente	Claro
Edema pulmonar	Ausente	Presente

## **6. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.**

### **6.1 PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO DEL PACIENTE**

Nombre: C.R.B.  
Edad: 27 años.  
Edo. Civil: Unión libre.  
Religión: Católica.  
Escolaridad: Primaria.  
Ocupación: Hogar  
Peso: 62 Kgrs.  
Fecha de ingreso: 01 de noviembre del 2004  
Diagnóstico médico: Preeclampsia.

#### **ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLÓGICOS:**

Abuelos paternos y maternos finados por causas desconocidas, padre vivo de 60 años cursa con HTA controlada.

#### **ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:**

Sin importancia, con esquema completo de vacunación.

#### **ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS:**

Ha presentado tres embarazos, de los cuales dos partos, cero abortos, cero cesárea, fecha de última regla: 22 de febrero del 2004, fondo uterino 31 centímetros, situación del producto longitudinal, presentación cefálica, frecuencia cardíaca fetal 132 por minuto, sin actividad uterina, los signos vitales de la paciente es temperatura 36.2 grados centígrados, presión arterial 170/100 mmHg, frecuencia cardíaca 84 por minuto, frecuencia respiratoria 32 por minuto.

A la exploración física se observa, conciente, inquieta, cooperadora, cabeza: mucosas orales deshidratadas, cuello y tórax: Sin datos patológicos, senos mamarios útiles para lactancia, abdomen semigloboso a expensas de útero gestante, sin actividad uterina, piel deshidratada, con presencia de estrías muy marcadas, extremidades con presencia de edema, resto sin alteraciones.

Menciona que el día de hoy (01/11/04) por la madrugada inició con la cefalea pero ésta fue aumentando progresivamente, náusea hasta llegar al vómito en dos ocasiones, por lo cuál acude al hospital para ser atendida, se le informa que tiene que ser hospitalizada para controlarle la presión arterial, se canaliza con solución hartman 1000ml. Carga rápida, se valora grado de deshidratación y sé continúa con otra solución hartman 1000ml carga rápida, posteriormente solución mixta 1000ml para cuatro horas, se administran hipotensores como hidralazina 50mg. Vía oral (vo) cada 6 horas, Alfa-metildopa 50mg. vo cada 12 horas, también se administra corticosteroide como Dexametasona con una dosis de impregnación de 160mg dosis única posteriormente continua con 80mg cada 8 horas, antibiótico

como ampicilina un gramo cada 6 horas, al administrarle hipotensores a la hora se valora presión arterial 160/90mmHg, se instala sonda vesical con cuantificación de diuresis cada hora, y vigilancia de presión arterial al igual cada hora, se solicitan exámenes de laboratorio BH, lo que se encuentra alterado son las plaquetas 193.000% TP. TPT. sin ninguna alteración , EGO se reporta con proteínas +++ y bacterias +++.

## 6.2 VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES.

<b>NECESIDAD</b>	<i>Independiente</i>	<i>Parcialmente dependiente</i>	<i>Dependiente.</i>
<p><b>1 Necesidad de oxigenación.</b> La señora refiere que le falta aire, que no fuma y que llega a tener problemas de respiración cuando realiza sus actividades domésticas, pero principalmente cuando se acuesta en decúbito dorsal, sus vías respiratorias presentan buena coloración con ligera deshidratación; frecuencia respiratoria 32 por minuto y frecuencia cardíaca de 84 por minuto.</p>		X	
<p><b>2 Necesidad de nutrición e hidratación.</b> La paciente refiere que consume tres comidas al día. En el desayuno café con leche y pan, en la comida únicamente el guisado con poca ingesta de agua de sabor, en la cena un vaso de leche, pan y en ocasiones guisado, presente piel y mucosas deshidratadas, actualmente se le esta brindando dieta líquida para mejorar su hidratación.</p>		X	

<p><b>3 Necesidad de eliminación.</b>  Presenta entre 3 y 5 micciones en el día, de características normales, evacuación una vez al día de características blandas y formadas, no usa laxantes, ni tiene hemorroides, presenta ligero dolor al miccionar.</p> <p>A la auscultación se encuentra abdomen globoso a expensas de útero gestante, movimientos peristálticos normales, genitales externos sin alteración.</p> <p>Cuenta con sonda Foley a través de la cuál se aprecia salida de orina de color ámbar, aspecto turbio y en poca cantidad.</p>		X	
<p><b>4 Necesidad de mantenerse en buena postura.</b>  La paciente refiere que se fatiga al caminar y al realizar sus actividades cotidianas, presenta dolor en la espalda por mala postura causada por el peso del producto, en su tiempo libre se recuesta y ve televisión. En su estancia en el hospital comenta que se cansa al estar en una sola posición.</p>		X	
<p><b>5 Necesidad de descanso y sueño.</b>  La paciente duerme 8 horas de 22.00 a 6.00 a.m. por la tarde descansa entre una y dos horas. Presenta ocasionalmente insomnio por causa del embarazo. En la entrevista se muestra cansada, estresada y refiere que las actividades de los médicos y enfermeras no le permiten conciliar el sueño.</p>		X	



<p><b>6 Necesidad de uso de prendas de vestir adecuadas.</b>          No influye su estado de ánimo en la elección de prendas de vestir, ni ninguna religión, ella refiere que prefiere usar pantalón, playera y calzar tenis, que el zapato sin agujeta o de tacón bajo, manifiesta que le cuesta trabajo vestirse y desvestirse por si sola por lo cuál solicita apoyo a su cónyuge.</p>		<p style="text-align: center;">X</p>	
<p><b>7 Necesidad de termorregulación.</b>          Cuando hay cambios de temperatura en la paciente se adapta a los cambios en cuanto a su forma de vestir, su ejercicio consiste en caminar durante las actividades del hogar, sábados y domingos realiza pequeñas caminatas acompañada de su cónyuge.</p> <p>Su casa está bien ventilada, techo de loza, paredes de block, piso de loza cuenta con los servicios públicos. Actualmente maneja temperatura de 36.8 C.</p>	<p style="text-align: center;">X</p>		
<p><b>8 Necesidades de higiene y protección de la piel.</b>          La paciente refiere que su higiene es cada tercer día con cambio de ropa, con higiene bucal dos veces por día, se lava las manos cuantas veces sea necesario y antes de cada alimento y después de ir al baño. No tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos.</p> <p>Su aspecto general es limpio,</p>	<p style="text-align: center;">X</p>		

<p>no hay halitosis, su cabello es corto, peinado y arreglado, la piel se observa deshidratada en abdomen con presencia de estrías.</p>			
<p><b>9 Necesidad de evitar los peligros.</b>  Su familia la componen su cónyuge y dos hijos (1 varón y 1 mujer), Ante una situación de urgencia se angustia y se desespera, teniendo episodios de llanto, la paciente conoce las medidas de protección en el hogar, acude cada mes a su control de embarazo, canaliza las situaciones de tensión en su vida y solicita ayuda a su progenitora. No presenta deformaciones congénitas, las condiciones del ambiente en su hogar son estables. En la entrevista la paciente esta preocupada por el estado en que se encuentra en ese momento y por lo que le pueda pasar a su bebé.</p>			<p>X</p>
<p><b>10 Necesidad de comunicarse.</b>  La paciente se encuentra en unión libre desde hace siete años, convive con su cónyuge y sus dos hijos, el rol de la estructura familiar es de esposa, compañera y ante alguna situación de estrés le comunica a su esposo o su mamá, por lo general se encuentra únicamente con sus hijos, la paciente habla claro, no presenta problemas de visión o audición. La comunicación en este día que se encuentra en el hospital no ha sido clara,</p>		<p>X</p>	

<p>sincera y piensa que los médicos y su cónyuge le ocultan información referente a su estado de salud y la de su bebé.</p>			
<p><b>11 Necesidad de vivir según sus creencias y valores.</b> Su religión es católica y no tiene conflictos personales, debido a su religión. Los valores que predominan en su familia y que inculca a sus hijos son: honradez, honestidad, respeto, trabajo lealtad y siempre trata de tenerlos presentes a donde se encuentre.</p>	X		
<p><b>12 Necesidad de trabajar y realizarse.</b> Trabaja únicamente en el hogar, está satisfecha con su trabajo y el rol que desempeña pero por su estado le es imposible cubrir todas las actividades domésticas.</p>		X	
<p><b>13 Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas.</b> Le gusta ir al cine, ver televisión en su tiempo libre, las situaciones de estrés no influyen en la satisfacción de sus necesidades, existen parques, unidades deportivas y cines en su comunidad.</p>	X		
<p><b>14 Necesidad de aprendizaje.</b> Estudió la primaria completa, le gusta leer y aunque existan bibliotecas en su comunidad no asiste a ellas, pero lee los libros de su hijo para poder ayudarlo con sus tareas. Su sistema nervioso se encuentra</p>			X

<p>conciente, bien orientada, casi nunca olvida cosas y recuerda lo que hizo un día antes. En su memoria recuerda algunas vivencias de su infancia y adolescencia.</p> <p>Tiene necesidad de aprender sobre su enfermedad para poder llevar una mejor vida.</p>			
---	--	--	--

### 6.3 PLANEACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES.

#### 6.3.1 Necesidad de Nutrición e hidratación.

Diagnóstico de enfermería.

Alto déficit en hidratación, relacionado con un aporte insuficiente de líquidos, manifestado por piel y mucosas orales deshidratadas.

Objetivo.

Mantener un equilibrio hidroelectrolítico a través de la ministración de líquidos intravenosos y gastrointestinales.

Cuidados.

- Venopunción de una vena periférica para inicio de hidratación.
- Conocer volumen concentración y composición de líquidos y electrolitos en el ser humano.
- Administración de líquidos parenterales, solución hartman de 1000 ml carga rápida.
- Proporcionar líquidos orales y asegurar la ingesta de 3 o 4 vasos al día.
- Medir los líquidos que ingresan al organismo.
- Mantener una ingesta normal de sal (4 a 6 g/24 hrs.)
- Proporcionar proteínas adecuadas: 1.5 g/Kg/24 hrs. para la preeclampsia incipiente y leve.
- Vigilar estado de conciencia.

## Fundamentación.

- La administración de líquidos y electrolitos por vía intravenosa requiere de atención especial para evitar infecciones, reacciones pirógenas, infiltración local, sobrecarga circulatoria, tromboflebitis, embolia gaseosa o choque por goteo rápido.
- El volumen hídrico en un ser humano es constante por la ingestión y equilibrada por la excreción, corresponde a 60% del peso corporal total y está distribuido en el espacio intracelular en 40% y en el extracelular en 20%, éste a su vez, la conforma el plasma (5%) y el líquido intersticial (15%)
- Los electrolitos contribuyen a mantener la relación de presión osmótica.
- El riñón y el corazón son los órganos que participan en el movimiento de líquidos dentro del organismo.
- El control de ingestión de agua depende del mecanismo de la sed mediado por los receptores hipotalámicos y estimulado por el incremento de la osmolaridad sérica (hipernatremia o hiperglucemia), su reducción suprime la sed (hiponatremia)
- Actualmente se aconseja una ingestión normal de sal, pero la ingestión excesiva puede empeorar la situación.
- Las proteínas plasmáticas afectan el movimiento del líquido intravascular y extravascular.
- Las pacientes con deficiencia prolongada de líquidos y electrolitos muestran alteraciones de la conciencia, causada por la disminución del volumen de líquido intravascular que provoca una menor perfusión de las células cerebrales.

## Evaluación.

Después de dos horas se logró mantener una hidratación mediante la administración de líquidos parenterales, pero se sigue hidratando con solución glucosada de 1000ml al 5% para 12 horas.

### **6.3.2 Necesidad de Evitar los peligros.**

Diagnóstico de enfermería.

Alto riesgo de lesiones relacionada con la enfermedad hipertensiva del embarazo.

Objetivo.

Disminuir los signos y síntomas relacionados con la hipertensión del embarazo.

## Cuidados.

- Valorar la presión arterial cada 1 a 4 horas utilizando el mismo brazo con la mujer en la misma posición y registrarla en hoja correspondiente.
- Administración de hipotensores preescritos (alfa-metildopa, hidralazina) sin interrumpir la administración de líquidos intravenosos.
- Verificar los reflejos tendinosos profundos dos veces por turno en busca de hiperreflexia y clono.
- Fomentar el reposo en cama. Alentar a la mujer a que descansa en una habitación oscura y silenciosa.
- Administración de corticosteroides suprarrenales preescritos (Dexametasona)
- Vendaje elástico de miembros pélvicos.
- Pesarse diariamente; El peso de 1 Kg/sem o más durante el segundo trimestre o de 0.5 Kg/sem o más en el segundo trimestre es sugestivo de hipertensión inducida por el embarazo.

## Fundamentación.

- La presión arterial puede variar cada hora; se eleva como resultado de una mayor resistencia vascular periférica por vasoconstricción periférica y espasmo arteriolar.
- La alfa-metildopa retarda la transmisión de impulsos por los nervios adrenérgicos. Disminuye las resistencias vasculares periféricas, pero sin alterar la perfusión renal ni el gasto cardiaco. La hidralazina produce la dilatación directa de la musculatura lisa vascular, especialmente las arterias. Disminuye las resistencias vasculares periféricas, aumentando el flujo renal cerebral.
- La obtención de reacciones reflejas permite que la enfermera valore la integridad de las vías sensoriales y motoras de los reflejos y de segmentos específicos de la médula espinal. La hiperreflexia indica irritabilidad del sistema nervioso central.
- El reposo reduce los estímulos externos. La habitación tranquila ayuda a reducir la estimulación del sistema nervioso central.
- Los esteroides tienen importantes efectos farmacológicos como analgésicos, antiinflamatorios, antialérgicos y antipiréticos.
- El vendaje de miembros pélvicos mantiene una tensión adecuada y disminuye el edema.
- El aumento de peso y el edema son consecuencia de la retención de sodio y agua.

## Evaluación.

Con la administración de hipotensores se logró estabilizar la hipertensión, se eliminó un hipotensor, únicamente se sigue administrando hidralazina con el

mismo horario y dosis, sé continúa vigilando tensión arterial cada 2 horas, el edema de miembros pélvicos no ha disminuido pero tampoco ha aumentado.

### **6.3.3 Necesidad de Oxigenación.**

Diagnóstico de enfermería.

Alteración de la oxigenación, relacionado con el estado gravídico de la mujer embarazada, manifestado por angustia y desesperación.

Objetivo.

Restaurar la función respiratoria por medio de la ministración de oxígeno para permitir una adecuada ventilación pulmonar.

Cuidados.

- Explicarle la razón de administración de oxígeno a nuestra paciente.
- Asear las narinas antes del procedimiento y posteriormente de acuerdo con las necesidades de la paciente.
- Administrar oxígeno continuo a 2 litros por minuto a través de puntas nasales.
- Mantener el libre tránsito de las vías respiratorias, mediante la posición de semifowler decúbito lateral izquierdo.
- Registrar la frecuencia cardíaca fetal cada hora por medio del DOPTONE ya que un déficit en el abastecimiento de oxígeno a nivel celular se presenta el sufrimiento fetal.
- Indicar a la paciente que siempre que sea posible programe periodos de reposo.

Fundamentación.

- La explicación sobre las ventajas de la oxigenoterapia y la participación esperada de la paciente disminuye su estado tensional.
- La liberación de secreciones u otro tipo de obstáculos nasales, incrementa el flujo de oxígeno hacia el aparato respiratorio.
- El suplemento de oxígeno aumenta los niveles de oxígeno circulante y mejora la tolerancia a la actividad.
- El libre tránsito de las vías respiratorias es básico para la respiración, favorece la oxigenación y es fundamental en el inicio de la relajación.
- Los latidos del feto tienen una frecuencia cardíaca entre 120 a 160 por minuto rítmico de buena intensidad.

- Los periodos de reposo dan al cuerpo un periodo de bajo gasto energético, reduce el consumo de oxígeno y disminuye el riesgo de hipoxia aumentando la tolerancia a la actitud.

Evaluación.

Se logró mantener una frecuencia respiratoria dentro de los parámetros normales (22 por minuto), y se fue retirando paulatinamente el oxígeno.

### **6.3.4 Necesidad de Comunicarse**

Diagnostico de enfermería.

Deterioro de la comunicación, relacionado con la falta de información, manifestado por temor, angustia por no saber el estado de su bebé.

Objetivo.

Lograr que la usuaria manifieste sus dudas con respecto a su evolución con la finalidad de disminuir su temor explicándole de una manera breve y clara el tratamiento, los procedimientos y las complicaciones que puede presentar.

Cuidados.

- Comentarle que todos los cuidados de enfermería son encaminados a controlar la hipertensión, ya que disminuyendo esta disminuyen los signos y síntomas que la acompañan.
- Informarle sobre su estado de salud en que se encuentra.
- Establar una comunicación para brindarle confianza a la paciente.
- Comentarle que existen personas hospitalizadas con la misma enfermedad que ella y canalizarlas para que platicuen al respecto.
- Permitirle que platique con su cónyuge para que sienta confianza y apoyo emocional durante este periodo.

Fundamentación.

- Toda comunicación de confianza facilita la comunicación eficaz.
- La paciente tiene derecho de recibir información actual y completa con respecto al diagnóstico de su caso, tratamiento, pronóstico en términos que ella pueda entender.
- La falta de comunicación verbal es la incapacidad de emitir y recibir un mensaje.
- Al enterarse que existen otras personas con la misma problemática de ella le fortalece platicar con ellas y saciar sus dudas.



- El diálogo fomenta el acto de compartir y la sensación de su bienestar.

Evaluación.

Se logró una mejor comunicación entre la paciente y el personal de enfermería debido a una explicación adecuada en términos que ella comprendiera su estado de salud y así disminuyó la angustia que ella tenía por el estado de salud de su bebé y conforme fue pasando el tiempo logró satisfacer algunas de sus dudas que tenía. la paciente sigue haciendo preguntas sobre los procedimientos que se le realizan.

### **6.3.5 Necesidad de Eliminación.**

Diagnóstico de enfermería.

Alteración de la eliminación vesical relacionado con infección de vías urinarias manifestado por orina concentrada, dificultad y ardor para orinar.

Objetivo.

Aumentar la cantidad de líquidos y administrar antibióticos para disminuir la concentración de orina y las molestias ocasionadas por la infección de vías urinarias.

Cuidados:

- Ofrecer una ingesta normal de líquidos (2 litros al día)
- Colocar cateterismo vesical con sonda de Foley.
- Evitar en el equipo manipulación y desconexión innecesaria.
- Vigilar condiciones de funcionamiento y esterilidad del equipo de cateterismo vesical.
- Reportar el gasto urinario <30 ml/h y la densidad urinaria >1.040
- Valorar el hematocrito en forma regular.
- Realizar estudio urinario horario de proteínas o como se ordene.
- Administración de antibiótico (ampicilina 1gr. C/6 hrs. previa prescripción médica.)

Fundamentación.

- La ingesta de líquidos contribuye a la hidratación.
- Reduce el número de microorganismos entre micción y micción y proporciona más oportunidad para visualizar las características de la orina.

- El uso de medidas asépticas y conocimiento del funcionamiento del cateterismo vesical disminuye riesgos de infecciones en el aparato genitourinario.
- Son medidas de protección y seguridad para la paciente: el uso de material estéril, rotación periódica de la sonda, cambio diario de la bolsa colectora y cambio de la sonda cada 7 a 10 días.
- En la Hipertensión inducida por el embarazo, hay reducción del flujo plasmático renal y de la filtración glomerular. Si la oliguria aumenta, es un signo de que la situación empeora.
- La reducción de líquido intravascular provoca aumento del hematocrito debido al cambio en la proporción entre glóbulos rojos y volumen de líquido.
- La proteinuria es el resultado de edema del endotelio de los capilares glomerulares.
- La infección urinaria se puede extender y llegar a provocar estados sépticos además puede desencadenar contracciones uterinas y presentarse un parto prematuro.

Evaluación.

La administración de líquidos ayudó en el incremento de orina y paulatinamente fue disminuyendo la densidad y el aspecto turbio.

La infección urinaria sé esta controlando con la administración de antibióticos.

### **6.3.6 Necesidad de Moverse y mantener una buena postura.**

Diagnóstico de enfermería.

Deterioro de la movilidad y mala postura, relacionado con el embarazo, manifestado por dolor en espalda.

Objetivo.

Lograr que disminuyan las molestias ocasionadas por la mala postura.

Cuidados.

- Mantener reposo en cama.
- Pedirle que repose el tiempo suficiente sobre el lado izquierdo.
- Proporcionar un masaje suave en la espalda cada que sea necesario.

Fundamentación.

- El reposo en cama reduce los estímulos externos.

- El decúbito lateral reduce la presión sobre la vena cava e incrementa el flujo sanguíneo renal y placentario, reduciendo el edema y la presión arterial.
- El masaje suave aumenta el aporte sanguíneo y linfático, produce relajación muscular y alivia el dolor.

Evaluación.

Con el masaje en la espalda disminuye la sensación de dolor causado por la mala postura debido al embarazo.

### 6.3.7 Necesidad de Descanso y sueño.

Diagnóstico de enfermería.

Alteración del patrón del sueño relacionado con estrés psicológico, manifestado por cansancio y bostezos.

Objetivo.

Lograr que pueda descansar y que mantenga un sueño normal.

Cuidados.

- Estimular a la paciente para descansar.
- Mantener la habitación en silencio y oscura.
- Conocer las practicas ordinarias que utiliza la paciente para dormir.
- Disminuir molestias durante el periodo de sueño.

Fundamentación.

- El trabajo conjunto enfermera-paciente necesita comprensión de la situación, de la paciente, de la valoración de su estado de salud y de su capacidad para resolver problemas para determinar prioridades y establecer metas tendientes a conservar o fomentar la salud.
- El silencio reduce los estímulos.
- Son prácticas que inducen al sueño, los baños tibios, ingestión de leche tibia, lectura tranquila, música suave.
- Los periodos de sueño son un componente esencial del hombre.

Evaluación.

Se observa con un sueño más profundo y con mayor duración.

### 6.3.8 Necesidad de Higiene y protección de la piel.

Diagnóstico de enfermería.

Déficit de higiene personal, relacionado con falta de cuidados sobre su persona, manifestado por piel seca y estrías.

Objetivo.

Que la paciente muestre más interés sobre su higiene y protección de su piel.

Cuidados.

- Orientarla sobre la importancia de los hábitos higiénicos.
- Explicarle que debe ingerir un mayor volumen de líquidos ya que favorece tener una mayor hidratación.
- Explicarle que las estrías se forman por el estiramiento de la piel y no es apropiado que se rasque ya que podría provocar infección en la piel.
- Utilizar cremas y aceites para lubricar la piel.
- Proporcionarle lo necesario para que se de un baño de regadera.

Fundamentación.

- La gran diversidad de normas higiénicas dentro de la sociedad refleja las normas culturales de los diversos grupos que la constituyen.
- La piel sana previene la pérdida de agua y desempeña un papel importante en la regulación de la temperatura, es impermeable a la mayoría de los microorganismos.
- Con el rascado frecuentemente se pueden incrementar las lesiones primarias en la piel.
- El uso de cremas o aceites mantienen la piel suave y libre de escoriaciones y grietas producidas por el estiramiento de la piel o falta de grasa.
- El baño nos va a producir bienestar y limpieza ya que la fricción desprende las células muertas y desechos de la piel.

Evaluación.

Con el baño y la aplicación de aceites humectantes favoreció la humectación de la piel y la usuaria logró comprender la importancia de éstos, pero manifiesta que no le es de su agrado traer el abdomen grasoso.

### **6.3.9 Necesidad de Termorregulación.**

Diagnóstico de enfermería.

Alto riesgo de presentar hipertermia, relacionado con infección de vías urinarias.

Objetivo.

Mantener a la paciente afebril durante su estancia hospitalaria.

Cuidados.

- Monitoreo de signos vitales sobre todo la temperatura.
- Obtener muestra de orina para examen general y cultivo.
- Administrar tratamiento antibiótico por vía intravenosa (ampicilina 1 gr. Cada 6 horas)

Fundamentación.

- Son considerados constantes de vida y su alteración nos va a manifestar el estado de salud de la paciente.
- El cultivo o el examen general de orina permite detectar los agentes causales de infección y así iniciar oportunamente un tratamiento eficaz.
- Las penicilinas son bactericidas que inhiben la síntesis de la pared celular bacteriana.

Evaluación.

La paciente se mantuvo afebril.

### **6.3.10 Necesidad de Aprendizaje.**

Diagnóstico de enfermería.

Falta de orientación relacionado con déficit de conocimiento sobre la enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo, manifestado por búsqueda de información.

Objetivo.

Que la paciente conozca qué es la enfermedad hipertensiva del embarazo y los cuidados que debe tener.

Cuidados.

- Valorar la información que tiene la paciente sobre su enfermedad.
- Describir la hipertensión inducida por el embarazo, sus consecuencias para la paciente y el feto.
- Enseñarle a identificar los factores de riesgo que pueden controlarse.

Fundamentación.

- La percepción inadecuada del estado de salud a menudo implica conocimientos erróneos de la naturaleza y de la enfermedad.
- La enfermedad y hospitalización durante el embarazo suele ser una situación no prevista que puede alterar la vida de la pareja. Gracias a una información completa, puede comprender mejor la situación y sus consecuencias.
- Centrarse en los factores que pueden controlarse, puede mejorar el cumplimiento, aumenta la autoestima y reducir la sensación de impotencia.

Evaluación.

La usuaria mostró interés en la información que se le brindó y supo identificar los signos de alarma, manifestó que si los hubiera conocido desde antes no estaría hospitalizada.

### **6.3.11 Necesidad de vivir según sus creencias y valores.**

Diagnóstico de enfermería.

No tiene problemas con sus creencias, profesa la religión católica, sus patrones de conducta son respeto, honradez y la honestidad.

Objetivo.

Que continúe cubriendo sus necesidades de vivir según sus creencias y valores.

Cuidados.

- Conocer generalidades sobre la religión predominante.
- Animar a la paciente a que exprese verbalmente la razón y la medida en que la esperanza es importante en su vida.
- Valorar recursos internos de la persona (espiritualidad)
- Ayudar a la paciente a identificar las fuentes de esperanza.
- Animarla a que comparta sus preocupaciones con otras personas que ofrezcan apoyo espiritual.

Fundamentación.

- La mayoría de seres humanos buscan la fe en la existencia de Dios; otras no. debido a que algunos tienen una postura incrédula por ser materialistas o evolucionistas, otros por ser incapaces de conocer a Dios y otros por ser escépticos, y su actitud la fundamentan en argumentos filosóficos.
- La esperanza es un estado emocional subjetivo y mantenido en el que un individuo ve alternativas o elecciones personales disponibles para resolver problemas o para conseguir lo que desea.
- El bienestar espiritual es el proceso personal de desarrollo del misterio por medio de la interconexión armoniosa que surge de sus recursos internos.
- La paciente puede pensar que al hablar de Dios o un líder religioso es un tema prohibido, pudiendo dudar si lo comenta o no.
- Otras personas pueden ayudar a la paciente a cubrir sus necesidades espirituales.

Evaluación.

La paciente muestra interés en compartir sus sentimientos espirituales.

### **6.3.12 Necesidad de Jugar/participar en actividades recreativas.**

Diagnóstico de enfermería.

Déficit de actividades recreativas, relacionadas con su hospitalización.

Objetivo.

Ayudar a la paciente a que participe en actividades recreativas dentro del hospital.

Cuidados.

- Informarle de la existencia del club de mujeres embarazadas que existe en el hospital.
- Presentarla con la persona encargada de dicho club.
- Proporcionarle material de lectura que sea de su agrado.

Fundamentación.

- El personal de enfermería puede emplear sus conocimientos de información hacia la paciente para planear su intervención.

- Los pacientes son más proclives a incrementar la actividad y seguridad cumpliendo con el plan de ejercicio si están asesorados por un profesional sanitario.
- El material de lectura le sirve de distracción.

Evaluación.

La usuaria aceptó incluirse al club de mujeres embarazadas pero manifiesta que al egresar del hospital no podrá continuar con esa actividad por no contar con una persona que la acompañe.

### **6.3.13 Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.**

Diagnóstico de enfermería.

Deterioro de la capacidad para ponerse, quitarse y abrocharse la ropa, relacionado con el embarazo.

Objetivo.

Adquirirá las habilidades y conocimientos necesarios para vestirse de acuerdo a su estado.

Cuidados.

- Fomentar una conducta de autocuidado mencionándole que para mayor comodidad los vestidos deben colgar de los hombros y adaptarse a la expansión del útero crecido.
- Informarle que debe usar un corpiño o sostén amplio y que de ningún modo debe comprimir los senos o los pezones.
- Informarle que no es conveniente el uso de calzado con agujetas.
- Informarle que el uso de tacones no es conveniente
- Mencionarle las ventajas de las fajas de maternidad.

Fundamentación.

- El uso de prendas de vestir forma parte de la asistencia prenatal donde la enfermera aconseja a la paciente con respecto a la vestimenta apropiada en el periodo de embarazo.
- La comodidad es indispensable para la futura madre.
- El calzado sin agujeta es muy importante ya que exige un mayor esfuerzo y puede pisar las agujetas, ocasionándose lesiones a su persona y al producto.



- Los tacones bajos evitan caídas y disminuyen el peligro de lesiones al producto.
- Las fajas de maternidad proporcionan alivio a la dorsalgia y a veces disminuyen el edema de pies y tobillos.

Evaluación.

Mediante la enseñanza continua, permite a la paciente comprender la importancia de usar prendas adecuadas para su edad gestacional, pero manifiesta que para ella es más cómodo usar la ropa que normalmente usa.

### **6.3.14 Necesidad de Trabajar y relacionarse.**

Diagnóstico de enfermería.

Alteración del desempeño del rol, relacionado con el estado de salud de la paciente, manifestado por dificultad para completar y llevar a cabo las actividades cotidianas.

Objetivo.

Que la paciente valore su situación y que comprenda que el desempeño de su rol puede esperar.

Cuidados.

- Ayudar a la paciente a reorganizar las actividades domésticas, fijando prioridades y distribuir responsabilidades.
- Implicar a los miembros de su familia en el cuidado de su paciente.

Fundamentación.

- Planificar y jerarquizar puede ayudar a mantener la integridad familiar y a reducir el estrés.
- La orientación anticipada puede alertar a sus familiares de los posibles problemas antes de su aparición.

Evaluación.

La usuaria manifiesta que realizará las actividades de mayor importancia para ella y así evitará poner en peligro la vida de su bebé.

## 7. PLAN DE ALTA

Cuando a la usuaria se le ha logrado controlar la hipertensión y la deshidratación que fue motivo por el que ingresó al hospital ya no requiere del tratamiento hospitalario, puede egresar y continuar su tratamiento domiciliario. este lo tiene que seguir al pie de la letra para seguir controlando los signos y síntomas que esta enfermedad le ocasionan ya que se erradicarán hasta que se practique la operación cesárea una vez que el producto sea de término.

**OBJETIVO:** Que la usuaria logre realizar su tratamiento domiciliario para seguir controlando su enfermedad y disminuir complicaciones.

### DIETA:

- Consumir alimentos bajos en sal.
- Evitar consumir pastas.
- Tomar abundantes líquidos mínimo dos litros al día.
- Aumentar en sus alimentos las frutas y verduras.
- Disminuir carnes rojas.

### HIGIENE:

- Baño y cambio de ropa diaria.
- Lubricar la piel principalmente el abdomen con aceites.
- Si lo requiere pedir ayuda para poder vestirse y desvestirse.
- Utilizar ropa holgada y cómoda.
- Utilizar zapato de piso y de preferencia sin agujeta.
- Utilizar media de licra si está dentro de sus posibilidades.

### COMUNICACIÓN:

- Motivarla Para que siga asistiendo al club de la mujer embarazada
- Continuar en busca de información sobre su enfermedad o sobre otro tema que sea de su interés.

### FÍSICOS:

- Realizar caminatas todas las tardes.
- Tener periodos de descanso que estos sean de decúbito lateral izquierdo, y también colocar una almohada bajo el pliegue popíteo para que los pies queden elevados a unos 40 grados.

#### MEDIDAS GENERALES:

- Toma y registro de la tensión arterial una vez al día.
- Seguir asistiendo a sus consultas prenatales.
- Seguir su tratamiento con hipotensores sin suspenderlo.
- Descansar en una habitación sola y oscura mínimo 1 a 2 horas diarias.
- Acudir al servicio de urgencias en caso de cefalea, vómito, que ya no perciba movimientos fetales, que tenga pérdidas transvaginales.
- Llevar un control de su peso cada dos días.

Se anexa tríptico.

## CONCLUSIONES.

A través de los cuidados de enfermería dirigidos a la paciente se evidenció una respuesta favorable en cuanto al déficit detectado, no obstante la enfermedad que presenta la usuaria solo se puede controlar y su recuperación puede ser a corto plazo por lo que algunos aspectos no podrán ser valorados sino hasta después de que se haya practicado la operación cesárea y haya transcurrido un periodo corto. (hipertensión, edema, cefalea, náusea).

Por otra parte, cabe mencionar que la usuaria al inicio del tratamiento se mostró temerosa, angustiada con una incertidumbre sobre lo que le podría pasar a su bebé, actualmente se observa más tranquila y cooperadora con el equipo de salud que participa en su tratamiento, a pesar del poco tiempo en que se desarrollaron las intervenciones de enfermería (5 días) Ahora está conciente de su enfermedad y de que el periodo de recuperación va a ser corto.

Con relación a los cuidados de enfermería, se considera que fueron adecuadas, pero que se les debe brindar continuidad para que en forma global puedan derivar en los mejores resultados para la paciente, para que se incorpore a su vida cotidiana con el menor número de complicaciones posibles o recuperada totalmente.

El proceso de atención de enfermería, cuenta con bases fundamentadas suficientemente para hacer de la enfermería una verdadera profesión, que deberíamos transmitir a las siguientes generaciones, para mejorar día con día su aplicación dentro de las instituciones de salud, ya que no se está llevando a cabo en todas las instituciones.

El proceso de atención de enfermería como instrumento para proporcionar cuidados de enfermería es muy práctico y tiene una serie de ventajas favorables tanto para el personal de enfermería como para el usuario, mejorando totalmente la calidad de atención de enfermería.

Dentro de los obstáculos que se observaron para la realización de este proceso de atención de enfermería, es que la mayoría del personal de enfermería no lleva un seguimiento del plan de cuidados que se les plantea para satisfacer las necesidades de nuestra paciente.

Es necesario motivar al personal de enfermería a superarse e ingresar a proyectos de profesionalización, para incrementar metas en donde vamos a aprender más para saber más y dar más de nosotras mismas a toda aquella persona que lo necesita, ya sea en la salud, la enfermedad o a bien morir.

## GLOSARIO

**ANAMNESIS:** Datos proporcionados por el paciente sobre su ambiente y el comienzo de la enfermedad hasta el momento en que comienza la exploración.

**ESCOTOMAS:** Mancha oscura más o menos extensa, inmóvil, que cubre una porción del campo visual u objeto que se mira, resultado de la insensibilidad de una porción correspondiente de la retina.

**FEMOROCUTÁNEO:** Relativo al fémur o muslo y a la piel.

**GAMETOGÉNICA:** Fase del ciclo evolutivo del plasmodio en el hombre, con formación de gametocitos masculinos y femeninos.

**GENITOCRURAL:** Relativo a los órganos genitales y muslo.

**HIPERGLUCEMIA:** Exceso De glucosa en la sangre.

**HIPERNATREMIA:** Cantidad muy abundante de sodio o de sus sales en la sangre.

**HIPONATREMIA:** Deficiencia de sales de sodio en la sangre.

**INFUNDIBULO PÉLVICA:** Excavación pélvica

**MESOSALPINX:** Repliegue peritoneal que sostiene la trompa de Falopio.

**MICROANGIOPÁTICA:**

**OSMOLARIDAD:** Concentración del soluto por unidad del solvente.

**PAMPINIFORME:** En forma de pámpano.

**RETINIANO:** Perteneiente o relativo a la retina.

## BIBLIOGRAFÍA.

COLLIERE Marie Françoise. " Promover la vida". Editorial Interamericana. 1re edición 1996 pp. 208.

ELLEN Baily, LLOYD Mary, "Manual de la Enfermería". Editorial océano, Edición original. pp. 1168

FERNANDEZ Ferrer Carmen. "El proceso de atención de enfermería". Editorial Masson-Salvat, 1ra edición, España 1993. pp. 542.

GRANT Norman F. "Manual de Ginecoobstetricia". Editorial Manual moderno. 1ra edición, 1995 pp. 545-551.

IYER Patricia W. TAPTICH B. J. Bernocchi-Losey d. "Proceso y Diagnóstico de enfermería". Editorial Interamericana, tercera edición, México D.F. 1997 pp. 444.

MERCADO Salvador, "¿Cómo elaborar una tesis? Tesina, informes, memorias, seminario de investigación y monografías." Editorial Limusa. tercera edición. México 2002.

MONDRAGÓN C. Héctor. "Ginecología básica ilustrada" Editorial trillas. 3ª edición agosto 2000. pp. 478

NANDA "Diagnósticos enfermeros definiciones y clasificación" Editorial Edide, S.L., Edición 2003-2004. pp. 287.

OLDS, London, Ladewig. "Enfermería Materno Infantil". Editorial Interamericana, Cuarta edición, 1995

POTTER Patricia A. GRIFFIN Perry Anne. "Fundamentos de enfermería". Ediciones Harcourt / océano, quinta edición. pp. 1686

RODRÍGUEZ S. Berta. "Proceso Enfermero". Ediciones Cuellar, Segunda edición, Guadalajara, Jalisco, 2002 pp. 276.

ROSALES B. Susana, REYES G. Eva. "Fundamentos de enfermería" Editorial manual moderno. 3ª edición. México D. F. 2004 pp. 622

TOMEY Alligood Marriner. "Modelos y teorías en enfermería". Mosloy-Editorial Harcourt Brace, Cuarta edición, España, 1998. pp. 649.

# ANEXOS

## ANEXOS.

### No. 1

#### ETIQUETAS DIAGNÓSTICAS DE LA NANDA SEGÚN LAS NECESIDADES HUMANAS BÁSICAS.

##### 1.- RESPIRACIÓN:

- 1.4.2.1 Gasto cardíaco, disminución del
- 1.5.1.1 Intercambio gaseoso, deterioro del
- 1.5.1.2 Vías aéreas, limpieza ineficaz de las
- 1.5.1.3 Respiratorio, patrón ineficaz
- 1.5.1.3.1 Ventilación espontánea, dificultad para mantenerla
- 1.5.1.3.2 Destete respiratorio, respuesta disfuncional al
- 1.6.1.1 Asfixia, alto riesgo de
- 1.6.1.4 Aspiración, alto riesgo de

##### 2.- HIDRATACIÓN/ HIDRATACIÓN:

- 1.1.2.1 Nutrición, alteración de la: por exceso
- 1.1.2.2 Nutrición, alteración de la: por defecto
- 1.1.2.3 Nutrición, alteración potencial de la: por exceso
- 1.4.1.2.1 Líquidos, exceso del volumen de
- 1.4.1.2.2.1 Líquidos, déficit de volumen de
- 1.4.1.2.2.2 Líquidos, alto riesgo de déficit de volumen de
- 6.5.1 Autocuidado, déficit de: alimentación
- 6.5.1.1 Deglución, deterioro de la
- 6.5.1.2 Lactancia materna ineficaz
- 6.5.1.2.1 Lactancia materna interrumpida
- 6.5.1.3 Lactancia materna eficaz
- 6.5.1.4 Alimentación infantil inefectivo, patrón de

##### 3.- ELIMINACIÓN:

- 1.3.1.1 Estreñimiento
- 1.3.1.1.1 Estreñimiento subjetivo
- 1.3.1.1.2 Estreñimiento crónico
- 1.3.1.2 Diarrea



- 1.3.1.3 Fecal, incontinencia
- 1.3.2 Urinaria, alteración de la eliminación
- 1.3.2.1.1 Incontinencia urinaria: de esfuerzo
- 1.3.2.1.2 Incontinencia urinaria: refleja
- 1.3.2.1.3 Incontinencia urinaria: de urgencia
- 1.3.2.1.4 Incontinencia urinaria: funcional
- 1.3.2.1.5 Incontinencia urinaria: total
- 1.3.2.2 Urinaria, retencion
- 6.5.4 Autocuidado, déficit de: uso del orina/wc

#### **4.- MOVILIZACIÓN:**

- 1.6.1.5 Desuso, alto riesgo de síndrome de
- 6.1.1.1 Movilidad física, trastorno de la
- 6.1.1.1.1 Neurovascular periférica, alto riesgo de disfunción
- 6.1.1.2 Actividad, intolerancia a la
- 6.1.1.2.1 Fatiga
- 6.1.1.3 Actividad, alto riesgo de intolerancia a la

#### **5.- REPOSO/SUEÑO:**

- 6.2.1 Sueño, alteración del patrón del

#### **6.- VESTIRSE Y ELEGIR ROPA ADECUADA:**

- 6.5.3 Autocuidado, déficit de: vestido/acicalamiento

#### **7.- TEMPERATURA:**

- 1.2.2.1 Temperatura corporal: alto riesgo de alteración de la
- 1.2.2.2 Hipotermia
- 1.2.2.3 Hipertermia

#### **8.- HIGIENE/PIEL:**

- 1.4.1.1 Perfusión hística, alteración de la (especificar) renal, cerebral, cardiopulmonar, gastrointestinal, periférica.
- 1.6.2.1 Hística. deterioro de la integridad
- 1.6.2.1.1 Membrana mucosa oral, alteración de la
- 1.6.2.1.2.1 Cutánea, deterioro de la

- 1.6.2.1.2.2 Cutánea, alto riesgo de deterioro de la integridad
- 6.5.2 Autocuidado, déficit de: baño/higiene

## 9.- SEGURIDAD:

- 1.2.1.1 Infección, alto riesgo de
- 1.2.3.1 Disreflexia
- 1.6.1 Lesión, alto riesgo de
- 1.6.1.2 Intoxicación, alto riesgo de
- 1.6.1.3 Traumatismo, alto riesgo de
- 1.6.2 Protección, alteración de la
- 3.2.2 Familiares, alteración de los procesos
- 3.2.2.1 Rol de cuidador, sobreesfuerzo en el
- 3.2.2.2 Rol de cuidador, alto riesgo al sobreesfuerzo en el
- 5.1.1.1.2 Afrontamiento defensivo
- 5.1.1.1.3 Negación ineficaz
- 5.1.2.1.1 Afrontamiento familiar inefectivo: incapacitante
- 5.1.2.1.2 Afrontamiento familiar inefectivo: comprometido
- 5.2.1 Régimen terapéutico, manejo inefectivo del (individual)
- 6.6 Crecimiento y desarrollo, alteración de
- 6.7 Traslado, síndrome de estrés por
- 9.1.1 Dolor
- 9.1.1.1 Dolor crónico
- 9.2.1.1 Duelo disfuncional
- 9.2.1.2 Duelo anticipado
- 9.2.2 Violencia, alto riesgo de: autolesiones, lesiones a otros
- 9.2.2.1 Automutilación, alto riesgo de
- 9.2.3 Post-traumática, respuesta
- 9.2.3.1 Violación, síndrome trauma de
- 9.2.3.1.1 Violación, síndrome traumático de: reacción compuesta
- 9.2.3.1.2 Violación, síndrome traumático de: reacción silente
- 9.3.1 Ansiedad
- 9.3.2 Temor

## 10.- COMUNICACIÓN:

- 2.1.1.1 Comunicación verbal, trastorno de la
- 3.1.1 Social, deterioro de la interacción
- 3.1.2 Social, aislamiento
- 3.2.1.2.1 Sexual, disfunción
- 3.3 Sexualidad, alteración de los patrones de
- 5.1.1.1 Afrontamiento individual: ineficaz

- 7.2 Senso-perceptivas, alteraciones (especificar) visuales, auditivas, cinestésicas, gustativas, táctiles, olfatorias.

#### **11.- RELIGIÓN/CREENCIAS:**

- 4.1.1 Espiritual, sufrimiento
- 5.2.1.1 Tratamiento, no-seguimiento del (especificar)
- 5.3.1.1 Decisiones, conflictos en la toma de (especificar)
- 7.3.1 Desesperanza
- 7.3.2 Impotencia

#### **12.- TRABAJAR/REALIZARSE:**

- 3.2.1 Rol, alteración en el desempeño del
- 3.2.1.1.1 Parenteral, alteración
- 3.2.1.1.2 Parenteral, alto riesgo de alteración
- 3.2.3.1 Parenteral, conflicto del rol
- 5.1.1.1.1 Adaptación, trastorno de la
- 5.4 Salud, conductas generadoras de (especificar)
- 6.4.1.1 Hogar, dificultades en el mantenimiento del
- 6.4.2 Salud, alteración en el mantenimiento de la
- 7.1.1 Imagen corporal, trastorno de la
- 7.1.2 Autoestima, trastorno de la
- 7.1.2.1 Autoestima, déficit de: crónico
- 7.1.2.2 Autoestima, déficit de: situacional
- 7.1.3 Identidad personal, trastorno de la

#### **13.- ACTIVIDADES LÚDICAS:**

- 6.3.1.1 Actividades recreativas, déficit de

#### **14.- APRENDER:**

- 5.1.2.2 Afrontamiento familiar: potencial de desarrollo
- 8.1.1 Conocimientos, déficit de (especificar)
- 8.3 Pensamiento, alteración de los procesos de

## Anexo 2

### ANATOMÍA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO.

Para facilitar el estudio del aparato femenino, éste se divide en órganos genitales externos y órganos genitales internos.<sup>24</sup>

#### ÓRGANOS GENITALES EXTERNOS.

Los órganos genitales externos son:

- Vulva.
- Monte de Venus.
- Labios mayores.
- Labios menores.
- Clítoris.
- Vestíbulo.
- Meato urinario.
- Glándulas de Skene.
- Glándulas de Bartholin.
- Himen.
- Horquilla vulvar.
- Periné.

**VULVA.** Este término se utiliza para designar a todo el conjunto de los órganos genitales externos de la mujer. La vulva se caracteriza por estar húmeda permanentemente, lo cual es causado por la acción de las secreciones vaginales y las excreciones de las glándulas cutáneas.

**MONTE DE VENUS.** Prominencia que se localiza por delante de la sínfisis del pubis, constituida por tejido adiposo y cubierta de piel pigmentada, que en la pubertad se cubre de vello; forma un triángulo de base superior.

**LABIOS MAYORES.** Constituyen formaciones prominentes en la mujer adulta que parten del monte de Venus en forma de repliegues redondeados y se dirigen hacia abajo y atrás para reunirse en la parte media del periné; están constituidos por tejido celular, tejido conectivo y parte del ligamento redondo; así mismo, están recubiertos por piel resistente pigmentada con glándulas sebáceas y vello.

**LABIOS MENORES.** Son dos repliegues de piel, pequeños y delgados, sin vello, situados entre los labios mayores y el introito; al adosarse entre sí ocluyen el

---

<sup>24</sup> MONDRAGÓN C. Héctor "Ginecología básica ilustrada" Ed. Trillas México 2000 p. 11

orificio vaginal, ya que se unen en sus partes anterior y posterior; la unión anterior origina el frenillo del clitoris y el prepucio. Estas formaciones se atrofian en la posmenopausia debido a la disminución hormonal.

**CLÍTORIS.** Órgano homólogo del pené, de 1 a 2 cm de longitud, situado en la parte superior del introito, por encima del meato urinario; está constituido por tejido eréctil (cuerpos cavernosos) que se fija al periostio del pubis. Está previsto de una rica red venosa y sensitiva (nervio pudendo). Es el principal productor de las sensaciones placenteras durante el acto sexual.

**VESTÍBULO.** Espacio comprendido entre los labios menores; contiene el orificio vaginal y las glándulas vestibulares. Se encuentra recubierto por un epitelio escamoso estratificado.

**MEATO URINARIO.** Orificio en forma de hendidura por el cuál desemboca la uretra hacia el exterior. Está recubierto por epitelio transicional.

**GLÁNDULAS DE SKENE.** Son dos y se encuentra una a cada lado de la parte posterolateral del meato urinario; producen moco que lubrica al vestibulo. Estas glándulas se infectan con relativa frecuencia.

**GLÁNDULAS DE BARTHOLIN.** En número de dos, se ubican en los labios menores y en la pared vaginal, y desembocan en el introito. Con la mucosidad que producen lubrican la vulva y la parte externa de la vagina. Cuando se infectan se obstruye la luz del conducto y generalmente se producen abscesos (bartholinitis.)

**HIMEN.** Membrana anular que cubre parcialmente la entrada de la vagina; está formada por dos capas de tejido fibroso. Se rompe al contacto sexual y sus restos se desintegran con el nombre de carúnculas mirtifformes. Tiene importancia en medicina legal.

**HORQUILLA VULVAR.** Así se llama al lugar donde se unen los labios mayores con los menores, en la parte posterior de la vulva.

**PERINÉ.** Región comprendida entre la horquilla vulvar y el ano; está básicamente constituido por los músculos transversos del periné y el bulbo cavernoso. Se ve afectado con frecuencia por el traumatismo que ocasiona el parto.

## **ÓRGANOS GENITALES INTERNOS.**

Los órganos genitales internos son los siguientes.

- Vagina.
- Útero.
- Cérvix.

- Istmio.
- Cuerpo.
- Trompas de Falopio: porciones intersticiales, ístmica y ampular.
- Ovarios.

**VAGINA.** Conducto virtual músculo membranoso que se extiende de la vulva al útero; se relaciona con la vejiga por su cara anterior, y con el recto, por su cara posterior.

Funciones y dirección: Sirve como:

- Conducto externo del útero. (Menstruación, secreciones.)
- Órgano de la cópula.
- Conducto del parto.

Su dirección es curva de afuera hacia dentro y de abajo hacia arriba. Mide entre 8 y 10 cm de longitud; es muy distensible y tiene arrugas transversales. Se inserta en el útero formando los fondos de saco (anterior, posterior y laterales). Se encuentra formada por epitelio pavimentoso, capa muscular y tejido conectivo. Se sostiene en su sitio mediante los ligamentos cardinales o Mackenrodt y el músculo elevador del ano. Es el órgano de la cópula y sirve de canal del parto. Protege a órganos internos contra infecciones. Por poseer un pH entre 4.5 y 5 constituye un medio inadecuado para el desarrollo de gérmenes.

**ÚTERO.** Órgano muscular, hueco, situado en la parte profunda de la pelvis. Periforme, está invertido y aplanado ligeramente en sentido anteroposterior. La cara anterior de este órgano se relaciona con la vagina; la posterior, con el recto; las laterales, con los ureteres, y la inferior con la vagina, la cual se inserta en su parte cervical, dejando una porción supravaginal y otra intravaginal. Mide 7 a 8 cm de longitud por 5 a 6 cm de ancho en la parte fúndica. Se mantiene en su sitio gracias a sus ligamentos de sostén. Tiene cierto grado de movilidad; puede estar en anteversión, situación intermedia o retroversión.

**Partes anatómicas del útero.** Para estudiar al útero, éste se divide en tres partes anatómicas, que son: **a)** cuerpo o parte superior; **b)** istmo, entre el cuerpo del útero y la cérvix, que es la zona donde se adelgaza formando una depresión y **c)** cérvix o parte inferior.

**Capa anatómica del útero.** El útero está formado por tres capas anatómicas, que son: externa, media e interna.

**EXTERNA (Serosa o Peritoneo).** Cubre todo el cuerpo, excepto la parte anterior, o sea, la que se relaciona con la vejiga.

Esta capa origina una serie de refuerzos que dan lugar a los ligamentos de sostén del útero, que son: **a)** ligamentos redondos; **b)** ligamentos

uterosacros: c) ligamentos cardinales o de Mackenrodt, y d) ligamentos anchos.

**MEDIA (MUSCULAR O MIOMETRIO).** Es la capa más gruesa y resistente (mide entre 12 y 15 mm de espesor), está formada por fibras musculares lisas, largas (miden entre 40 y 90u de longitud) dispuestas en capas entrelazadas y mezcladas con tejidos elásticos contruidos por fibras circulares, longitudinales y arciformes que se disponen entre tres capas. En la capa interna, próxima al endometrio, predominan fibras longitudinales. En la capa media, la cuál tiene numerosos vasos sanguíneos, las fibras son circulares y oblicuas. La capa externa, subserosa y muy delgada, tiene fibras longitudinales.

**INTERNA ENDOMETRIO).** Esta capa, que reviste la cavidad uterina, presenta cambios cíclicos por efecto hormonal y al desprenderse, da lugar a la menstruación. El endometrio está formado por un epitelio columnar que contiene gran cantidad de glándulas y vasos sanguíneos unidos por tejido conectivo.

**ISTMO.** Es la zona que se adelgaza y forma una depresión entre el cuerpo uterino y el cérvix. Desempeña una importante función en obstetricia al formar parte del segmento uterino.

**CÉRVIX.** De forma cilíndrica, la cérvix mide 3 cm de longitud, posee un orificio interno, otro externo y un canal cervical; la inserción vaginal lo divide en dos porciones: intravaginal y supravaginal. La porción externa o ectocérvix está revestida por epitelio plano estratificado, no cornificado que con frecuencia es asiento de tumores y que se continúa con la endocervix, provista de un epitelio cilíndrico columnar, debajo del cuál hay glándulas mucosas revestidas por el mismo epitelio. El estroma es tejido muscular liso, tejido fibroso denso con elementos vasculares, linfáticos y algunos nervios.

**Ligamentos de sostén.** Los ligamentos de sostén, que están a cada lado, son: a) redondos; b) anchos y de Mackenrodt, y c) uterosacros.

**LIGAMENTOS REDONDOS.** Son bandas musculares de forma redonda que se insertan en la pared lateral, cerca del fondo uterino (abajo y delante de la inserción tubaria); se dirigen hacia fuera al orificio inguinal interno, atraviesan el conducto inguinal y se expanden en forma radiada, confundiendo con el tejido conjuntivo inguinal.

**LIGAMENTOS ANCHOS Y LIGAMENTOS DE MACKENRODT.** El peritoneo que cubre al útero en su cara anterior y posterior se adosa en ambos bordes de éste, extendiéndose hasta la pared pélvica. Estas dos hojas peritoneales constituyen el ligamento ancho; en su espesor queda el ligamento redondo. Su borde superior envuelve a la trompa de Falopio, dando lugar a un repliegue que contiene los vasos ováricos, y constituye el

ligamento infundibulopélvico. En su porción inferior se ensancha y, con algunas fibras musculares y tejido conjuntivo, forma el ligamento transverso. cardinal o de Mackenrodt.

Entre las hojas del ligamento ancho existen tejido conjuntivo, nervioso y vasos sanguíneos que irrigan al útero.

**LIGAMENTOS UTEROSACROS.** De la pared posterior del útero, en su porción inferior, nacen dos repliegues peritoneales con fibras musculares y conjuntivas, que rodean al recto y se insertan en la cara anterior del sacro, entre la segunda y tercera vértebras. Estos ligamentos, en conjunto, le sirven de soporte al útero en su sitio anatómico.

*Vasos sanguíneos:* El útero está irrigado por dos arterias y dos venas: ovárica y uterina.

*Arterias:* En número de dos, son las arterias ovárica y uterina:

- a) La arteria ovárica, rama de la aorta abdominal, a través del mesosalpinx alcanza a la trompa de Falopio y al ovario y se anastomosa con la arteria uterina.
- b) La arteria uterina nace de la rama anterior de la arteria hipogástrica; pasa entre las dos hojas del ligamento ancho y bordea la cara lateral del útero haciendo un cayado 2 cm arriba del istmo uterino; y asciende hasta unirse con la arteria ovárica, formando un arco. En su trayecto original numerosas prolongaciones que irrigan al útero, al ligamento ancho y a la vagina.

En la zona del cayado está estrechamente relacionada con el uréter, al que cruza por delante, relación muy importante en cirugía.

*Venas.* La circulación venosa es similar a la arteria y es muy rica en vasos; en el espesor del ligamento ancho forma el plexo pampiniforme. La vena ovárica derecha desemboca directamente en la vena inferior, en tanto que la vena ovárica izquierda drena a la vena renal de ese lado. Las venas uterinas desembocan en las venas ilíacas internas.

*Vasos linfáticos.* Del endometrio, miometrio y perineo drenan numerosos vasos linfáticos a los bordes laterales del útero, y van a desembocar en los siguientes ganglios: sacros medios y laterales, ilíacos internos y externos, aórticos laterales y preaórticos. En la parte correspondiente al fondo uterino, a las trompas de Falopio y a los ovarios ascienden por el ligamento infundibulopélvico, en compañía de los vasos ováricos. También un tronco linfático del cuerpo uterino se dirige, a lo largo del ligamento redondo, hasta los ganglios inguinales superficiales.

*Nervios.* Las vías eferentes simpáticas y parasimpáticas son transmitidas por los plexos hipogástricos y pélvicos. En la parte inferior de la bifurcación aórtica se



forma el nervio presacro, que es el nervio principal del útero, del cuál deriva el ganglio de Frankenhauser o plexo uterovaginal. El ovario recibe fibras nerviosas de los plexos aórtico y renal.

Las vías genitales inferiores están invadidas por el nervio pudendo, principal transmisor motor y sensitivo que proviene de las raíces sacras, sale de la pelvis por el agujero ciático y regresa por la fascia obsturatriz. Otros nervios, como el abdominogenital menor, el genitocrural y el femorocutáneo, inervan parcialmente el periné y los órganos genitales externos.

**TROMPAS DE FALOPIO U OVIDUCTOS.** Son dos conductos de 10 a 12 cm de longitud por 1 o 2 cm de diámetro en su porción más externa. Constituye una prolongación de los cuernos uterinos; se dirigen lateralmente hacia fuera y adelante. Tienen movimientos peristálticos.

*Partes anatómicas de las trompas de Falopio.* Las trompas de Falopio se dividen en tres partes anatómicas, las cuales son:

*INTERSTICIAL O INTRAMURAL:* Parte más proximal al útero que hace contacto con la cavidad uterina.

*ÍTSMICA.* Parte intermedia de grosor constante.

*AMPULAR.* Parte distal que se ensancha progresivamente y se abre en el pabellón.

Las trompas de Falopio tienen un conducto de 1 a 2 mm de diámetro en sus porciones ístmicas e intramural, que es de diámetro en sus porciones ístmica e intramural, que es continuación de la cavidad uterina, y termina en la porción ampular que se abre en la cavidad peritoneal, cerca del ovario.

*Capas anatómicas de las trompas de Falopio.* Las trompas de Falopio están constituidas por tres capas anatómicas, que son:

*Capa externa, serosa o peritoneal.* Permite el deslizamiento con los órganos vecinos.

*Capa media muscular.* Está provista de fibras circulares y longitudinales, las cuales hacen posible la mortalidad peristáltica.

*Capa interna, mucosa o endosalpinx.* Está constituida por epitelio de revestimiento de células ciliadas, secretorias e intercalares, que favorecen la supervivencia y capacitación espermática, así como la migración del óvulo fecundado, el mantenimiento del cigoto y el transporte de diversas partículas. Las células ciliadas miden hasta 30 u de altura y disminuyen en la fase secretora 7 u 8 u de longitud.

**OVARIOS.** Los ovarios son dos órganos ovoides aplanados, sólidos y blanquecinos, cada uno de los cuales mide 4 cm de largo, 3 cm de ancho y 2.5 cm de altura; están localizados en la porción lateral de la pelvis (fosa ovárica); se encuentran en íntima relación con la parte distal de la trompa de Falopio, mediante la fimbria; su peso es de 5 a 7.5 g. Se sostienen en su sitio gracias a un engrosamiento del ligamento ancho (mesovario) y el ligamento uteroovárico. Los ovarios tienen una parte central que corresponde a la tercera parte (médula) y otra externa (corteza); la primera está constituida por tejido conjuntivo laxo y gran cantidad de vasos sanguíneos, vasos linfáticos y nervios; sin embargo, la corteza es asiento del tejido germinativo y, por lo tanto, de la función gametogénica y fuente productora de hormonas femeninas en su tejido intersticial. Su irrigación proviene de la arteria ovárica, rama de la arteria uterina.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

VALORACIÓN DIAGNÓSTICA DE ENFERMERÍA

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre: C. R. B.

Fecha de nacimiento: 25/02/1978

Edad: 27 años

Estado civil: Unión libre

Sexo: Femenino

Nacionalidad: Mexicana

Domicilio: Calle Libertad No. 32,  
Actopan Hgo.

Religión: Católica

Escolaridad: Primaria Completa

Lugar de origen: Actopan

Ocupación: Hogar

Familiar responsable: Esposo

2. PERFIL DEL PACIENTE:

AMBIENTE FÍSICO

Características físicas (ventilación, iluminación, etc): Con buena ventilación,  
cuenta con luz, agua, gas,

Propia

Rentada

Prestada

Número de Habitaciones: dos

Tipo de construcción: block

Animales domésticos: perro

ESTA TESIS NO SALI  
DE LA BIBLIOTECA

SERVICIOS SANITARIOS

Agua intra domiciliaria       Hidrante público       Otros

ELIMINACIÓN DE DESECHOS

Control de basura: Recolección pública

Drenaje:      SI       NO

Fosa séptica:      SI       NO

Letrina:      SI       NO

OTROS: \_\_\_\_\_

VÍAS DE COMUNICACIÓN:

Pavimentación       Colectivo       Teléfono

Carreteras       Metro       Camiones

Taxi       Carro particular

RECURSOS PARA LA SALUD:

Centro de salud       IMSS       ISSSTE

Consultorio particular       Otros

HÁBITOS HIGIÉNICO-DIETÉTICOS:

ASEO

Baño: (tipo y frecuencia) general, cada tercer día

De manos: (frecuencia) cada que se requiere

Bucal: (frecuencia) dos veces al día

Cambio de ropa personal: (total, parcial y frecuencia) total cada tercer día

ALIMENTACION:

Carne: 3 X 7

Verduras: 5 X 7

Frutas: 3 X 7

Leguminosas: 2 X 7

Pastas: 7 X 7

Huevo: 4 X 7

Leche: 7 X 7

Tortillas: 7 X 7

Pan: 7 X 7

Agua: 1.5 lts aproximadamente

ELIMINACIÓN:

Horario y características:

Intestinal: una vez al día, no tiene horario, \_\_\_\_\_

Vesical: no tiene horario, de 4 a 5 veces, dependiendo del líquido que toma \_\_\_\_\_

DESCANSO:

(Tipo y frecuencia): duerme una o dos horas por las tardes \_\_\_\_\_

Sueño (horario y características): 22:00 a 6:00 a. m. \_\_\_\_\_

Diversión y/o deportes: NO \_\_\_\_\_

Trabajo y/o estudio: NO \_\_\_\_\_

OTROS:

COMPOSICIÓN FAMILIAR.

PARENTESCO	EDAD	OCUPACIÓN	PARTICIPACIÓN ECONÓMICA
Hijo	7	Estudiante	No
Hijo	3		No
Esposo	30	Jornalero	900 a 1000.00 semanal.
C.R.B.	27	Hogar	No

DINÁMICA FAMILIAR:

Le gusta asistir al cine, ver televisión acompañada de su familia. \_\_\_\_\_

DINÁMICA SOCIAL:

COMPORTAMIENTO (Conducta cotidiana):

Agresivo  Tranquilo  Indiferente  Alegre

Cooperador

### 3. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS:

Grupo y Rh: Desconoce.

Tabaquismo	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
Alcoholismo	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
Farmacodependencia	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>

### ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:

Diabetes	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
Epilepsia	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
HTA	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
Cardiopatías	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
Nefropatías	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
Enf. Infecto-contagiosas	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
Toxoplasmosis	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
Antecedentes quirúrgicos	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>

Tipo: \_\_\_\_\_

Antecedentes transfuncionales	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
Antecedentes traumáticos	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>

Otros: Vacuna Td dos dosis.

### ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES.

Sífilis	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
SIDA	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
Malformaciones congénitas	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>

Consanguinidad	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
Retraso mental	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
Trastornos psiquiátricos	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
Cardiopatías	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
Nefropatía	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS.

CARDIORRESPIRATORIO.

Palpitaciones.	<input type="checkbox"/>	Lipotimias	<input type="checkbox"/>	Disnea	<input checked="" type="checkbox"/>	Tos	<input type="checkbox"/>
Acúfenos	<input checked="" type="checkbox"/>	Dolor torácico	<input type="checkbox"/>	Edema	<input checked="" type="checkbox"/>	Disfonías	<input checked="" type="checkbox"/>
Fosfenos	<input type="checkbox"/>	Ruidos cardiacos	<input type="checkbox"/>	Cianosis	<input type="checkbox"/>	Expectoración	<input type="checkbox"/>

Observaciones: \_\_\_\_\_

DIGESTIVO

Apetito normal	<input checked="" type="checkbox"/>	Vómito	<input checked="" type="checkbox"/>	Meteorismo	<input type="checkbox"/>	Diarrea	<input type="checkbox"/>
disminución del apetito	<input type="checkbox"/>	Nausea	<input checked="" type="checkbox"/>	Distensión	<input type="checkbox"/>	Hematemesis	<input type="checkbox"/>
Pirosis	<input type="checkbox"/>	Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	Ruidos peristálticos (aumentados)	<input type="checkbox"/>	Prurito anal	<input type="checkbox"/>
Disfagia	<input type="checkbox"/>	Regurgitaciones	<input type="checkbox"/>	Constipación	<input type="checkbox"/>	Pujo y tenesmo	<input type="checkbox"/>

Observaciones: \_\_\_\_\_

GENITOURINARIO.

Dolor	<input checked="" type="checkbox"/>	Piuria	<input type="checkbox"/>	Dismenorrea	<input type="checkbox"/>	Patología mamaria	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
Disuria	<input checked="" type="checkbox"/>	Poliuria	<input type="checkbox"/>	Prurito	SI <input checked="" type="checkbox"/>	Tipo:	_____	
Tenesmo	<input type="checkbox"/>	Disuria	<input checked="" type="checkbox"/>	Leucorrea	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
Hematuria	<input type="checkbox"/>	Escurrecimiento uretral	<input type="checkbox"/>	Características: Glándulas mamarias: <u>Útiles para la lactancia.</u>				

Observaciones: Presenta oliguria y la orina se encuentra muy concentrada.

NERVIOSO.

Cefalea	<input checked="" type="checkbox"/>	Aislamiento	<input type="checkbox"/>	Inconciencia	<input type="checkbox"/>	Miosis	<input type="checkbox"/>
Temblores	<input type="checkbox"/>	Insomnio	<input type="checkbox"/>	Anisocoria	<input type="checkbox"/>	Babinski.	<input checked="" type="checkbox"/>
Depresión	<input checked="" type="checkbox"/>	Falta de memoria	<input type="checkbox"/>	Midriasis	<input type="checkbox"/>		
Ansiedad	<input checked="" type="checkbox"/>						

Observaciones:

MUSCULOESQUELÉTICO

Deformaciones: óseas, articulares y musculares.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	Crepitación	<input type="checkbox"/>	Perdida de peso	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>
Tipo: Mialgias			ROTS	<input type="checkbox"/>	Aumento de peso	<input checked="" type="checkbox"/>	Hipertiroidismo	<input type="checkbox"/>



Artralgias	<input type="checkbox"/>	Polidipsia	<input checked="" type="checkbox"/>	Galactorrea	<input type="checkbox"/>	Hipotiroidismo	<input type="checkbox"/>
Várices	<input type="checkbox"/>	Polifagia	<input type="checkbox"/>	Sudoración	<input type="checkbox"/>		

Observaciones: \_\_\_\_\_

PIEL Y ANEXOS.

ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS.

Apigmentación	<input type="checkbox"/>	Heridas	<input type="checkbox"/>	Otorrea	<input type="checkbox"/>	Trastornos del olfato	<input type="checkbox"/>
Acne	<input type="checkbox"/>	Edema	<input checked="" type="checkbox"/>	Hipoacusia	<input type="checkbox"/>	Conjuntivitis	<input type="checkbox"/>
Alergias	<input type="checkbox"/>	Turgencias	<input type="checkbox"/>	Dolor	<input type="checkbox"/>	Epistaxis	<input type="checkbox"/>
Prurito	<input checked="" type="checkbox"/>			Rinorrea	<input type="checkbox"/>		

Observaciones: Piel reseca y con presencia de estrías.

Comprensión y/o comentarios acerca de su problema o padecimiento: Manifiesta preocupación por su salud y la de su bebe.

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS.

Menarca: 12 años                      Telarca:      Años                      Pubarca:      Años

Ciclos: 28 X 5 .

Duración: 4 días .

Dismenorreica:    SI                         NO  

Incapacitante:    SI                         NO  

Método de planificación familiar:    SI                         NO  

Tipo: DIU .                      Periodo de utilización: del     , al     .

FUR: 22 de febrero de 2004                      FPP: 29 de noviembre de 2004

Papanicolau: SI  NO

SDG: 36 5 a 9

Fecha: \_\_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_

Gestas: 3

Paras: 2

Abortos: 0

Cesáreas: 0

Periodo intergenésico: 3 años

Vigilancia prenatal: SI  NO

No. De compañeros sexuales: uno Circundados: desconoce

No. De gesta	Fecha	Parto	Fórceps Causa	Cesáreas	LUI	Peso del producto	Observaciones
1	13/07/97	Eutócico	-----	-----	--	3500 gr	-----
2	05/06/01	Eutócico	-----	-----	--	2500 gr	-----

### EVOLUCIÓN DEL EMBARAZO:

Complicaciones en:

Embarazos previos SI  NO

Embarazos ectópicos SI  NO

Embarazo molar SI  NO

Preeclampsia SI  NO

Parto Prematuro SI  NO

Malformaciones del Producto SI  NO

Muerte neonatal SI  NO

Óbito	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
Infección de vías urinarias	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Infección genital	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>

## EXPLORACIÓN FÍSICA

Peso antes del embarazo: 55 Kgrs. Peso actual: 68 Kgrs.

Ideal:         

Sobrepeso: de          Kgrs.

Estatura: 1.60 m.

Pulso: 84 por minuto

Tensión arterial: 170/100 mmHg.

Temperatura: 36.2° C.

Respiración: 32 por minuto.

## INSPECCIÓN

### ASPECTO

FÍSICO: Consciente, inquieta, cooperadora, mucosas orales deshidratadas, buena coloración de legumentos, presencia de estrías en abdomen, edema en miembros pélvicos.

PALPACION: abdomen semigloboso a expensas de útero gestante, cérvix cerrado.

PERCUSIÓN: ruidos peristálticos normales, reflejos normales.

AUSCULTACIÓN: Campos pulmonares con adecuada entrada y salida de aire, tensión arterial elevada, taquicardia.

Participación del paciente y la familia en el diagnóstico y rehabilitación: participación para su pronta recuperación.

### PROBLEMA O PADECIMIENTO ACTUAL.

Síntomas: náusea, cefalea, dolor de espalda.

Signos: vómito, ligera deshidratación, edema en miembros pélvicos.

EXÁMENES DE LABORATORIO

LABORATORIO	CIFRAS DEL PACIENTE	CIFRAS NORMALES	OBSERVACIONES
Eritrocitos.	5.000.000	4.5 – 6.00millones	
Hemoglobina.	14.8 g/dl	14.5 –17.0 g /dl	
Hematocrito	46.0%	42 – 55 %	
C.M.H.B.	32.0	30 – 38	
VGM	92 Mc.	80 – 97 Mc.	
<b>Plaquetas</b>	<b>193.000%</b>	150.000 – 400.000	
Leucocitos	11.400	5.000 – 140.000	
Monocitos	0	4 – 9	
Linfocitos	15	20 – 34	
Neutrófilos	82	55 – 70	
Eosinófilos	1	2-4	
Basófilos	2	0-2	
Bandas	2	0-7	
Segmentados	80	56 – 70	
Glucosa.	75 mg/dl	70 – 105 mg/dl	
Gpo Rh	"o" +		
Tp	11.5s	12-14	
TPT	38.0s	Hasta 40	
EGO			
Color	Ámbar		
Aspecto	Turbio		
Densidad	1.015		
<b>Proteínas</b>	<b>+++</b>		
Hemoglobina	+++		
Leucocitos	15.20/c		
Eritrocitos	Incontables		
Células Epiteliales	Abundantes		
Cilindros hialinos	++		
<b>Bacterias</b>	<b>+++</b>		

## EXÁMENES DE LABORATORIO

LABORATORIO	CIFRAS DEL PACIENTE	CIFRAS NORMALES	OBSERVACIONES
Eritrocitos.	5.000.000	4.5 – 6.00millones	
Hemoglobina.	14.8 g/dl	14.5 –17.0 g /dl	
Hematocrito	46.0%	42 – 55 %	
C.M.H.B.	32.0	30 – 38	
VGM	92 Mc.	80 – 97 Mc.	
<b>Plaquetas</b>	<b>193.000%</b>	150.000 – 400.000	
Leucocitos	11.400	5.000 – 140.000	
Monocitos	0	4 – 9	
Linfocitos	15	20 – 34	
Neutrófilos	82	55 – 70	
Eosinófilos	1	2-4	
Basófilos	2	0-2	
Bandas	2	0-7	
Segmentados	80	56 – 70	
Glucosa.	75 mg/dl	70 – 105 mg/dl	
Gpo Rh	"o" +		
Tp	11.5s	12-14	
TPT	38.0s	Hasta 40	
EGO			
Color	Ámbar		
Aspecto	Turbio		
Densidad	1.015		
<b>Proteínas</b>	<b>+++</b>		
Hemoglobina	+++		
Leucocitos	15.20/c		
Eritrocitos	Incontables		
Células Epiteliales	Abundantes		
Cilindros hialinos	++		
<b>Bacterias</b>	<b>+++</b>		

La alimentación de una mujer embarazada debe de ser completa, variada y equilibrada; que proporcione los elementos nutritivos requeridos por la madre y por el feto en desarrollo.

### ¿CÓMO QUE ALIMENTOS?

FRUTAS

VERDURAS Y  
HORTALIZAS

LECHE Y  
DERIVADOS



PESCADO Y  
POLLO

ABUNDANTES  
LÍQUIDOS

RECUERDA DISMINUIR EN TU  
DIETA

PASTAS

CARNES  
ROJAS

ENLATADOS



EMBUTIDOS

SAL

La higiene es muy importante en todas las personas, especialmente en embarazadas, para evitar infecciones.

❖ El baño y el cambio de ropa deben de ser a diario.

❖ Lubrica la piel del abdomen, para evitar la resequedad.



❖ Utiliza ropa holgada, y zapatos de piso sin agujeta.



❖ Si lo requieres pide ayuda para vestirse y desvestirse.

❖ Utiliza media de licra para una mejor circulación.

Con las actividades diarias y el embarazo tiendes a fatigarte rápidamente; por eso debes de programar periodos de descanso.



❖ Por las tardes debes de realizar caminatas o ejercicio.



❖ Debes de pesarte diariamente, de preferencia con la vejiga vacía, ya que el peso indica el aumento o disminución de líquidos.



molestias debes de continuar con tus consultas prenatales.



Acude a tomarte la tensión arterial diariamente y lleva un registro de esta.



Asiste al club de la mujer embarazada, en el Aula Magna del Hospital General Actopan.



de alarma:

- ▶ Aumento de tensión arterial.
- ▶ Disminución de movimientos fetales.
- ▶ Ruptura de membranas.
- ▶ Dolor de cabeza.
- ▶ Náuseas.
- ▶ Vómito.
- ▶ Aumento de edema en manos, pies y tobillos.



SECRETARÍA DE SALUD

PLAN DE ALTA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD HIPERTENSIVA INDUCIDA POR EL EMBARAZO

Carlos Mayorga, esq. Constituyentes.  
Actopan Hidalgo. Teléfono: 01 (77272) 72173 y 71796.

HIDALGO  
HOSPITAL GENERAL ACTOPAN

PLAN DE ALTA  
ENFERMEDAD HIPERTENSIVA  
INDUCIDA POR EL  
EMBARAZO



Responsable: Enf. Norma Gálvez Hernández  
Junio /2005