



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE MÉXICO**



**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA A USUARIA EN EL PUERPERIO  
INMEDIATO / POST QUIRURGICO CON PREECLAMPSIA LEVE.**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

P R E S E N T A :

**MARÍA VIRGINIA ROJAS GONZÁLEZ**

*Gloria Rodríguez Díaz*

DIRECTORA DE TRABAJO: LICENCIADA GLORIA RODRIGUEZ DIAZ

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

MEXICO, D. F.

AGOSTO DE 2005.

7346887

SECRETARIA DE ASUNTOS



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## AGRADECIMIENTOS

A mis padres:

Que en todo momento me dieron su apoyo moral e incondicional, mil gracias por creer en mí.

A Norma Alicia:

Mí hermana, me complace decirte que juntas llegamos a la meta final, gracias por tú paciencia, comprensión y participación.

A la profesora Gloria:

Mi más sincero reconocimiento, por la asesoría en la elaboración y conclusión de dicho trabajo.

A Lorenzo:

Té retribuyo esas motivaciones e ideas que me proporcionaste para seguir adelante en los momentos difíciles.

Y a todas aquellas personas que directa o indirectamente contribuyeron al logro de una de mis metas... obtener el título profesional.

Sinceramente

Vicky.

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

NOMBRE: María Virginia

Rojas González

FECHA: 11/ Agosto/ 15

FIRMA: [Firma manuscrita]

## ÍNDICE

ÍNDICE .....	3
1.INTRODUCCIÓN.....	4
2.- JUSTIFICACIÓN .....	6
3.- OBJETIVO .....	7
3.1.- GENERAL	
3.2.- ESPECÍFICOS	
4.- METODOLOGÍA .....	9
5.- EL CUIDADO.....	11
5.1.- PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA .....	15
5.2.- EJECUCIÓN DEL PROCESO.....	23
5.3.- EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON .....	24
5.4.- RELACIÓN TERAPÉUTICA .....	32
6.- ANATOMÍA Y FISIOLÓGIA DE LOS ÓRGANOS GENITALES FEMENINOS .....	35
7.- PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA .....	42
7.1.- PREECLAMPSIA .....	44
7.2.- ECLAMPSIA .....	49
7.3.- PREECLAMPSIA SEVERA Y SÍNDROME DE HELLP .....	53
8.- PROCESO ENFERMERO .....	55
8.1.- DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO .....	57
8.2.- PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA .....	61
9.- PLAN DE ALTA HOSPITALARIA .....	88
10.- EVALUACIÓN DEL PROCESO DE CUIDADO .....	97
11.- CONCLUSIONES .....	100
BIBLIOGRAFÍA .....	102
FUENTES DOCUMENTALES .....	104
12.- ANEXOS .....	105
12.1.- VALORACIÓN DIAGNÓSTICA DE ENFERMERÍA .....	106
12.2.- INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES BÁSICAS.....	108

## 1.- INTRODUCCIÓN

El presente trabajo nos permite tener un panorama más amplio del proceso de atención de enfermería y de su aplicación en una usuaria en edad reproductiva con preeclampsia leve y puerperio post quirúrgico inmediato, considerando que esta patología se presenta habitualmente en el último trimestre del embarazo o en el puerperio temprano. Las primigestas son afectadas con mayor frecuencia, el 10% de estas mujeres embarazadas desarrollan preeclampsia- eclampsia, siendo esta la segunda causa de morbi-mortalidad materno-fetal a nivel mundial.<sup>1</sup>

En México el 8% de las mujeres que se embarazan cursan con algún grado de toxemia que se incrementa con el aumento de la edad materna, las mujeres mayores de 35 años tienen de dos a cuatro veces mayor riesgo de toxemia que las de menor edad.<sup>2</sup>

Se dice que es la enfermedad de las teorías, por que no existe una causa específica que explique de manera total y aceptable la etiología y fisiopatología del problema, se ha encontrado una mayor incidencia de la enfermedad en hermanas, hijas y nietas, lo cual podría indicar la relación de la patología con el factor genético e inmunológico, antecedentes de hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus y embarazo gemelar.

En la gestante, la enfermedad produce disfunción endotelial difusa y plaquetaria, manifestándose con hipertensión arterial, proteinuria y edema. En el feto, la condición se asocia a privación nutricional o respiratoria, caracterizándose por centralización de flujo sanguíneo, restricción del crecimiento intrauterino e incluso la muerte. La única conducta conocida que

---

<sup>1</sup> Krupp Marcos, Diagnóstico clínico y tratamiento, Ed Manual Moderno, 2000, pp. 545.

<sup>2</sup> Carlos Hinojosa Ríos, toxemia en: Gaceta Médica. Mc, Vol. 140, N0. 1, 2004 pp43.

corrige definitivamente las manifestaciones clínicas de la preclampsia-eclampsia, es la interrupción del embarazo, ya que los trastornos cesan y se recuperan progresivamente "las cifras de tensión arterial" y "el número de plaquetas" de la usuaria.<sup>3</sup>

Siendo previsible el 35% de los casos a través de la prevención, detección temprana de signos y síntomas de alarma, referencia oportuna y tratamiento adecuado, estas constituyen medidas esenciales en la atención peri natal de la población.<sup>4</sup>

Por lo que ahora, a través de la integración de este proceso atención de enfermería que se apoya en la teoría de Virginia Henderson, como precursora significativa de esta profesión, se definen los cuidados proporcionados a la paciente, con base en las 14 necesidades básicas que propuso Virginia Henderson para integrar e implantar el cuidado enfermero como parte fundamental de las acciones de enfermería.

Dicho contenido permite dar a conocer el desarrollo y la aplicación del proceso atención de enfermería, identificando los pasos a seguir en cada una de las etapas que son: la valoración, los diagnósticos de enfermería, la planeación, la ejecución y la evaluación, obteniendo resultados sobre la aplicación de las intervenciones de enfermería. Se analizan los beneficios, llegando a la conclusión que su objetivo primordial es el de favorecer la recuperación de la salud del individuo y lograr su independencia lo más rápidamente posible a través de un plan de alta que contiene sugerencias o recomendaciones a realizar en el hogar, posterior a su egreso de la institución de salud.

---

<sup>3</sup> <http://caibco.ucv.ve/Vitae/VitaeSiete/Articulos/BiologiaCelular/ArchivosHTML/introduc.htm>.

<sup>4</sup> Carlos Hinojosa Rios, Op. Cit. pp. 50

## 2.- JUSTIFICACIÓN

En el desarrollo del proceso atención de enfermería, en el caso clínico de puerperio post-quirúrgico inmediato más preeclampsia leve, hemos detectado, analizado y observado que la preeclampsia- eclampsia es la primera causa a nivel mundial de morbi- mortalidad materna que afecta entre el 5 y 10% de las gestantes primíparas. Las manifestaciones incluyen aumento de la presión sanguínea, proteinuria, coagulopatía y edema cerebral y periférico.

A pesar de la etiología y la patogénesis no están bien definidas las causas, se cree que la placenta esta implicada y que cuando termina la gestación desaparece la enfermedad. Por lo que es necesario la interrupción del embarazo para que la cliente restablezca sus cifras tensionales normales.

En la aplicación del método enfermero se tiene como objetivo principal utilizar el modelo de enfermería de Virginia Henderson, con base a las 14 necesidades.

En este proceso de cuidados destaca la trascendencia de la valoración efectuada por el profesional de enfermería, para la detección de problemas reales y potenciales, jerarquización de los mismos e implementar un plan de atención de enfermería y así personalizar los cuidados a fin de responder a la necesidad de una evolución satisfactoria y rápida para su independencia en el auto cuidado de su salud como mujer en edad reproductiva. La evaluación observa los resultados obtenidos de la metodología general de cuidados y alternativas de resolución ante los no esperados.

### **3.- OBJETIVO**

#### **3.1.- GENERAL**

Aplicar el método del proceso de atención de enfermería, tomando como base la teoría de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson, en un caso clínico de una mujer en puerperio inmediato post-quirúrgico con preclampsia leve, en una unidad de tercer nivel de atención y desarrollar los cuidados de enfermería que permitan mantener a la usuaria en una situación óptima de bienestar e independencia relacionado con las manifestaciones que presente para contribuir a su recuperación lo más rápidamente posible.

#### **3.2.- ESPECÍFICOS**

- Valorar, las necesidades y/o problemas de la usuaria a través de una metodología y elaborar los diagnósticos enfermeros reales y potenciales en base a los signos y síntomas de la preclampsia que presenta la usuaria.
- Fundamentar teóricamente las acciones de enfermería, dependientes e interdependientes y autónomas que se realizan para elevar la calidad del cuidado con profesionalismo.
- Planear los cuidados de enfermería en función de cada diagnóstico identificado, su objetivo, necesidades, la fuente de dificultad, el nivel y grado de dependencia y la prioridad de intervención.
- Ejecutar y realizar los cuidados previstos en la planeación contemplando la satisfacción de las necesidades físicas, sociales y emocionales de la



paciente y su progresión hacia una mayor independencia lo más rápidamente posible a través del cuidado holístico.

- Evaluar con juicio crítico comparativo el progreso de la paciente en función de los resultados obtenidos a través de la eficacia de las actuaciones de enfermería, para realizar mejoras del cuidado, rectificar el curso de la acción y asegurar unos cuidados de calidad y calidez en beneficio de la usuaria.

## 4.- METODOLOGÍA

El proceso enfermero desarrollado es para obtener el título de Licenciada en Enfermería, se realizó bajo una asesoría que se llevó a cabo en un seminario taller de titulación, el cual nos fue guiando paso a paso para desarrollar e implementar cada etapa e integración de la valoración, los diagnósticos de enfermería, la planeación, la ejecución y la evaluación, tomando en cuenta el modelo de Virginia Henderson que nos proporcionó conocimientos teóricos metodológicos para la culminación de dicho trabajo.

A través de la búsqueda bibliográfica se reconstruye un marco teórico referencial que valida nuestro proceso enfermero en el siguiente caso clínico, que por su importancia se seleccionó en el servicio del segundo piso del Hospital de Gineco Obstetricia # 3 Centro Médico Nacional la Raza.

Se trata de mujer primigesta de 25 años de edad, cursando su puerperio post-quirúrgico inmediato más preeclampsia leve.

La entrevista se realizó directamente a través del interrogatorio directo a la usuaria, con la recopilación de datos a través del expediente clínico, la exploración física (inspección, medición, palpación, percusión y auscultación), para identificar las 14 necesidades básicas según la teórica mencionada. Se integran los diagnósticos de enfermería con la metodología de Problema, Etiología y Signos y síntomas manifestados (PES) Se establecieron los objetivos de acuerdo a dichas necesidades, se procedió a planear y jerarquizar acciones de enfermería a seguir, ejecución y evaluación de los resultados obtenidos de la aplicación del proceso atención de enfermería, considerando el obtener niveles de satisfacción óptimos para la cliente y el producto de la gestación.

Dicha información fue revisada en forma minuciosa por la asesora inicialmente, y por el jurado respectivo de examinación terminal a la carrera de Licenciada en Enfermería y Obstetricia, se realizaron las modificaciones pertinentes, con lo cual se concluye la integración del presente trabajo.

## 5.- EL CUIDADO

La evolución de los cuidados ha estado orientada hacia la vida y hacia la muerte. Los cuidados están vinculados a la necesidad de garantizar la continuidad de la vida, mientras que los tratamientos, se refieren a la lucha contra la muerte causada por la enfermedad, a la limitación de los efectos de la enfermedad, a la reparación de las lesiones orgánicas generadoras por la enfermedad y/o por accidentes.

Así encontramos lo que dio nacimiento a los cuidados desde Florence Nightingale (1820-1910) que nació en Italia y se educó en Inglaterra, dominaba varios idiomas, tenía una sólida formación en literatura, filosofía, historia, teología, economía, política y ciencias. Estudió enfermería en el Instituto Kaiserwerth (Alemania). A ella se atribuye el inicio de la profesionalización de los cuidados. Ayudaba a los pobres, cuidaba a los niños, auxiliaba a las mujeres presas, enseñaba a través de una escuela en la que preparaba enfermeras para el hospital, enfermeras visitadoras, y enfermeras para preparar a otras, los estudios duraban 2 años y el libro de texto era "Notas sobre enfermería".

Su método de trabajo consistía en una incansable lectura y recogida de datos observando, probando y analizando todo aquello que tuviera relación con la enfermería, ya fueran noticias procedentes de su país o de otros lugares.

Durante la historia relativamente breve, las enfermeras han desempeñado un papel importante, proporcionando servicios para la salud que han variado de continuo según las necesidades de la sociedad en cambio.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Colliere, Francois, Cuidado enfermero "Promover la vida, Edit, Interamericana Mc Graw-Hill, España, 2000 pp. 34.

El cuidar en la actualidad, despierta y desarrolla las capacidades fundamentales en la formación continúa en el área profesional de enfermería, por lo que esta se encuentra basada en:

- La orientación centrada a la enferma y no en la enfermedad.
- La consideración de los aspectos psicológicos y ambientales en la relación a la salud y a los cuidados.
- La orientación seudo militar, laica y religiosa.
- La orientación centrada en la observación de los hechos de cuidados y en la planificación de los mismos.
- La orientación centrada en formación específica, preparación sistemática para ejercer la enfermería, así como la investigación de los elementos y naturaleza de los cuidados.
- La orientación que por su época y el estatus de la mujer esta relacionada con la dependencia y las actitudes morales de la enfermera.
- La orientación en aspectos de prevención y fomento de la salud.
- La orientación hospitalaria y extra hospitalaria de los cuidados de enfermería.
- La orientación renumerada de los cuidados de enfermería como servicio profesional.<sup>6</sup>

A finales del siglo XIX, la enfermera se convierte en el eje del movimiento de profesionalización de la enfermería, con el propósito de integrar estudios superiores dentro de la formación científica, utilizando sus conocimientos en beneficio del ser humano e intentaron mediante asociaciones buscar una identidad profesional y estudiar la naturaleza de la enfermería, así empezaron a crear asociaciones de enfermería como la British Assotiation, en 1888 para elevar la preparación y la posición de las enfermeras.

---

<sup>6</sup> Ibidem pp. 245

El Consejo Internacional creado por Mrs. Bedford, en colaboración con líderes de numerosos países en 1900 aceptó sus estatutos y en 1901 se celebró la primera reunión en New York. Que entre sus objetivos se encuentran mejorar las condiciones de trabajo y proporcionar un medio de documentación entre las enfermeras de todos los países.

En 1911 se creó la American Nurses Assotiation (ANA), entre sus objetivos se encuentran el de defender unos niveles adecuados de la práctica enfermera.

En 1973, Gebbie y Lanwin fundaron la Nacional Conference Group for de clasification of Nursins Diagnosis, para identificar, clasificar y desarrollar los diagnósticos de enfermería.

En 1982 se fundó la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA), analizar la naturaleza de la enfermería y dotarla de un lenguaje común y propio eran sus objetivos.<sup>7</sup>

La AEED (Asociación de enfermería Docente) redactó el acta de constitución de 1978 y consiguió reconocimiento jurídico en 1979.

Estos cambios producen un efecto notable en la práctica de la enfermería y del trabajo diario que nos enfrenta con situaciones que debemos resolver. Este es sin duda otro factor que nos empuja a buscar conocimientos.

La propia actualización es un concepto fundamental en los cuidados de enfermería, supone el desarrollo personal unido a las capacidades de observación, de intuición y de razonamiento inductivo y deductivo, así como a la capacidad de tomar decisiones y de autoafirmación, en una perspectiva

---

<sup>7</sup> Doenges M.E “Aplicación del proceso de enfermería”, Philadelphia 1992, pp6

de responsabilidad y autonomía, apoyando el avance continuo, científico, tecnológico y de investigación para nutrir y enriquecer los cuidados de enfermería día con día el compromiso de la actualización a fin de mejorar la calidad de los servicios prestados a la usuaria, familia y comunidad, demostrando con ello nuestro profesionalismo en el desarrollo de dichas actividades.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Colliere Francois, Op. cit, pp238

## 5.1.- EL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA.

El proceso del cuidado requiere una serie de capacidades cognitivas, interpersonales y técnicas. Es un proceso científico porque se utiliza de manera sistemática y estructurada. Comprende una serie de etapas definidas que responden a reglas lógicas comunes a todos los métodos científicos.<sup>9</sup>

La aplicación del proceso de cuidados exige una orientación del pensamiento que va más allá de los objetivos de organización.

Según M.E Doenges y M.F. Moorhouse (1992), la base de proceso de cuidados descansa en varios postulados que deberían siempre estar presentes en el espíritu de la enfermera que aplica dicho proceso de cuidados, dichos postulados son:

- La enferma es un ser humano con su propio valor y dignidad.
- Las personas tiene unas necesidades que, si no se satisfacen, causan una serie de problemas que exigen la intervención de otra persona, pero solo mientras no puede asumir por si misma la responsabilidad de dichas necesidades.
- La enferma tiene derecho a unos cuidados de calidad, dispensados con solicitud, compasión y competencia, centrados en el avance hacia un mayor bienestar y prevención.
- En este proceso, la relación entre la enfermera y la persona cuidada es importante.<sup>10</sup>

Quien por primera vez propuso un proceso lógico y ordenado de planificación de los cuidados fue L.E. Hall en 1955.<sup>11</sup>

---

<sup>9</sup> Bizier, Nicole, De la Pense augeste Montreal Decarie. 1992, Edituer ,pp 35

<sup>10</sup> Doenges M:E y Mourhouse Op cit. pp 6

<sup>11</sup> Pheneuf, Margot La De marche Scientifique, Ed Mc Graw Hill. 1985, pp49-57



En un principio, este proceso comprendía 3 etapas cuya definición anunciaba ya la que iba a ser la cuarta con Helen Yura y Mary B. Walsh hacia 1967. En 1976, Callista Roy y M.J. Aspinall añadían una quinta etapa<sup>12</sup>

Cercano ya el año 2000 en proceso de cuidados sigue siendo el instrumento conceptual más útil para la enfermera ya que es un proceso en espiral y continuo que no se puede dividir, se debe ver en toda su dinámica y continuidad.

Es un proceso cuyas etapas se suceden, pero en el que a veces también se superponen.<sup>13</sup> Según Monique, la: búsqueda sistemática de información sobre la persona, sus hábitos de vida y las dificultades relacionadas con su estado de salud, forman parte del proceso del cuidado

El análisis y la interpretación de los datos: permite llegar a establecer el diagnóstico enfermero.

La planificación: es la respuesta de la enfermera para resolver una dificultad y ayudar a la persona a satisfacer sus necesidades.

Esta etapa tiene en cuenta prioridades, objetivos (o resultados esperados), y la elección de las intervenciones organizadas en un plan de acción.

La ejecución de las intervenciones: Aplicación del plan establecido.

La evaluación: es la apreciación de los resultados obtenidos de la eficacia y de la adecuación del plan de acción, seguida de una puesta al día.<sup>14</sup>

---

<sup>12</sup> Doenges M:E y Mourhouse Op cit. pp 6.

<sup>13</sup> Phenuéf, Margot, Op, cit, pp50

<sup>14</sup> Lefebvre Monique y Dupvis, Andréé Le jugement clinique en soins infirmiers, Montreal ERPI 1993 pp 1-2

La finalidad del proceso según Iyer, Taptich y Bernocchilosey es proporcionar un marco para la planificación de los cuidados de enfermería.

- Personalizar los cuidados a fin de responder mejor a las necesidades de la persona.
- Descubrir y maximizar los recursos de la persona, tanto los personales como los externos.
- Planificar intervenciones que permitan mantener a la persona en una situación óptima de bienestar e independencia.
- Coordinar el trabajo del equipo indicando lo que hay que hacer y quien lo debe hacer.
- Asegurar la continuidad de los cuidados a pesar de los diferentes turnos de trabajo, los cambios de equipo y las sustituciones.<sup>15</sup>

Dentro de las características generales se distinguen estos siete puntos según Margot Phaneuf, es un proceso ordenado que no deja nada al azar. Supone un planteamiento metódico de resolución de problemas que minimiza los ensayos y los errores, las omisiones y las pérdidas de tiempo.<sup>16</sup>

- Es dinámico: necesita cambios continuos relacionados con los signos y síntomas que presenta la persona. El proceso de cuidados y el plan que de él se derivan evolucionan con el estado de la persona.
- Es interactivo: Supone una colaboración continua entre la enfermera y la persona cuidada, se establece en un clima de relación de ayuda para asegurar unos cuidados personalizados y adecuados, que permite

---

<sup>15</sup> Iyer, Patricia, Taptich, et, Proceso atención de enfermería y diagnóstico enfermero, Philadelphia Saunders. 1986, pp. 57

<sup>16</sup> Op cit. Margot Phenauf pp 58.

estimular a la persona para que participe en sus cuidados y experimente un sentimiento de responsabilidad y control de la situación.

- Es flexible: Puede adaptarse a todas las circunstancias, cuidados preventivos, cuidados de larga duración o cuidados agudos.
- Debe basarse en un modelo conceptual que le de un sentido.
- Se orienta a unos objetivos claros y precisos.
- Esta reconocido como uno de los elementos esenciales en lo que se refiere a la organización clínica del enfermo.<sup>17</sup>
- Las ventajas profesionales del proceso de cuidado pone de manifiesto la contribución de la enfermera a los cuidados preventivos y curativos.
- Contribuye al desarrollo de todo un abanico de conocimientos propios de los cuidados de enfermería y favorece las intervenciones autónomas.
- Permite a la enfermera ejercer un mayor control sobre su trabajo, a partir de sus conocimientos y función de lo que ella puede hacer en el marco legal de su profesión.
- Puede servir como un instrumento para la evaluación de la calidad de los cuidados y de la carga de trabajo.<sup>18</sup>

La valoración es la primera etapa que se realiza a través de la recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud de la usuaria a través de diversas fuentes: usuaria como fuente primaria, expediente clínico, a la

---

<sup>17</sup> Phaneuf Margot, La planificación de los cuidados enfermeros, un sistema integrado y personalizado, Ed. Mc Graw Hill Interamericana 1999, pp. 54-58

familia o a cualquier otra persona que de atención a la usuaria. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia.

Datos fisiológicos:

Consideraciones psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales, desde un punto de vista holístico en interacción de las 5 áreas para identificar las capacidades y limitaciones de la persona, para ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de salud.

La valoración debe tener una secuencia céfalo caudal de cabeza a pies, dejando para el final la espalda.

Por aparatos y sistemas, constantes vitales, se valora el aspecto general y a continuación cada sistema o aparato afectado.

Patrones funcionales de salud pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo y familia, determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de salud.

La información concreta que se obtiene es a través de la cliente (características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades).<sup>19</sup>

Datos subjetivos: No se pueden medir, son propios de la usuaria, lo que siente, percibe (sentimientos).

Datos objetivos: Se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de T/A, Peso, etc.)

---

<sup>18</sup> Iyer Patricia, Op. cit. pp. 58

<sup>19</sup> Iyer Patricia, Op. cit. pp. 58

Datos históricos: Antecedentes que han ocurrido anteriormente, hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas, patrones o pautas de comportamiento.

Datos actuales: Sobre el problema de salud actual.

- La información específica, para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados, es a través de la entrevista clínica que nos :
- Facilita la relación enfermera y usuaria.
- Permite a la cliente informarse y participar en la identificación de sus problemas y planteamiento de sus objetivos.
- Ayuda a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.<sup>20</sup>
- Un entrevistador debe tener empatía: Capacidad de comprender a la usuaria, para obtener una adecuada valoración e interrogación de la cliente a través de la: Calidez: Proximidad afectiva entre la usuaria y el entrevistado. Respeto: Transmitir a la usuaria que su problema le atañe, implica el aprecio de la dignidad y valor de la cliente, reconocimiento como persona. Concreción: Determinar los objetivos mutuos y compartidos de la entrevista
- La observación es el segundo método de valoración, implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto de la cliente como de cualquier otra fuente significativa y del entorno.

Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.

Durante la exploración física se debe explicar a la usuaria en que consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo.

---

<sup>20</sup> Iyer Patricia, Op. cit. pp. 58

**Inspección:** Examen visual cuidadosos y global de la usuaria características físicas a los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).

**Palpación:** Utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen, movimientos corporales y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración.

**Percusión:** Implica dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Tipos de sonidos:

- Mates aparecen sobre el hígado o el bazo.
- Sordos cuando se percuten músculos o huesos.
- Hipersonoros cuando percutimos sobre el pulmón lleno de aire.
- Timpánicos al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.

**Auscultación:** Consiste en escuchar sonidos producidos por los órganos del cuerpo (pulmón, corazón e intestino).

Se consideran datos verdaderos aquellos datos susceptibles de ser evaluados con una escala de medida precisa, peso, talla, etc., y los que no son medibles, se someten a validación confrontándolos con otros datos o buscando nuevos datos que apoyen o se contrapongan a los primeros.

Los datos se organizan mediante categorías de información.

- Datos de identificación.
- Datos culturales y socioeconómicos.
- Historia de salud, diagnósticos médicos, problemas de salud, resultados de pruebas diagnósticas y los tratamientos prescritos.
- Valoración física.

- Patrones funcionales de salud.
- Diagnóstico de enfermería.<sup>21</sup>

### **Historia Clínica.**

- La documentación y registro de la valoración deben estar escritos en forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales. Anotar entre comillas la información subjetiva que aporta la usuaria, familiares y el equipo sanitario.
- Los datos objetivos se deben apoyar en pruebas y observaciones concretas.
- Evitar términos vagos como "normal", "regular", etc. Y evitar las generalizaciones.
- Describir los hallazgos en forma metódica, forma, tamaño, etc.
- La anotación debe ser clara y concisa.
- Se escribirá de forma legible, con tinta indeleble.
- Las anotaciones serán correctas ortográfica y gramaticalmente, se usarán solo las abreviaturas de uso común.<sup>22</sup>

---

<sup>21</sup> Doenges M:E 1992, Op, cit. pp. 10

<sup>22</sup> Iyer, Patricia, Op. Cit P 58

## 5.2 - EJECUCIÓN DEL PROCESO

El Proceso Enfermero es una metodología de trabajo basado en el razonamiento y la metodología científica, que lleva una secuencia lógica, para la presentación de servicios de enfermería. Consta de 5 fases:

**Valoración:** Recolección de datos continuos sobre problemas de salud y factores de riesgo que pueden contribuir a la aparición de los mismos.

**Diagnóstico de enfermería:** Análisis de los datos para identificar problemas de salud reales y potenciales y recursos de que disponemos. Análisis de los datos para determinar exactamente en que consiste el problema.

- **Planificación:** Formular un plan de actuación específico e identificación de intervenciones para lograr los objetivos específicos que nos hemos marcado, para restaurar, limitar y rehabilitar el daño.
- **Ejecución:** Poner en práctica el plan asistencial previamente elaborado y observar la respuesta inicial de la cliente.
- **Evaluación:** Valorar el logro de los resultados y decidir sobre la necesidad de introducir cambios si fuera necesario de acuerdo a la respuesta de la usuaria.

Se adopta la ejecución de este modelo de atención de enfermería porque es didáctico, que privilegia la productividad del personal de enfermería elevando su pertinencia, estructurando una respuesta educativa a la altura de la contemporaneidad, permitiendo esclarecer el hecho de que, el sistema de habilidades o modos de actuación, de conocimientos esenciales, de valores inherentes a la práctica profesional en salud, encuentra su mayor fortaleza cuando tiene lugar la lógica del propio método de actuación que distingue a la profesión de enfermería.<sup>23</sup>

---

<sup>23</sup> Rivera N, CENAPEM, ISCM-H "un sistema de habilidades para las carreras de ciencia de la salud. La Habana "Comité académico". 1988.



### 5.3.- EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas (Missouri), inició sus estudios de enfermería en 1918 y se graduó en 1921 en la Army School of Nursing de Washington.

En 1966 publicó "La naturaleza de la enfermería", en la que destaca la concepción del receptor de cuidados como un agente de cuidado de la salud, concepto que ha sido retomado por Dorotea Orem. Otorga así a la enfermera un rol complementario, suplementario o en la satisfacción de las 14 necesidades básicas definidas de su modelo, estos son:

Los relacionados con la fisiología en los siguientes puntos:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar por todas las vías corporales.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger ropa adecuada: Vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal, dentro de límites normales adecuando la ropa y modificando el ambiente.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel y relacionadas con la seguridad.
9. Evitar los peligros ambientales y evitar lesiones a otras personas.

Los relacionados con la propia estima:

10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.

De pertenencia:

11. Rendir culto según sus propias creencias.

Y los relacionadas con la auto actualización:

12. Trabajar de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
13. Jugar y participar en actividades recreativas.
14. Aprender a descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a utilizar los medios sanitarios existentes.

La función singular de la enfermería es asistir al individuo, enfermo o no, en la realización de esas actividades que contribuyen a su salud o su recuperación (o a una muerte placentera) y que llevaría el a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.

Describe la relación enfermera/usuario destacando 3 niveles de intervención: como sustituta, como ayudante o como compañera.<sup>24</sup>

Los cuatro conceptos básicos del meta paradigma de enfermería son:

**Persona:** Individuo que requiere asistencia para alcanzar la salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad corporal, física y mental, que esta constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales.

La mente y el cuerpo son inseparables.

Tanto el individuo sano o el enfermo, anhela el estado de independencia, necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana y su supervivencia.

**Entorno:** Relaciones con la propia familia, incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

---

<sup>24</sup> Rivera N, Un sistema de habilidades para las carreras de ciencia de la salud CENAPEM. ISCM-H Comité académico. La Habana ,Cuba. 1988.

**Salud:** Es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Habilidad de la usuaria para realizar sin ayuda los 14 componentes de los cuidados de enfermería. Equipara salud con independencia.

**Enfermedad:** Cuando las 14 necesidades no están satisfechas por la persona debido a la deficiencia de conocimiento, fuerza y voluntad para cubrir, surgen problemas de salud dependientes) que pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico y sociológico.<sup>25</sup>

Según Virginia Henderson las siguientes definiciones nos son útiles de considerar:

**Independencia:** es la consecución de un nivel aceptable de satisfacción de las necesidades de la persona, que adopta en función de su estado, comportamientos apropiados, o que realiza por si misma algunas acciones sin ayuda ajena.

**Dependencia:** Incapacidad de la persona para adoptar comportamientos apropiados o para realizar por si misma, sin ayuda las acciones que le permitirían, en función de su estado alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades.

**Homeostasia:** Equilibrio de los parámetros biológicos frente a las modificaciones del medio exterior.

**Necesidad:** Es una exigencia vital que la persona debe satisfacer a fin de conservar su equilibrio físico, psicológico, social o espiritual y de asegurar su desarrollo.<sup>26</sup>

---

<sup>25</sup> Phaneuf, Margot, 1999, Op, cit, pp. 70

<sup>26</sup> Fernández Ferrín Carmen, et al "El modelo de Henderson y el proceso de atención de enfermería", Ed. Masson, Barcelona 1995 pp. 71,72

**NIVELES DE INDEPENDENCIA.  
SEGUN VIRGINIA HENDERSON.**

INDEPENDENCIA		DEPENDENCIA			
Nivel 0	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5
La persona satisface por si misma sus necesidades de un modo aceptable que permite asegurar su homeostasis. Sigue adecuadamente un tratamiento o utiliza un aparato, un dispositivo de apoyo o una prótesis sin ayuda.	La persona necesita a alguien para que le enseñe como hacer para conservar o recuperar su independencia y asegurar su homeostasis, para asegurarse de que lo hace bien o para que le preste alguna ayuda.	La persona necesita a alguien para seguir adecuadamente un tratamiento o para utilizar un aparato, un dispositivo de apoyo o una prótesis.	La persona debe contar con alguien para realizar las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades o para su tratamiento, pero no puede participar mucho en ello.	La persona debe contar con alguien para realizar las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades o para su tratamiento y apenas puede participar en ello.	La persona debe confiar enteramente en alguien para satisfacer sus necesidades o para aplicar su tratamiento, y no puede de ningún modo participar en ello. <sup>27</sup>

FUENTE: <sup>27</sup>

<sup>27</sup> Phaneuf. Margot, 1999, ob.cit. pp17

Los diagnósticos según Virginia Henderson son un juicio clínico sobre la respuesta física, psicológica, social o espiritual de un individuo (familia o comunidad) a un problema de salud o a una situación vital, para cuya prevención o resolución la enfermera es legalmente responsable de prescribir y realizar una intervención o tratamiento. Es un enunciado del problema real o en potencia de la usuaria que requiere la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo.

**Problema potencial:** Situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

**Problema real:** Situación que existe en el momento actual.

Las funciones de enfermería pueden ser:

**Dependiente:** La práctica de la enfermería incluye la responsabilidad de administrar el tratamiento médico prescrito.

- **Interdependiente:** Se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la salud.
- **Independientes:** Toda aquella acción que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales, son los diagnósticos de enfermería.

Los tipos de diagnósticos pueden ser:

**Real:** Problema (+) etiología, factores causales o contribuyentes (+) s/s.

**Alto riesgo:** Juicio clínico de que un individuo, familia y/o comunidad son muy vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar.

**Potencial:** Estado de salud alterado precedido por el problema (+) etiología, factores contribuyentes.<sup>28</sup>

---

<sup>28</sup> Fernández Ferrin, Op. cit, pp76

El plan de actuación sobre los cuidados enfermeros interdependientes y autónomos, frente a un problema de salud. Contempla problemas, objetivos, y actividades. Aporta especificaciones estandarizadas y/o individualizadas sobre los servicios enfermeros en la práctica clínica.

También se considera una prestación profesional que engloba diferentes actuaciones y actividades enfermeras orientadas a la atención de la cliente. (Servicio de ayuda y suplencia, servicio de educación monitorizada, seguimiento, vigilancia, control, servicio de supervisión y servicio de apoyo).

Las etapas del plan de cuidado son la:

- Prioridad de los cuidados.
- Objetivos del cliente con resultados esperados.
- Actuaciones de enfermería, objetivos de enfermería.
- Documentación y registro.

Patrón de respuesta humana.

- Acción, movimiento, conducta comportamiento o sentimiento que aparece ante un determinado estímulo o situación.

La ejecución implica:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería.
- Dar informe verbales de enfermería.
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

La evaluación es la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud de la usuaria y los resultados esperados. Son la eficacia y efectividad de las actuaciones y la medición de los cambios de la cliente en

relación a los objetivos marcados, como resultado de la intervención enfermera con el fin de establecer correcciones.<sup>29</sup>

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final.<sup>30</sup>

En 1991 publicó el mismo libro con las reflexiones de 25 años después, refiriéndose a la naturaleza de la enfermería dice: Puede que deberíamos aceptar la conclusión de que depende de los recursos del país implicando y de las necesidades de la gente a la que se sirve.

Debe también entender ser capaz de transmitir a los demás tanto oralmente como por escrito las bases que han servido para el diagnóstico y prescribir el tratamiento. Más específicamente debe ser capaz de transmitir a los demás su plan de cuidados de enfermería y sus motivos para seguir este plan en particular.

Las enfermeras detectamos problemas de adaptación a los cambios que se producen en la salud de las personas, pero necesitamos investigar más para dar respuesta a las necesidades de adaptación que se plantean en estas situaciones.

La importancia de las intervenciones radica en las consecuencias de la realización o de la no realización de las mismas que en las propias intervenciones.

La atención de enfermería, va dirigida al individuo, familia y la comunidad.<sup>31</sup>

---

<sup>29</sup> Phaneuf Margot, "Las necesidades fundamentales según el enfoque de Virginia Henderson. en cuidados de enfermería", Ed Mc Graw Hill, Madrid 1993, pp. 17,48

<sup>30</sup> Ibidem. pp. 17,48

<sup>31</sup> A vuela pluma por nuestra historia, Op. Cit. pp. 2

La educación para la salud, debe ser una asignatura transversal en todas las actuaciones de enfermería, según el diagnóstico de enfermería y los objetivos propuestos para con ello poder demostrar nuestra eficacia y cuantificar nuestra contribución a la salud de la población.

Todo ello dará justificación a nuestro trabajo más allá del agradecimiento de usuarios y compañeros.

Dejaremos de ser enfermeras buenas para ser buenas profesionales de la enfermería.<sup>32</sup>

---

<sup>32</sup> "A vuelva a pluma por nuestra historia Op. Cit. pp 3



## 5.4.- RELACIÓN TERAPÉUTICA.

El fundamento de la enfermería es la relación que se establece entre la enfermera y la usuaria. Esta es de tipo profesional y se basa en la confianza y respeto mutuo. Para crear una relación por la cual pueda ayudar a la paciente, la enfermera debe adquirir capacidad de comunicación pues de lo contrario no es posible ningún vínculo.

La comunicación es el proceso por el cual una persona transmite a otros pensamientos, sentimientos e ideas. Es un instrumento para que una persona comprenda a otra, el sujeto acepte a los demás y sea aceptado, transmitir, recibir información, dar y aceptar órdenes, enseñar y aprender.

La enfermera también se comunica con la familia, amigos de la usuaria, los visitantes, otros miembros del personal en el campo de la salud y muchas otras personas durante el día.

### **Elementos básicos de la comunicación:**

**Remitente:** Persona que desea transmitir un mensaje.

**Mensaje:** Pensamiento, sentimiento o idea que el remitente desea comunicar.

**Conducta:** Medio por el cual se transmite un mensaje.

**Destinatario:** Persona que debe captar el mensaje.

**Efecto en el destinatario:** Conducta del sujeto que pone de manifiesto que ha recibido el mensaje.

## **Factores que afectan la comunicación.**

El proceso de la comunicación puede entorpecer en cualquiera de las etapas antes mencionadas.

El bienestar físico del sujeto y su estado emocional afectan la capacidad de comunicación, el nerviosismo, ansiedad, los problemas personales, estado de ánimo, obstaculizan la capacidad de expresarse ya que a menudo ponen trabas a la capacidad de codificar un mensaje claro y transmitirlo.

La persona es capaz de comunicarse a través de gestos y modos no verbales, para poder transmitir mensajes. A veces se transmiten los sentimientos con el aspecto facial del sujeto que pone de manifiesto que esta contento, al cerrar los puños, golpear la mesa o cerrar con fuerza la puerta, comunica enojo en forma tan elocuente como con las palabras. La expresión de los ojos y la cara tensa a menudo permiten saber que la persona está asustada.

Existen 3 conductas básicas por las que nos comunicamos con los demás: en forma verbal, escrita y no verbal.

**Comunicación verbal:** Hablar en forma directa con una persona, frente a frente, lenguaje sencillo y claro que puedan comprender el significado que quieren.

### **Comunicación no verbal:**

- Expresión facial: Comunican sentimientos de alegría, temor, sorpresa, enojo, asco (desden) y tristeza con los músculos faciales.

Las usuarias con rapidez notan la expresión facial de la enfermera y la relacionan con sus propias necesidades y temores. A la inversa la enfermera puede aprender mucho sobre las personas por su expresión facial.

- Postura corporal: La postura erecta y erguida, pone de manifiesto que la persona tiene amor propio y un grado considerable de equilibrio interior.

El sujeto triste, deprimido o que se considera de poca valía por lo regular se agacha o encorva.

El alifio, si la persona se encuentra limpia y aliñada, se deduce que la persona esta orgullosa de su aspecto. La actitud de la cliente en relación a su presentación a menudo permite conocer su estado.

Los gestos desempeñan un papel importante en la transmisión de ideas y sentimientos.

El tono de voz, es adagio que es lo más importante no es lo que se dice sino como se dice.

Se debe crear un medio que permita a las usuarias comunicarse con libertad a través de la cordialidad, aceptación, aprender a escuchar, comprenderlo y mientras más confianza y prestigio inspire una persona, es más probable que los demás acepten su comunicación como válida sin alteraciones.

La respuesta humana es la acción, movimiento, conducta, comportamiento o sentimiento que aparece ante un determinado estímulo o situaciones.<sup>33</sup>

---

<sup>33</sup> Dugas "Tratado de enfermería", tercera edición 1979. Ed. Interamericana, pp. 98,111

## 6.- ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA DE LOS ÓRGANOS GENITALES FEMENINOS.

En este apartado se van a desarrollar varios puntos en cuanto a anatomía y fisiología de los órganos genitales, se revisaron varios autores sin embargo se baso en el libro de Ginecología y Obstetricia.<sup>34</sup>

### **Elementos de anatomía de los órganos genitales.**

El tracto genital está formado por la vulva o. genitales externos y la vagina, el útero, las trompas de Falopio y los ovarios que forman los genitales internos. La vulva está formada por el monte de Venus, los labios mayores, los labios menores, el clítoris, el vestíbulo y el meato de la uretra; el orificio vagina. conocido también como Introito, el himen, los bulbos del vestíbulo y las glándulas de Bartholin.

El monte de Venus es una superficie cubierta de vello en forma triangular en la mujer. Los labios mayores son dos repliegues grasos, cubiertos de piel que tiene numerosas glándulas sebáceas y sudoríparas.

Los labios menores son dos repliegues sin vello, mucosos que se dividen hacia arriba en forma de horqueta y circunscriben al clítoris en su parte profunda, formando hacia arriba el capuchón y hacia abajo el frenillo del mismo.

El clítoris es una pequeña estructura de una pulgada de largo, se divide hacia los lados de los cuerpos cavernosos y el glande también se divide rodeando la vagina en los bulbos vestibulares.

---

<sup>34</sup> Capitulo I de la Asociación de médicos del Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 del IMSS a.C. pp. 1,16

El vestíbulo es la hendidura que se observa cuando se separan los labios menores y comprende hacia arriba el orificio de la uretra y hacia abajo el orificio de la vagina.

El meato de la uretra es una pequeña abertura en la que se abren los conductos de Skene.

El orificio vaginal en la virgen está completamente cerrado por el himen, ésta es una membrana que tiene como función prevenir la entrada de la orina en la vagina en la virgen.

La glándula de Bartholin la función es de excretar moco que lubrica la porción externa de la vagina.

La vagina es una estructura tubular que tiene una porción colocada dentro de la pelvis y una porción colocada en el periné.

La vagina no contiene glándulas, simplemente está formada por una mucosa pero permite la salida del líquido que trasuda a través de sus paredes, este líquido normalmente es ácido e impide que los organismos patógenos invadan la vagina.

Hacia adelante está en relación directa con la uretra y la base de la vejiga. la relación posterior es el cuerpo perineal que la separa del canal anal, en su tercio profundo está en relación con el peritoneo del fondo del saco de Douglas y solamente en su tercio medio contracta con la pared rectal por intermedio del tabique rectovaginal.

El útero está formado por el cuerpo, el cuello y una zona intermedia que es el istmo, el cuerpo tiene el doble de longitud que el cuello aproximadamente en

relación de 5 centímetros a 2.5 centímetros y entre ambos el istmo que tiene una amplitud de 7 mm.

Los ligamentos uterinos son:

- 1.- Los ligamentos cardinales o ligamentos transversos del cuello o ligamentos de Mackenrodt que fijan la parte superior de la vagina, el cuello y el istmo a las paredes de la pelvis a nivel del músculo obturador interno.
- 2.- Hacia atrás los ligamentos útero sacros que van del cerviz hacia atrás rodeando al recto y se fijan en el periostio del sacro.
- 3.- Los ligamentos pubo cervicales en la parte anterior más débiles que van del pubis hacia el cerviz pasando por debajo de la vejiga.
- 4.- Los ligamentos redondos que comienzan en el cuerpo del útero, se dirigen hacia adelante y hacia afuera y penetran en el conducto inguinal, lo atraviesan y terminan en el tejido grasoso de los labios mayores.
- 5.- Los ligamentos útero-ováricos que van también del cuerno uterino hacia atrás para llegar al polo interno del ovario, ayudan a sostener la gónada en su posición normal.

Las trompas de Falopio son dos pequeños tubos a cada lado de los cuernos del útero formados de cuatro partes, la porción intersticial, el istmo, el ámpula y el infundíbulo, las trompas están unidas directamente y forman continuidad con el útero.

Ovarios. - Son dos cuerpos que tienen más o menos tres centímetros de largo por dos de ancho que están unidos a la vertiente posterior del ligamento ancho y que descansan en una pequeña fosa de la pared pélvica conocida como fosita de Krause o de Waldeyer, están adheridos al ligamento ancho por el mesovario. Al útero por el ligamento útero ovárico y a la pared pélvica por el llamado ligamento bulo pélvico. Es el único órgano de la cavidad pélvica que no está cubierto de peritoneo.

El uréter está por lo tanto colocado fuera del peritoneo y que sigue una dirección que en anatomía quirúrgica puede identificarse trazando. Una línea que vaya de la división de la iliaca primitiva a la fosa pararrectal o al ligamento útero sacro, de aquí se dirige hacia la vejiga, colocándose profundamente en el pilar lateral de la misma y la aborda en la porción inferior y lateral.

Recto.-Principia a nivel de la tercera vértebra en el hueco del sacro, y termina a nivel de la punta del cóccix. Hacia adelante está en relación con el fondo del saco de Douglas y la pared vaginal, hacia atrás directamente con el saco y el cóccix.

La musculatura del canal tiene una forma muy especial, cuenta con dos esfínteres; el músculo circular del recto se prolonga hacia abajo rodeando el canal anal, se engruesa y forma el esfínter interno del ano y los músculos perineal se condensan alrededor de estos y forman el esfínter externo.

### **Vasos y nervios de la pelvis.**

Todos los vasos de la pelvis derivan de la arteria hipogástrica o maca interna con excepción de la arteria ovárica que viene de la aorta. La hipogástrica es un vaso ancho más chico que la iliaca externa de unos 4 CMS. de largo Se desprende como rama terminal de la iliaca común en el borde interno del músculo psoas y entra en la pelvis. En su curso atraviesa la articulación sacro iliaco y termina cerca del borde superior de la gran escotadura ciática dividiéndose en 2 grandes troncos: posterior y anterior que suplen el exterior y el interior de la pelvis, respectivamente.

La arteria vesical superior irriga la porción superior de la vejiga. La arteria vesical inferior; la porción inferior y posterior de la vejiga. En el varón da origen a la arteria deferencial que acompaña al deferente hasta el testículo.

La arteria vaginal: Es en realidad la rama terminal de la arteria hipogástrica, desciende a los lados de la vagina y se anastomosa con las ramas ascendentes de la pudenda que van de abajo hacia arriba, la arteria uterina quizás la más importante para nosotros tiene una porción parietal descendente a lo largo del borde posterior de la fosa ovárica y es en esta región donde se le puede aislar y ligar con cierta facilidad.

La rama de la uterina, la ascendente, que sube a lo largo del útero donde forma un cordón, vascular, junto con las venas uterinas asciende serpenteando por el borde del útero. Da origen a las arterias radiales del útero que penetran hasta el endometrio, al fondo del útero, la que va a la trompa; tubaria, la ovárica que va hacia atrás y una que va hacia adelante que es la arteria del ligamento redondo.

La rama ovárica se anastomosa con la arteria ovárica que viene directamente de la aorta, en el seno del ligamento infundíbulo pélvico.

La arteria hemorroidal media corre a lo largo del tallo que forma el ligamento rectal lateral que une al recto con los ligamentos útero-sacos, así pues los vasos de los órganos pélvicos van protegidos por los ligamentos.

### **Linfáticos.**

Los ganglios y los vasos linfáticos de la pelvis ocupan posiciones constantes y siguen el trayecto de las venas porque tienen el mismo origen embriológico. Los ganglios más altos forman un grupo llamado grupo ganglionar de Rosenmüller o ganglio de Cloquet. De este grupo ganglionar parten linfáticos superficiales que van a la arteria iliaca externa.

La arteria iliaca externa, los ganglios de la iliaca interna o hipogástrica y los ganglios de la iliaca primitiva, entre ellos existen numerosas anastomosis y



los vasos eferentes se dirigen hacia arriba, a un grupo de ganglios lumbares que por su posición relacionada con la aorta abdominal se llaman aórticos o preaórticos, retroaórticos y lateroaórticos, los vasos eferentes de estos ganglios terminan en la gran cisterna del conducto torácico enfrente de la segunda vértebra lumbar.

Los vasos linfáticos de los órganos pélvicos, terminan en la arteria hipogástrica y en los ganglios iliacos comunes. El grupo de ganglios de la uretra y de la porción intrapélvica del uréter, se drenan directamente en los ganglios hipo gástricos; los del cervix la mayor parte de la vagina y la vejiga también drenan en los 3 grupos iliacos, sin embargo, en la parte inferior de la vejiga descienden para juntarse con los de la vulva y pasan a los ganglios inguinales superficiales.

### **Nervios de la pelvis**

El sistema neurovegetativo y el sistema somático. El sistema somático está constituido por los nervios que parten del plexo lumbar y del plexo sacro y que van a inervar los músculos de las paredes pélvicas y del periné.

El sistema nervioso neurovegetativo comprende dos sistemas: el tronco simpático y el tronco parasimpático.

El simpático parte del plexo mesentérico que se divide en tres porciones. Una hacia abajo que sigue al sacro y termina en un ganglio llamado coccigio colocado por delante del mismo hueso y dos laterales que van a seguir a los vasos hipogástricos y que se llama plexo hipogástrico. Los plexos pélvicos que reciben el nombre de acuerdo con las vísceras que rodean. El plexo hemorroidal medio sigue el camino de la arteria hemorroidal media y manda y recibe filetes nerviosos del recto. El plexo vesical colocado en la parte lateral de la vejiga, recibe ramos de la propia vejiga de la uretra y de la porción final del uréter.

A los lados del útero y de la vagina está colocado el plexo útero vaginal. El parasimpático alcanza al plexo latero uterino o plexo de Frankenhauser a través de los nervios pélvicos que siguen el ligamento útero sacro y viene desde el plexo esplénico.

Entre los nervios somáticos, nos interesa particularmente el nervio pudendo, que sale de la pelvis a través de la espina ciática y que en obstetricia tiene interés, porque es el nervio que se infiltra para producir la analgesia del periné.

## 7.- PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA.

El modelo de enseñanza aprendizaje del proceso atención de enfermería se considera en función del diagnóstico, tratamiento y ética que distingue a los juicios clínicos en enfermería, debiendo privilegiar la relación entre las habilidades o modos de actuar y los conocimientos esenciales que garanticen la competencia y desempeño profesional correspondiente, lo que desde el punto de vista didáctico tiene que hacerse explícito en las aspiraciones u objetivos que deben ser logrados en el proceso formativo, para conocer la patología de fondo y brindar los cuidados específicos a la usuaria.<sup>35</sup>

### **Concepto.**

Es una enfermedad hipertensiva aguda de la gestación, que ocurre habitualmente en el último trimestre o en el puerperio o de ambos.

El término preeclampsia denota la forma sin convulsiones y coma se denomina eclampsia.<sup>36</sup>

### **Clasificación.**

Según la patología previa, el padecimiento se puede dividir en preeclampsia leve, cuando la usuaria tiene antecedentes positivos de hipertensión arterial crónica. Diabetes Mellitus, o neuropatías previas, la sintomatología se presenta generalmente antes de la semana 34 de embarazo.

En cambio la preeclampsia severa se presenta generalmente después de la semana 34 y la usuaria no tiene los antecedentes antes mencionados.

---

<sup>35</sup> Rivera N. Enfoque psicopedagógico del proceso docente, La Habana: Comité Académico CENAPEM, PCM, ISCM-H, 1988

<sup>36</sup> Asociación de médicos. Op cit, pp313

Clasificación según el comité Americano de la Salud Materna.

1.-Enfermedad hipertensiva aguda del embarazo, cuya aparición debe ser después de la semana 20 de gestación y se divide en:

- a) Preeclampsia leve.
- b) Preeclampsia severa.
- c) Eclampsia.

2.-Enfermedad vascular crónica hipertensiva con embarazo (Hipertensión esencial).

- a) Sin preeclampsia leve agregada, que comprende la hipertensión comprobada antes del embarazo o la hipertensión descubierta durante el embarazo.
- b) Con preeclampsia leve sobre agregada.
- c) Preeclampsia recurrente.
- d) Preeclampsia no clasificada, alrededor del 10% de las mujeres embarazadas desarrollan preeclampsia-eclampsia.
- e) Las primigravidas son afectadas con mayor frecuencia.
- f) La preeclampsia eclampsia no controlada provoca invalidez permanentemente y puede resultar mortal.<sup>37</sup>

### **Etiología.**

La causa es desconocida, la desnutrición particularmente, la ingestión deficiente de proteínas, puede ser un factor muy importante, anemia, deficiencia de ácido fólico.

Entre los factores predisponentes se encuentran los trastornos vasculares y renales, retención de sodio y el embarazo múltiple, el polihidramnios y la macrosomía fetal, también es más frecuente en las usuarias diabéticas.

---

<sup>37</sup> Botella José, et al "Tratado de ginecología", Ed. Interamericana 1993, pp. 519

## 7.1. PREECLAMPSIA.

Se presenta en el último trimestre del embarazo, es más frecuente en las primigestas jóvenes, pero más grave en las primigestas de más edad.

Los datos cardinales son el edema, hipertensión arterial y proteinuria.

- El edema, presencia excesiva de líquido en el espacio extravascular, es el dato que aparece más precozmente, es blando, de predominio vespertino, esta precedido por un aumento excesivo de peso por retención de agua y no guarda un paralelismo exacto con la gravedad del padecimiento.
- Hipertensión arterial, generalmente no es muy alta, para ser diagnosticada, debe estar igual o mayor de 90 mmHg, de diastólica y es más importante la elevación de las cifras diastólicas así como los cambios comparativos de la presión arterial en relación con los niveles de presión previas al embarazo la diastólica menor de 10mm Hg y la sistólica menor de 20mm Hg.
- Proteinuria o albuminuria debe ser mayor de 1g/l de orina. Tiene un aumento progresivo y es francamente paralela a la gravedad del padecimiento.
- A medida que avanza el grado de la preeclampsia, se presentan datos anexos como: cefalea, acúfenos, fosfenos, vértigo, malestar, irritabilidad nerviosa, se deben en parte al edema cerebral; los escotomas cintilantes y el daño visual se originan por edema, hemorragias y desprendimiento de la retina; dolor epigástrico, las náuseas y el hígado doloroso son producidos por la congestión hepática, trombosis del sistema periportal y las hemorragias hepáticas subcapsulares.

Datos de gravedad que aparecen cuando la preeclampsia ya es muy severa, incluye taquiesfigmia, hipotermia, la hemoconcentración, la hipoproteinemia y

---

el dolor en barra epigástrica de Chaussier por distensión de la cápsula de Glisson a nivel hepático

La preeclampsia gravídica es la enfermedad de las teorías, porque no hay ninguna hipótesis que explique de manera total y aceptable la etiología y la fisiología del problema. Las teorías principales son las siguientes:

- a) La sobre distensión uterina.
- b) El aumento de la presión intraabdominal.
- c) La isquemia útero placentaria con liberación de aminopresores.
- d) La alteración en la micro circulación placentaria.
- e) La disminución de la monoaminoxidasa, con el consecutivo aumento de vasopresores.
- f) La alteración del equilibrio renina-angiotensina-aldosterona.

Es necesario recalcar que uno de los factores principales en la fisiopatología toxémica, es la disminución del flujo útero placentario y que dentro de los aspectos más sobresalientes en este padecimiento, destacan los siguientes:

1. La alteración de la función renal a nivel del sistema renina-angiotensina, lo que produce un vaso espasmo generalizado en riñón, cerebro, hígado, corazón y unión útero placentario.
2. Disminución de la circulación a nivel útero placentario con disminución global de la superficie del espacio ínter veloso.
3. Isquemia e hipoxia tisular generalizada con manifestaciones musculares en los órganos de mayor gasto.

Manifestaciones de la preeclampsia:

- a) Dolor epigástrico.
- b) Cefalea intensa.
- c) Alteraciones visuales.

- d) Estupor.
- e) Náuseas y vómito.
- f) Hipertensión arterial superior a 180mm Hg.
- g) Proteinuria progresiva.
- h) Hiperreflexia.
- i) Hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y plaquetopenia.

El inicio del problema lo marca un vaso espasmo arteriolar generalizado de causa desconocida, probablemente por la alteración de la función renal, este vaso espasmo se manifiesta sintomáticamente en casi todos los órganos y sistemas de la economía materna:

Así mismo, aparecen otros cambios fisiopatológicos:

- a) Hipovolemia (Hemoconcentración).
- b) Aumento de la resistencia vascular periférica.
- c) Aumento de la angiotensina II.
- d) Incremento de la noradrenalina.
- e) Disminución de la prostaciclina: Esta es una sustancia vasodilatadora, que produce aumento del flujo sanguíneo y previene la agregación plaquetaria, pues se opone al efecto agregante del tromboxano producido por las plaquetas. Aumento de la actividad adrenérgica.
- f) Disminución del volumen plasmático y disminución del flujo sanguíneo uroplacentario.

Estos cambios fisiopatológicos producirán:

- a) Hipovolemia con retención de sodio y agua.
- b) Alteraciones en la coagulación por disminución de las plaquetas y depósitos de fibrina.
- c) Daño vascular con proteinuria, aumento de la permeabilidad capilar y aparición de edema.
- d) Aumento de la resistencia periférica e hipertensión arterial.

### **Terapéutica en preeclampsia gravídica.**

El tratamiento ideal sería la interrupción del embarazo, ya que el cuadro mejorará con la muerte del producto o su expulsión pero ello estará condicionado a la edad de la gestación y a la severidad del cuadro totémico.

En preeclampsia leve, citar a la usuaria cada 7 días y en caso de no responder al tratamiento ambulatorio se tendrá que hospitalizar, se pone a la embarazada en reposo en decúbito lateral izquierdo durante 3 o 4 horas al día, independientemente del reposo habitual.

Dieta baja en sodio e hiperprotéica, administrar caseinato de calcio 3 veces al día. Evitar el estreñimiento intestinal, mediante la administración de leche de magnesio y proteo lato, laxantes mecánicos.

Vigilar la T/A, curva de peso, diuresis, grado de edema, verificar la presencia o agravación del síndrome vasculoespamódico, control de líquidos.

Explicar a la usuaria los síntomas del agravamiento y alarma como aumento de edema, cefalea, acúfenos, fosfenos, dolor epigástrico, etc. Por lo que respecta al feto, frecuencia cardíaca fetal. Ultraecografía seriada.

Se prescribe una ligera sedación con Diazepan oral 5 mg 3 veces al día.

Uso profiláctico de ácido acetilsalicílico a dosis mínimas para prevenir o disminuir los efectos de la preeclampsia 1mg x Kg. x día.

Una vez que se tiene completa la valoración del binomio materno fetal, se programa la interrupción oportuna del embarazo, no permitiendo que el embarazo rebase las 38 o 40 semanas de gestación, cualesquiera que sean las condiciones obstétricas.



### **Tratamiento terapéutico en preeclampsia severa.**

Lo ideal manejarla en terapia intensiva.

Aislamiento en cuarto oscuro y en silencio.

Manejo mínimo gentil.

Establecer un equilibrio calórico e hídrico por vía parenteral con sol.

Glucosada al 5%.

Administración de diuréticos, barbitúricos y antihipertensivos indicados por el médico.

Instalación de sonda Foley.

Estricto control de líquidos.

Tomas constantes de T/A, PBC.

Vigilancia de la frecuencia cardíaca materno fetal.

Una vez que se ha controlado relativamente el cuadro y completado el estudio y valoración de la usuaria y el producto, se procederá a la interrupción oportuna del embarazo.

## 7.2.- ECLAMPSIA

El término eclampsia significa "relámpago súbito" y es la culminación de la preeclampsia, se caracteriza por la presencia de crisis convulsivas características y estado de coma.

Su incidencia depende de la vigilancia prenatal que haya tenido la usuaria y el manejo correcto de la preeclampsia; las crisis convulsivas son más frecuentes en el curso del trabajo de parto, siendo el pronóstico de esta patología sombrío y muy severo, pues de cada 100 usuarias eclámpicas, 12 fallecerán y que la causa más frecuente en la eclampsia es la hemorragia cerebral.

La crisis convulsiva eclámpica consta de 4 periodos:

1. Periodo de iniciación: En este periodo, la usuaria queda estática, pierde la conciencia, presenta contracciones fibrilares en los músculos de la cara y de los miembros, también en los globos oculares dentro de las órbitas y finalmente quedan desviadas hacia un lado. Tiene dilatadas las pupilas y hay cierta desviación de las comisuras labiales y esto hace que la usuaria tenga una aparente facies satírica, esta fase dura 10 a 10 seg.
2. Fase de contracciones tónicas: En esta fase, la usuaria suspende la respiración y se torna cianótica, hay ingurgitaciones de las venas yugulares, tiene la cabeza desviada hacia un lado; flexiona las extremidades superiores e inferiores, cierra las manos apretando los puños y parece que todos los músculos de su cuerpo entran en una contracción tetánica, que a veces puede llegar hasta el epistótonos, esta fase tiene una duración de 20 a 30 seg.

3. Fase de contracciones clónicas: La usuaria ha reanudado su respiración, pero es ruidosa, estertorosa y disneica, disminuye la cianosis y la presión arterial continúa elevada, el pulso está acelerado y diferentes grupos musculares del cuerpo, empiezan a presentar una serie de contracciones y sacudidas que hacen que la usuaria se agite toda en su cama, esta fase dura de 2 a 3 minutos.

Como se ve, el aspecto que presenta es muy impresionante y esto se acentúa porque, en la fase de contracciones tónicas, la usuaria pudo haberse mordido la lengua y entonces se ve arrojando espuma sanguinolenta por la boca.

4. Estado de coma: La usuaria continúa cianótica, inconsciente, con espuma sanguinolenta por la boca, respiración estertorosa y el pulso acelerado, la presión arterial puede estar más elevada o más baja que la que tenía antes de la crisis convulsiva, tiene las pupilas dilatadas y ausencia de los reflejos. La duración del estado de coma es variable y posteriormente puede sobrevenir otra crisis convulsiva o la muerte de la usuaria. La cantidad de convulsiones es variable, generalmente de 5 a 15 y la recuperación de la usuaria, puede sobrevenir con el parto o con la muerte del producto.

Los reportes del laboratorio en la usuaria ecláptica, se encuentra que los datos de la química sanguínea, dependen del grado de deterioro renal, en el sistema uroexcretor, hay oliguria que puede llegar a la anuria, existe albuminuria importante, cilindruria y a veces hematuria, en la biometría hemática se aprecia hemoconcentración puede haber plaquetopenia, elevación de las enzimas hepáticas y hemólisis. En el equilibrio ácido básico se puede observar acidosis con disminución del poder de combinación del CO<sub>2</sub> y pueden presentarse otros datos de laboratorio en relación con el

grado de severidad de la eclampsia y con las complicaciones que se derivan de ella.

Factores agravantes: El coma prolongado, el pulso mayor de 120 x min., hipertermia por arriba de 39° C., las caídas tensionales bruscas, el edema agudo pulmonar, la oliguria acentuada, la anuria, hematuria y la albúmina mayor de 10g/L de orina.

El diagnóstico diferencial de la crisis convulsiva ecláptica, se debe hacer con las convulsiones de la epilepsia, de la uremia, de la histeria y las lesiones residuales que la eclampsia le puede dejar a la usuaria recuperada, son la amnesia, la psicosis puerperal y las alteraciones neurológicas de diversos tipos.<sup>38</sup>

#### **Tratamiento terapéutico en eclampsia.**

Las medidas terapéuticas son similares pero más intensivas.

La usuaria debe de estar en un cuarto oscuro, en silencio.

**Manejo mínimo.**

Cama con barandales para evitar que se caiga durante una convulsión, debe tener cánula de Guedel o un objeto entre las arcadas para evitar que se muerda la lengua.

Administración de O<sub>2</sub> por medio de las puntas nasales, o si es necesario estar intubada.

Aspiración de las vías aéreas respiratorias superiores.

Sonda vesical a permanencia y control de líquidos.

---

<sup>38</sup> Krupp, Op. Cit. pp. 545,547

Establecer un equilibrio calórico-hídrico por vía parenteral, inicialmente con solución glucosada al 5%.

Administración de barbitúricos, diuréticos y antihipertensivos dependerán del estado clínico y de laboratorio de la usuaria.

Interrupción del embarazo, se programa 6 a 12 horas después de dominadas las crisis convulsivas y la analgesia conveniente, si el trabajo de parto es el bloqueo peridural fraccionado y si la resolución es por vía quirúrgica, lo ideal será anestesia general.

Si en el puerperio, continúan elevadas las cifras de presión arterial, había que practicar estudios de fondo de ojo, función renal, de silueta cardiaca, etc. A fin de descartar alguna patología hipertensiva que no era evidente antes del embarazo.

Diuréticos: Se puede administrar la hidroclorotiazida a dosis de 25-50 mg. Vía oral o por I.V, para promover la diuresis en usuarias edematosas, que no se encuentran en estado de anuria o de oliguria grave. Uso de Furosemide en anuria.

Sedantes: Administrar Fenobarbital al ingreso y mantener sedación moderada hasta que la mejoría se establezca. Se inyecta sulfato de magnesio por vía intravenosa con la frecuencia que sea necesaria.

Pronóstico: La mortalidad en la eclampsia es de 10-15%.

La mayoría de las usuarias mejora notablemente con tratamiento adecuado en 24-48hrs., pero se requiere habitualmente un alumbramiento temprano.

Aunque los niños de madres con Preeclampsia-eclampsia habitualmente son pequeños para su edad de gestación (probablemente debido a la distensión

placentaria), se comportan mejor que los niños prematuros del mismo peso y nacidos de madres que no desarrollaron preeclampsia-eclampsia.

El síndrome de HELLP tiene una mortalidad materna del 47%.<sup>39</sup>

### **7.3.- PREECLAMPSIA SEVERA Y SINDROME DE HELLP.**

La preeclampsia severa y síndrome de Hellp se estudia en este apartado.

Por sus siglas Hellp se refiere a:

H Hemólisis.

EL Enzimas hepáticas elevadas.

LP Plaquetas bajas.

Este síndrome tiene alta mortalidad materna (En el Instituto Nacional de Perinatología de 1989 a 1992 se observó una mortalidad de 47%).

El cuadro comprende, el hallazgo de eritrocitos fragmentados, de bilirrubinemia y deshidrogenasa láctica elevada, además de la elevación de las enzimas hepáticas y plaquetopenia menor de 100,000 células/ml<sup>3</sup> o clínicamente se reconoce porque la usuaria totémica presenta:

Dolor intenso en hipocondrio derecho y el epigastrio, sufre de náuseas, vómitos, cefalea, hipertensión arterial severa, edema y proteinuria.

Desde el punto de vista fisiopatológico, la anemia hemolítica microangiopática se produce por el siguiente mecanismo:

El vaso espasmo intenso a nivel de los vasos, produce daño endotelial marcado con descubrimiento de la membrana basal subyacente, en donde

---

<sup>39</sup> Asociación de médicos. Op cit, pp. 318,327

hay una adherencia creciente de plaquetas, que al ser sustraídas de la circulación general, origina trombocitopenia con hemólisis. Cuando los valores plaquetarios son menores de 80,000 plaquetas por  $MI \times 3$ , se ocasiona un consumo acelerado de fibrina y fibrinógeno con datos de coagulación intravascular diseminada. En el Síndrome de Hellp, el hígado presenta necrosis del parénquima focal y periportal con grandes depósitos de fibrina y fibrinógeno, lo que revela que el hígado es el principal órgano afectado.<sup>40</sup>

#### **Determinaciones de laboratorio.**

Determinar el contenido de proteínas de una muestra de orina de 24 horas hasta el 4 o 5 días después del parto, así como el nitrógeno no proteico, ácido úrico y el contenido y poder de combinación del  $CO_2$ , la determinación de proteínas séricas y electrolitos debe hacerse en forma tan frecuente como lo indique la gravedad y el progreso de la enfermedad.

BH sobre todo de hemoglobina, hematocrito y plaquetas.

EGO, química y proteínas sanguíneas o urocultivo, fibrinógeno, plaquetas, tiempo de protrombina, bilirubina, transaminasas y deshidrogenasa láctica, electrolíticos, ácido láctico y gasometría.

Ultraecsonografías seriada para apreciar el crecimiento del producto y valorar el grado de madurez pulmonar fetal.

Electrocardiograma materno fetal, ultra sonido fetal, ultra sonido de hígado materno.

Rx de Tórax.

---

<sup>40</sup> Danforth Scottco, "Complicaciones del embarazo". Tratado de obstetricia y sintomatologia. 2000. pp. 221,226

## 8.- PROCESO ENFERMERO

Una vez detectado el problema de salud se desarrollaron las fases del proceso atención de enfermería, con la valoración a seguir durante el cuidado de la usuaria en base a los problemas y/o necesidades detectados y a los diagnósticos enfermeros donde se muestran acciones propuestas en los cuidados de enfermería que tienden a favorecer cada uno de los signos y síntomas que presenta la cliente para ayudarla a recuperar, rehabilitar su estado de salud y prevenir la aparición de complicaciones.

Teniendo en cuenta que dichos cuidados son flexibles para la realización de cambios de acuerdo a la evolución y respuesta de la cliente, con la ayuda de todo el equipo multidisciplinario, como lo es el ginecólogo, trabajo social, la dietista, el camillero, la jefe de piso, etc. El personal de enfermería a su cargo y demás personas que laboran en la institución en forma coordinada y estableciendo comunicación con los demás servicios intra-hospitalarios, se tiene como finalidad proporcionar y garantizar a la usuaria un cuidado enfermero de calidad y calidez libre de daño y con el más alto sentido humano, para lo cual se ha diseñado un proceso enfermero con diferentes acciones de enfermería encaminadas a resolver la problemática de la cliente, brindando una vigilancia continua y tratamiento inmediato a través de los tres turnos, matutino, vespertino y nocturno, cuya función vital es que dicho personal de enfermería involucrado en la atención de la usuaria este capacitado y actualizado en el cuidado de la cliente, así mismo como el manejo del equipo de cada unidad médica con el que se le atiende, la aplicación de normas de calidad con autonomía de gestión facultada para actuar de manera resolutiva en la problemática que presenta la usuaria registrando e intercambiando información importante acerca de la continuidad de los cuidados de la cliente.



El plan de cuidados contempla problemas, objetivos, actividades y aporta especificaciones estandarizadas y/o individualizadas sobre los servicios enfermeros en la práctica clínica, se plantea un criterio didáctico para tal empeño considerando la fuerza metodológica que posee el proceso de atención de enfermería, ante un problema interdependiente real o de riesgo incluye el seguimiento, la vigilancia y control continuado para la detección precoz de sintomatología y la colaboración en el tratamiento, iniciando intervenciones autónomas o protocolizadas, siguiendo las indicaciones médicas prescribiendo y ejecutando los cuidados adecuados garantizando la máxima autonomía y bienestar de acuerdo a la respuesta de la cliente.

Por lo anterior el personal de enfermería debe estar actualizado y capacitado para brindar atención oportuna de alta calidad a los usuarios englobando diferentes actuaciones y actividades enfermeras orientadas a la atención de la cliente proporcionando servicios de diagnóstico, servicio de ayuda y suplencia, servicio de educación, servicio de monitorización, seguimiento, vigilancia y control, servicio de supervisión y servicio de apoyo que garanticen intervenciones profesionales en la solución de problemas de salud en el marco de la competencia y desempeño que todo profesional de enfermería debe asumir.

Favoreciendo un proceso educativo al usuario para que adquiera o mantenga conductas de protección a la salud, mediante una comunicación abierta y fluida, poniendo atención a lo que dice la usuaria, como lo dice, el contenido emocional y lo que pudo no decir. Los conocimientos que se transmiten deben responder a las necesidades de la cliente, tomando en cuenta la información que ya tiene, sus experiencias previas y expectativas de vida, dando a conocer los beneficios de su auto cuidado en cuanto a su salud, economía, bienestar familiar, social, etc. Y ser compatibles con sus ideas, valores y normas y con ello acceder a mejorar condiciones de salud.

## 8.1.- DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

### DATOS PERSONALES.

Nombre: G.L D.

Estado civil: casada.

Edad: 25 años.

Religión: católica

Sexo: femenino

Dirección: San Felipe de Jesús.

Municipio: Delegación Gustavo A. Madero México D.F.

Diagnóstico médico: Puerperio inmediato post-quirúrgico más preeclampsia leve.

Se trata de usuaria femenina de 25 años de edad, con los siguientes antecedentes heredo familiares, cuenta con abuela materna con diabetes mellitus tipo 2 y tío materno con hipertensión arterial sistémica.

Con respecto a sus antecedentes personales no patológicos encontramos que nació en la Ciudad de México D.F el 14 de Abril de 1978, estado civil casada de religión católica, teniendo una escolaridad de Licenciatura en negocios internacionales, cuenta con su cuadro de vacunación completo, tipo de relación sexual heterosexual y número de parejas sexuales una.

Hábitos higiénicos buenos, baño de regadera con cambio completo de ropa, buenos hábitos alimenticios, cuenta con casa propia sala comedor, 2 recamaras, un baño completo, cocina, se encuentra con buena ventilación. Consta su casa de 5 ventanas grandes, la casa esta construida de tabique y cuenta con todos los servicios intradomiciliarios.

La aportación económica es compartida con el esposo que cuenta con 33 años de edad, familia en expansión con buenas relaciones interpersonales y buena comunicación.

## **ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS.**

Femenina de 25 años de edad, no padece de ninguna enfermedad de tipo crónico degenerativa, alérgicos, parasitarios, fímicos, epilépticos, transfuncionales, traumáticos e infecciosos negados.

## **PADECIMIENTO ACTUAL.**

Se trata de usuaria primigesta cursando puerperio inmediato post-quirúrgico por cesárea tipo Kerr, por embarazo de 38 semanas de gestación más preeclampsia leve. A la exploración física de encuentra, usuaria con edad aparente a la cronológica, consciente orientada, con regular estado hídrico, bien constituida con movimientos normales.

Cabeza: normocefala pelo bien implantado, nariz chata, ojos simétricos con leve dilatación pupilar, mucosa oral en regular estado de hidratación, refiere cefalea, acufenos y fosfenos.

Cuello: con tiroides normal.

Aparato cardiovascular: presión arterial de 160/100mm Hg., refiere ligera opresión en el pecho.

Aparato respiratorio: refiere falta de aire, frecuencia respiratoria de 18 a 20 por minuto, coloración normal, con mamas congestionadas, con presencia de tubérculos de Montgomery, pezón formado, con presencia de red venosa y areola secundaria.

Abdomen: con herida quirúrgica limpia seca, sin datos de infección, dolorosa a la palpación, no datos de irritación peritoneal, con abdomen globoso, con fondo de útero a nivel de cicatriz umbilical blando depresible, se palpa globo de pinar, con peristalsis disminuida.

Columna vertebral: Con ligera alteración del contorno de la alineación de la continuidad de la columna vertebral por punción de la raquia y por el desplazamiento que presento durante el embarazo.

Genitales externos la vagina y el periné se encuentran ligeramente edematizados con aumento de la hiperpigmentación y con presencia de loquios hemáticos abundantes con pequeños coágulos, pero dentro de los límites normales.

Aparto urinario: oliguria con orina de 55 ml. En 2 horas y concentrada.

Extremidades superiores: con venoclisis permeable en miembro superior derecho y ambos brazos con edema y multipuncionada.

Extremidades inferiores con reflejo osteotendinoso aumentados (+), edema (+++).

Sistema nervioso: se muestra angustiada y nerviosa por su estado de salud y la de su recién nacido.

#### **INDICACIONES MÉDICAS.**

- Dieta líquida por la mañana.
- Cuidados generales de enfermería.
- Signos vitales por turno.
- Toma de TA cada 4 horas.
- Continúa esquema de soluciones, al término solución glucosada al 5% de 1000 cc para 24 horas.
- Albúmina un frasco IV cada 8 horas para dos horas.
- AMD 500 mg vía oral cada 8 horas.
- Hidralasina 50 mg vía oral cada 6 horas.
- Alopurinol 150 mg vía oral cada 12 horas.

- Control estricto de líquidos.
- Cuidados de herida quirúrgica.
- Cuidados de sonda Foley.
- Reportar eventualidades.

Penicilina sódica cristalina 5 millones c/4 hrs.

Dipirona 50 mg. I.V c/8 hrs.

## 8.2.- PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El siguiente plan de atención de enfermería se adaptó como modelo conceptual en base a las 14 necesidades de Virginia Henderson, en el que se desglosa cada etapa e integración de la planeación de los cuidados, con gran responsabilidad por parte de la enfermera frente a las necesidades y/o problemas del usuario, para ayudarlo a evolucionar en forma satisfactoria hacia un mayor bienestar e independencia.

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** Alteración de la comunicación relacionado al peligro inminente al estado de salud manifestado por angustia, ansiedad, nerviosismo, desconcierto y expresión verbal de miedo.<sup>41</sup>

Necesidad dependiente	Fuentes de la dificultad	Nivel y grado de dependencia	Prioridad
<ul style="list-style-type: none"><li>• De evitar peligros.</li><li>• Necesidad de comunicarse.</li><li>• Seguridad y protección.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Falta de conocimiento de su enfermedad, por lo tanto miedo a lo desconocido.</li><li>• Falta de fuerza, vértigos, cefalea y ataque a su estado general.</li></ul>	Temporal grado 3	Alta.

### OBJETIVO:

- Establecer algún modo de comunicación funcional y animar a la verbalización cuando sea posible.
- Tratar de tranquilizar al usuario por medio de la comunicación y explicar todo lo que se le va a realizar.

<sup>41</sup> NANDA Diagnósticos enfermeros, 2003-2004 pp.22.

## **CUIDADOS:**

1.- Conversar con la usuaria a fin de tranquilizarla, escucharla, orientarla con el objetivo de ayudarle a resolver sus dudas.

2.- Crear un entorno agradable para que perciba que esta en buenas manos disminuir ruidos, presentarse con el cliente, mostrarse acogedora.

3.-La comunicación que se establezca con el cliente es de suma importancia para el desarrollo e implementación del proceso enfermero, ante cualquier procedimiento a realizar se le debe explicar y orientar al usuario a fin de reducir su estado de estrés o agitación y cuando sea necesario realizar algún procedimiento o prestar cuidados y si esta dormido hay que esperar a que este despierto o si es preciso, despertarlo suavemente hablando con ella antes de tocarlo, se deben eliminar ruidos innecesarios como conversaciones en voz alta cerca del cliente, radios, responder, rápidamente a las alarmas de los equipos, reducir el sonido de los teléfonos e intercomunicadores, cerrar suavemente las puertas, reducir las luces por determinados períodos para promover un ambiente agradable.

4.- Orientarla e incentivar la participación del cliente en su auto cuidado. Al captar la atención del cliente disminuimos su incertidumbre y confusión, a través de una conversación amigable para que pueda expresar sus necesidades y/o problemas.

5.- Vigilar y reportar el estado general del cliente toma, registro y valoración de sus signos vitales cuantas veces sea necesario.

6.- Transmitir seguridad al usuario con el fin de que confíe en su tratamiento.

## **EVALUACIÓN:**

Aún se encuentra ansiosa. Todavía le cuesta un poco tranquilizarse, objetivo en vías de conseguirse a perseguir

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** Alteración de la oxigenación relacionada con el aumento de presión arterial manifestado por dolor de cabeza, acufenos, fosfenos y perfusión tisular inefectiva.<sup>42</sup>

Necesidad Dependiente.	Fuente de la Dificultad.	Nivel y grado de dependencia	Prioridad
* Necesidad de oxigenación.	* Dificultad a nivel circulatorio por vaso espasmo arteriolar que produce un aumento de la resistencia vascular periférica, manifestada por tensión arterial aumentada, 160/110 mm Hg.	* Temporal grado 5	* Alta

**OBJETIVO:**

- Reducir gradualmente la tensión arterial del usuario y prevenir la implicación de múltiples órganos.

**CUIDADOS:**

1.-Registro, monitorización de signos vitales cada 2 horas y curva de tensión arterial, para detectar posibles problemas como hipertensión, cifras mayores de 130/90 mm Hg, o hipotensión arterial ante el antecedente de preclampsia y a la administración de antihipertensivos.

2.- Administración y ministración de antihipertensivos, según indicaciones médicas, AMD 500 mg vía oral cada 8 horas, la cual actúa como un falso neurotransmisor desplazando noradrenalina, el principal vaso constrictor de los vasos sanguíneos.

---

<sup>42</sup> Ibidem pp. 166.



Hidralasina 50 mg. vía oral cada 6 horas, es una droga antihipertensiva, moderadamente activa, además que se considera un vaso constrictor arterial directo que produce una descarga simpática secundaria mediada por barro receptores que normalizan la tensión arterial

3.- Vigilar estrechamente a la cliente para detectar, prevenir y atender efectos secundarios que la cliente pudiera manifestar y tener.

4.- Enseñar a la cliente a relajarse, para reducir el estrés y así ayudar a reducir la tensión arterial.

5.- Indicar a la cliente que nos informe de cualquier eventualidad e irregularidad que presente como: cefalea intensa, acufenos, fosfenos, vértigos náuseas y vómitos.

**EVALUACIÓN:** La sintomatología va disminuyendo paulatinamente, se muestra más relajada.

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** Patrón respiratorio ineficaz, relacionado a una hipoventilación manifestada por falta de aliento, disnea y opresión torácica.<sup>43</sup>

Necesidad dependiente	Fuente de la dificultad	Nivel y grado de dependencia.	Prioridad
* Necesidad de oxigenación.	* Dificultad a nivel circulatorio y respiratorio, por isquemia e hipoxia tisular generalizada, con manifestación en los órganos de mayor gasto del usuario.	* Temporal grado 4	* Alta

**OBJETIVO:**

- Favorecer la oxigenación durante la fase aguda de la enfermedad, proporcionando una óptima entrada y salida de aire en los pulmones del usuario, para mejorar sus condiciones respiratorias.

**CUIDADOS:**

- 1.- Colocación de puntas nasales con oxígeno a 3 litros por minuto.
- 2.- Enseñar al usuario a respirar adecuadamente para favorecer una buena oxigenación.
- 3.- Monitorizar registrar signos y síntomas de insuficiencia respiratoria, llenado capilar, frecuencia respiratoria y frecuencia cardiaca.
- 4.- Cambios posturales, posición de semifowler para ayudar a favorecer una buena respiración.
- 5.- registro y toma de signos vitales.

---

<sup>43</sup> Ibidem pp.-163

**EVALUACIÓN:**

Mejora su oxigenación con la administración y ministración de oxígeno y reduce su sintomatología.

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** Deterioro de la eliminación urinaria, relacionada al mal funcionamiento glomerular, manifestado por edema, oliguria y proteinuria.<sup>44</sup>

Necesidad dependiente	Fuente de la dificultad	Nivel y grado de dependencia	Prioridad.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Necesidad de eliminación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dificultad en la alteración del equilibrio renina-angiotensina-aldosterona a nivel renal manifestado por hipovolemia con retención de sodio y agua por lo tanto edema, proteinuria y oliguria.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Temporal grado 5.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alta.</li> </ul>

**OBJETIVO:**

- Ayudar a mantener un control de eliminación urinario a través de una sonda vesical.

**CUIDADOS:**

- 1.- Informar al usuario del procedimiento que se le a realizar instalación de sonda foley con técnica aséptica.
- 2.- Registrar características y cuantificar cantidad de orina drenada.
- 3.- Toma de productos de laboratorio como examen general de orina, roturarlo y enviarlo al laboratorio.
- 4.- Toma y registro de bililabstix, Ph 8, proteínas 50, sangre 100, bilirrubinas (+++), glucosa 50, cetona negativo.

<sup>44</sup> Ibidem. pp. 86.

5.- Verificar funcionamiento y permeabilidad de sonda foley.

### **EVALUACIÓN:**

Con el cateterismo vesical se ayuda a eliminar la orina contenida en la vejiga y se envía a laboratorio, para la cuantificación de azoados (nitrógeno no proteico, ácido úrico, proteínas, etc.), para constatar el progreso o retroceso de la enfermedad.

La prueba de depuración ureica se realiza para valorar la capacidad de los riñones para eliminar varias sustancias del plasma. La depuración ureica normal es de 60 a 90 ml de plasma por minuto, un valor inferior a 60 ml indica reducción de la función renal.

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** Alteración de la eliminación vesical por exceso de volumen de líquido, relacionado a la falla del mecanismo regulador del riñón, manifestado por edema generalizado y aumento de la presión arterial.<sup>45</sup>

Necesidad dependiente.	Fuente de dificultad.	Nivel y grado de dependencia.	Prioridad.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Necesidad de eliminación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Daño renal a nivel vascular con proteinuria, aumento de la permeabilidad capilar y aparición de edema por retención de sodio y agua.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Grado 4.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alta.</li> </ul>

**OBJETIVO:**

- Evitar sobrecarga de líquidos, llevando un control estricto de ingresos y egresos.

**CUIDADOS:**

1.- Llevar un control estricto de líquidos, medición, registro y características de los ingresos y egresos.

2.- Peso diario de la cliente, para evaluación del aumento de peso, monitorización de la retención hídrica.

3.- Administración y ministración de diuréticos, albúmina un frasco cada 8 horas para dos horas. Las proteínas plasmáticas sirven para mantener la presión coloidosmótica del plasma y la albúmina es la que ejerce la mayor acción por tener el menor peso molecular, que atraviesa las paredes de los capilares de los vasos sanguíneos ayudando a la excreción de agua y por lo

<sup>45</sup> Ibidem pp.217.

tanto a disminuir el edema, ya que los líquidos fluyen de un área de mayor presión a otra de menor presión y el volumen que fluye guarda relación directa con el gradiente de presiones.

4.- Controlar y vigilar la administración y ministración de líquidos parenterales en relación con la cantidad, tipo de solución, velocidad del flujo y con la hora en que deben ministrarse, con el objetivo básico de evitar sobrecarga de líquidos para ayudar a reestablecer el equilibrio homeostático que ha sido alterado.

5.- Verificar llenado capilar de miembros inferiores, coloración, temperatura y pulso para detectar complicaciones.

6.- Toma de muestras de laboratorio, muestras urinarias de 24 horas, examen general de orina, urocultivo, rotularlas y enviarlas a laboratorio.

#### **EVALUACIÓN:**

Con la ministración de diuréticos se observa que existe un mayor eliminación (600 cc) aproximadamente de orina, la cual es muy concentrada y turbia. Se recolecta orina de 24 horas en un galón para enviarla a laboratorio, para valorar y corroborar la eficiencia del tratamiento, para limitar el daño y restablecer la función normal del organismo.

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** Alteración de la nutrición y equilibrio hídrico relacionado a proceso post-quirúrgico.<sup>46</sup>

Necesidad dependiente.	Fuente de la dificultad.	Nivel y grado de dependencia.	Prioridad.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• De nutrición e hidratación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayuno por dos días, en lo que se restablece el peristaltismo intestinal y se desintoxica el organismo de la anestesia aplicada en la intervención quirúrgica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Temporal grado 2.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Media.</li> </ul>

**OBJETIVO:**

- Ayudar al cliente a conservar y recuperar su estado nutricional y equilibrio hidroelectrolítico óptimo para el buen funcionamiento del organismo.

**CUIDADOS:**

1. Control de líquido riguroso, para ayudar a vigilar la función renal.
2. Verificar la glucemia periférica y cuando sea necesario notificar al médico si el nivel fuese menor de 70 mg. O mayor de 140 mg. Ya que el mantenimiento de glucosa en sangre es fundamental para las funciones orgánicas vitales, ya que a causa del procedimiento quirúrgico, la anestesia y el estrés, es común un desequilibrio electrolítico y de la glucosa.

---

<sup>46</sup> Op. cit. pp. 152.



3. Vigilar y observar sitio de la infusión intravenosa y el goteo, para asegurar la hidratación, los niveles de glucosa y el acceso para la administración de medicamentos.
4. Tomar registros, verificar los signos vitales, para detectar y prevenir complicaciones.
5. Mantener a la cliente en ayuno, manteniendo el aporte calórico adecuada por vía intravenosa, según prescripción médica.
6. Vigilar, registrar presencia de motilidad intestinal y presencia de gases.
7. Iniciar la nutrición enteral u oral de acuerdo con la orden médica para promover la nutrición, que ayudará al proceso de cicatrización.

#### **EVALUACIÓN:**

Se encuentra a la usuaria hidratada, tegumentos con ligera palidez, refiere sensación de edema y abdomen distendido.

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** Riesgo de infección relacionado a métodos invasivos.<sup>47</sup>

Necesidad dependiente.	Fuente de la dificultad.	Nivel y grado de dependencia.	Prioridad.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidad de evitar peligros.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Debido a la intervención quirúrgica cesárea tipo Kerr, cursando puerperio post-quirúrgico, más preclampsia leve.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Temporal grado 3.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medio.</li> </ul>

**OBJETIVO:**

- Protegerla de causas externas de enfermedad, implementando medidas de asepsia y antisepsia adecuadas.

**CUIDADOS:**

- 1.- Verificar y vigilar características de la herida quirúrgica, coloración de la piel, temperatura, presencia de sangrado o líquido.
- 2.- Proteger la herida quirúrgica con apósito estéril y cambiarlo cuantas veces sea necesario.
- 3.- Mantenerla en reposo relativo de acuerdo a condiciones físicas y biológicas del cliente.
- 4.- Toma de signos vitales y registro de los mismos.
- 5.- Administración y ministración de antibióticos preescritos como medida profiláctica para prevenir infecciones. Penicilina sódica cristalina 5 millones cada 4 horas, debido a la presencia del cuadro clínico y de los factores de

<sup>47</sup> Ibidem pp. 116.

riesgo relacionada a métodos invasivos como herida quirúrgica por cesárea e instalación de sonda foley, se recomienda utilizar antibiótico de amplio espectro que cubra las bacterias Gram positivas y Gram negativas como los antibióticos a base de penicilina y aminoglucósidos.

6.- Corroborar presencia de peristaltismo y buen funcionamiento intestinal.

7.- Evitar esfuerzos excesivos de la usuaria, que pueden producir una dehiscencia de herida quirúrgica.

8.- Vendaje abdominal para proporcionarle soporte muscular al abdomen para ayudar a favorecer una buena de ambulación.

#### **EVALUACIÓN:**

La herida quirúrgica se encuentra limpia y seca sin datos de infección y existe buen peristaltismo intestinal

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** Alteración en la eliminación vaginal debido al aumento de volumen de líquido hemático, relacionado a involución uterina, manifestado por la cantidad de sangrado transvaginal, loquios y entuertos.<sup>48</sup>

Necesidad dependiente	Fuente de la dificultad.	Nivel y grado de dependencia	Prioridad.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Necesidad de eliminación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Depende de la contracción uterina la cantidad de sangre que emana de los vasos sanguíneos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Temporal grado 2.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Media.</li> </ul>

**OBJETIVO:**

- Detectar signos y síntomas de alarma para evitar hemorragias a atonía uterina.

**CUIDADOS:**

- 1.- Vigilar y registrar características de los loquios, cantidad, color y consistencia, para detectar oportunamente hemorragias.
- 2.- Registrar vigilar y palpar fondo uterino para detectar globo de seguridad de pinar, para corroborar involución uterina.
- 3.-Administración y ministración de soluciones parenterales con oxitócica, para favorecer la contractilidad uterina.
- 4.- Orientar al cliente que los 2 a 4 primeros días los loquios son francamente hemáticos, de 5 a 8 días serohematicos y de 9 a 40 días posteriores son serosos.

<sup>48</sup> Ibidem pp. 215

**EVALUACIÓN:**

Los loquios durante las primeras horas son abundantes de color rojo y con pequeños coágulos que se desprenden más fácilmente al movimiento de la usuaria, pero dentro de los límites normales.

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** Alteración en la movilidad relacionado con la herida quirúrgica, manifestada por gesto facial agitada, gemidos e irritabilidad, dolor agudo desagradable ocasionado por una lesión tisular,<sup>49</sup>

Necesidad dependiente.	Fuente de la dificultad.	Nivel de dependencia.	Prioridad.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidad de moverse y mantener una buena postura.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antecedentes de intervención quirúrgica y estimulación de las terminaciones nerviosas sensitivas de la piel.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Temporal grado 3.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Media.</li> </ul>

**OBJETIVO:**

- Disminuir el dolor del cliente y proporcionar un entorno agradable.

**CUIDADOS:**

- 1.- Registro y toma de signos vitales.
- 2.- Administración y ministración de analgésicos prescritos por razón necesaria, dipirona por vía intravenosa previa toma de su tensión arterial 110/70 mm Hg para evitar hipotensión, ya que dicho analgésico ejerce efectos terapéuticos rápidos y sostenido actuando sobre el sistema nervioso central y periférico por impregnación de los alorreceptores a nivel central sobre la sinapsis de la cadena neuronal trasmisora del dolor y sobre el tálamo en donde eleva el umbral de la percepción dolorosa.
- 3.- Mantener el cuerpo alineado contribuye a disminuir el dolor.

---

<sup>49</sup> Ibidem pp. 82

4.- Favorecer una deambulación temprana para ayudar a restablecer el peristaltismo y la eliminación de coágulos, con esta deambulación se ayuda a reforzar los músculos abdominales, para una pronta cicatrización.

#### **EVALUACIÓN:**

Va disminuyendo el dolor paulatinamente, refiere sentirse con fuerzas para empezar a deambular.

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** Lactancia ineficaz relacionada a la prematuridad e inestabilidad del recién nacido, manifestada por congestión mamaria y dolor<sup>50</sup>.

Necesidad dependiente.	Fuente de la dificultad.	Nivel y grado de dependencia.	Prioridad.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidad de eliminación.</li> <li>• Necesidad de aprendizaje.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante el puerperio existe mayor secreción de prolactina, que estimula la secreción láctea en las glándulas mamarias de la mujer.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Temporal grado 2.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Media.</li> </ul>

**OBJETIVO:**

- Disminuir el congestiónamiento de mamas y mantener la producción de leche, para beneficio del recién nacido prematuro.

**CUIDADOS:**

1.- Registro y toma de signos vitales.

2.- Exploración física de las mamas, verificar si esta formado el pezón y guiarla en como resolver el problema.

3.- Orientarla sobre las ventajas de la lactancia materna, le da cariño, protección y amor al recién nacido.

Disminuye el sangrado después del parto, baja más rápido de peso, es fácil y cómodo, siempre esta limpia y a la temperatura ideal la leche cuando el niño la necesita.

---

<sup>50</sup> Ibidem pp. 127



Al recién nacido le da defensas contra enfermedades de tipo infeccioso y alérgico, tiene sustancias nutritivas, es de fácil digestión y su organismo la aprovecha mejor que ningún otro alimento.

4.- El baño diario es suficiente para amamantar al bebé, lavarse las manos con agua y jabón, estar cómoda, no arrojar demasiado al bebé para que no se duerma.

Sentada en una silla, con la espalda recta acune al niño sobre el brazo con la cabeza ala altura del codo, las piernas o las nalguitas en la mano del mismo brazo, la cara frente al pecho y el abdomen del bebé frente al suyo, sostener el pecho con la otra mano formando una letra "C" con los dedos, para no obstruir los conductos de la leche y dirigir fácilmente el pecho. Con el pezón tocar el labio inferior del bebé y cuando abra grande la boca acerque al niño a usted y no al revés para que tome mejor el pezón.

5.- La posición de balón, coloque el cuerpo del bebé debajo de su axila, con su abdomen pegado a sus costillas, sostenga la cabeza con la mano y cuerpo con el brazo del mismo lado.

Acostada de lado, con el cuerpo del bebé junto a su cuerpo y abdomen con abdomen, ofrezca el pecho del lado en que está acostada y con la mano libre, en forma de "C" tome el pecho, con el brazo que queda abajo apoye su cabeza o acune al bebé.

6.- El bebé debe tomar el pezón y la mayor parte de la areola, la barbilla y la nariz deben estar abiertos, si la succión es correcta no causa dolor y al final el pezón se mantiene redondo.

Para retirar al bebé introduzca su dedo en la comisura de la boca para que el pezón se deslice suavemente.

Dar el pecho cada vez que lo pida (a libre demanda), como mínimo 8 tetadas. Ofrezca cada vez los dos pechos por un tiempo aproximado de 10 a 15 minutos, hasta que sienta que quedan vacíos.

La leche contiene toda el agua que el bebé necesita, no le de otros líquidos. Al terminar de dar de comer, aplique una gota de su leche sobre cada pezón y permita que se sequen al aire.

Si el bebé no despierta, estimularlo a que lo haga.

Lactancia exclusiva de 4 a 6 meses.

#### 7.-Extracción manual.

Baño diario, uñas cortas sin barniz, no usar anillos, pulseras, etc. Cabello recogido, lavarse las manos con agua y jabón, tener un recipiente hervido con tapa y etiquetado con la fecha y hora de extracción.

Estimular con las llemas de los dedos en la parte superior del seno y oprima hacia las costillas con movimientos circulares en un mismo punto, después de unos segundos pase a otra área y continúe con el masaje circular como siguiendo un espiral alrededor del pecho, hasta llegar a la areola.

Frote con la palma de la mano desde la parte superior del pecho hasta la areola, repita este procedimiento en toda la superficie del pecho, desde la base hasta la areola, sacuda suavemente los pechos inclinándose hacia delante, coloque sus dedos en forma de letra "C" a 3 cm. Del pezón, presione hacia el tórax, gire hacia delante como imprimiendo sus huellas digitales en una hoja de papel, el movimiento giratorio oprime y vacía los pechos sin maltratarlos. Repita en forma rítmica cambiando la posición de los dedos alrededor de la areola, para vaciar totalmente los senos.

Desechar los primeros chorros de la leche de cada lado.

En un lugar fresco la leche materna se conserva una hora y en refrigeración hasta 48 hrs. Para dar la leche al bebé se entibia en baño maría, no debe calentarse, si se refrigera se saca una hora antes de usarla y se entibia en baño maría.

8- Orientarla sobre el funcionamiento del banco de leche existente en el hospital.

9- Orientarla sobre la hora de visita a su recién nacido.

10.- Ayudarla a resolver sus dudas o canalizarla con el personal adecuado para orientarla.

#### **EVALUACIÓN:**

Con la extracción manual de leche poco a poco se van descongestionando las mamas y disminuye paulatinamente el dolor, aprende con un muñeco las posiciones existentes para la lactancia materna, la usuaria se encuentra entusiasmada y anhela tener a su bebé en sus brazos.

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** Alteración de la higiene corporal, relacionada con la integridad de piel manifestada por métodos invasivos e incapacidad de lavar total o parcialmente el cuerpo.<sup>51</sup>

Necesidad dependiente.	Fuente de la dificultad	Nivel y grado de dependencia.	Prioridad.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• De higiene y protección de la piel.</li>   <li>• De evitar peligros.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Herida quirúrgica que conlleva lesión de los tejidos corporales y proceso de inflamación.</li>   <li>• Métodos invasivos como Sonda foley,(S.F) e instalación de venoclisis o catéter venoso, debido a que la integridad de la piel y mucosas son la primer línea de defensa del organismo contra la invasión de agentes infecciosos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Temporal grado 3</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alta.</li> </ul>

**OBJETIVO:**

- Prevenir la aparición de infecciones en la herida quirúrgica (H.Q).
- Asegurar la comodidad, seguridad y bienestar de la cliente cuando se toman precauciones contra los riesgos de infección.

---

<sup>51</sup> Op. Cit. pp. .30

## **CUIDADOS:**

1. Observar, vigilar, registrar las características de la H. Q. para detectar sangrado o drenaje en el sitio de la incisión quirúrgica y cambio de apósito.
2. Verificar, vigilar, registrar funcionamiento de la S.F. e inspeccionar fugas de la misma, anotar cantidad, características de lo drenado.
3. Toma de S.V. para control y evolución de los parámetros vitales.
4. Vigilar características de los loquios, cantidad, coloración y consistencia para detectar hemorragias.
5. Aseo vulvar para ayudar y proporcionar la comodidad de la usuaria y prevenir infecciones ya que la limpieza de la piel procura efectos estéticos y antimicrobianos por presencia de sangrado transvaginal y S.F.
6. Ayudarla a bañarse en la regadera si ya puede deambular, vigilar características de H.Q. o baño de esponja en caso necesario, lavar perfectamente la H.Q. en caso necesario curación de la misma con medidas asépticas, y soluciones antisépticas, secarlas perfectamente ya que la humedad facilita el crecimiento de gérmenes.
7. Vendar a la cliente para brindar seguridad en sus tejidos abdominales.
8. Educar, orientar a la usuaria y familiares sobre el uso de jabón neutro y de que un baño diario en regadera es más que suficiente para la prevención de infecciones, indicar y dar a conocer s/s de alarma, como lo es la presencia de H.Q. roja, aumento de temperatura del sitio y temperatura corporal, salida de líquido, que se reviente un punto, comezón desmedida, presencia de sangrado anormal de la H.Q.

---

<sup>31</sup> Op. Cit. pp. 30

9. Evitar el uso de cremas o pomadas en la H.Q. a menos que sean indicadas por orden médica.

**EVALUACIÓN:**

Se promovió la interacción de los familiares cercanos a la cliente y a ella misma sobre sus cuidados generales y se respondió a sus preguntas permitiendo expresar su ansiedad y celos con su estado general.

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** Alteración de sus creencias y valores relacionadas a su estilo de vida manifestado por su deseo de reforzar la paz, la esperanza, la alegría y el amor para mejorar su bienestar espiritual.

Necesidad dependiente	Fuente de la dificultad.	Nivel y grado de dependencia.	Prioridad.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidad de vivir según sus creencias y valores.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteración en su equilibrio emocional por la resistencia al cambio en cuanto a su forma de vida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Temporal grado 5.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alta.</li> </ul>

**OBJETIVO:**

- Lograr cambios contractivos en relación con la función cognoscitiva y las actitudes, opiniones y creencias para su bienestar emocional.

**CUIDADOS:**

1. Escuchar las relaciones entre las creencias espirituales y la enfermedad, cuando la religiosidad se desarrolla, da esperanzas y reduce la ansiedad relacionada muchas veces con el futuro o desconocido.
2. Ayudar a la cliente a satisfacer su necesidad espiritual, leyendo la Biblia si lo desea, participar en alguna oración, o clamando al sacerdote o pastor, capellán, etc.
3. Proporcionar un ambiente tranquilo libre de ruido para que pueda orar, meditar en paz.
4. Proporcionar un contacto comunicativo con otras personas que le ayuden a reestablecer su paz espiritual.

5. Incluir en la planeación de su auto cuidado tanto a la cliente como a su esposo y familiares más allegados a ellos en forma directa o indirecta en la atención de la cliente para formar y crear procedimientos que promuevan su desarrollo personal.
6. Tratar de resolver sus dudas o en su defecto canalizarlos con la persona adecuada para aliviar el estrés.

#### **EVALUACIÓN:**

La cliente se siente con mayor tranquilidad y expresa que es una bendición ser madre y esta dispuesta a aprender para modificar su estilo de vida.



## 9.- PLAN DE ALTA HOSPITALARIA.

Es de suma importancia proporcionar recomendaciones y sugerencias a la pareja, sobre todo cuando están en etapa de expansión, con el fin de aclarar sus dudas y ansiedades manifestadas, con el objeto de implementar acciones de auto cuidado dentro de su núcleo familiar, para contribuir a restablecer y equilibrar el estado de salud del cliente como de su recién nacido con la ayuda de su esposo, familiares cercanos y del equipo multidisciplinario. Las principales intervenciones son:

### EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

Contribuir con la usuaria a asumir la responsabilidad de su auto cuidado y actividades de la vida diaria.

- Debe acudir a su control médico para ella con su médico familiar para que retire los puntos de la herida quirúrgica y lleve un control de la remisión de su insuficiencia renal por la patología de fondo que presento.
- Debe llevar un control de crecimiento y desarrollo de su recién nacido cada 6 meses así mismo control de su cartilla de vacunación correspondiente con la edad de su recién nacido.
- Hablar acerca de importancia de la lactancia materna. Tiene las sustancias nutritivas ideales para el recién nacido, es de fácil digestión y su organismo la aprovecha mejor que ningún otro alimento. Le da defensas contra enfermedades comunes, principalmente de tipo infeccioso y alérgico.
- Favorece su desarrollo. Se le indican tipos de posición para amamantar al bebe.<sup>52</sup>

---

<sup>52</sup> Lactancia materna, Centro médico nacional La Raza. Hospital de gineco-obstetricia No 3., 2000 pp1-6

## SALUD EMOCIONAL

Es de capital importancia tratar al cliente con dignidad y respeto. La enfermera debe brindar comprensión y cariño para facilitar la transición de la relación intra y extrahospitalaria, ya que los sentimientos están presentes en todas nuestras relaciones. El medio ambiente o entorno en que vivimos en familia, en sociedad, existen sentimientos de: coraje, seguridad, fastidio, alegría, flojera, confianza, tristeza, vergüenza, orgullo, culpa, optimismo, miedo, entusiasmo, amor, odio, preocupación, soledad, envidia, superación, etc. Cada sentimiento tiene su valor, su vitalidad y su significado. Las experiencias humanas son muy diversas y a cada una corresponde una emoción. A veces los sentimientos son agradables, a veces dolorosos, hay momentos de alegría y otros de tristeza, por ello es recomendable analizar las actitudes y prejuicios propios para entender y ayudar al usuario a enfrentar su realidad.

Reconocer y manifestar nuestros sentimientos es algo útil y necesario, pero no debemos convertirlo en conductas dañinas para nosotros o para los demás. Perder el control y dejarnos llevar por un sentimiento fuerte no nos lleva al bienestar emocional ni a mejorar nuestras relaciones. Ser capaces de serenarnos es una habilidad necesaria para convivir en armonía y ayuda a equilibrar la salud.

Sí lográramos experimentar las emociones adecuadas en cada situación, fueran agradables o dolorosas, y las aprovecháramos para enriquecer nuestra vida, perderían su aspecto negativo y podríamos aceptarlas y expresarlas todas. Para cuidar la vida emocional podríamos intentar ser conscientes de lo que sentimos, conocer, sentir y expresar nuestras emociones. Reconocer los sentimientos de la usuaria, esposo, familia, etc.; escucharlos con atención, cuidar el lenguaje de nuestro cuerpo cruzar los brazos y las piernas, levantar las cejas, mirar hacia arriba, fruncir la boca, significa que estamos cerrados a la comunicación. En cambio si se utilizan

expresiones como asentir con la cabeza, tocarle, abrazarle o mostrar una postura que indique “te estoy escuchando”, lo invita a confiar en nosotros.

El escuchar, comprender, oír e interpretar lo que se dice es importante para detectar signos importantes de la condición de la cliente y de cómo se siente.

Cuanto mayor sea la precisión con que la enfermera interprete las actitudes del usuario ante su enfermedad, tanto mejor podrá adaptarse los servicios enfermeros a los casos particulares.

### **NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.**

Es necesario que la madre consuma una dieta nutritiva, integrada por los 3 grupos de alimentos que son:

Grupo I: Cereales y tubérculos, avena, arroz, tortillas, pastas. Pan integral, miel de colmena o piloncillo. En forma moderada o ración equilibrada proporciona la energía necesaria al organismo para efectuar actividades diarias y mantiene la temperatura del cuerpo.

Grupo II: Garbanzo, habas, frijoles, alverjón. Carne de pollo, res, pescado, leche, huevo, etc., combinar alimentos de origen animal con los de origen vegetal.

Ayudan a formar o reponer todas las partes del cuerpo, como huesos, músculos, sangre y forman defensas para combatir las infecciones.

Grupo III: Verduras y frutas. Verduras: de preferencia hoja verde espinacas, acelgas, lechuga, nopal, etc. Frutas de la temporada manzana, piña, papaya, plátano, etc.

Contienen vitaminas y minerales que intervienen en el desarrollo y buen funcionamiento de casi todas las partes del cuerpo.

Tomar abundantes líquidos de 2 a 3 litros de agua al día.

- Debe darle pecho a su recién nacido cada vez que lo pida (a libre demanda), mientras más lo amamante, más leche tendrá como mínimo 8 tetadas.
- Ofrecer cada vez lo 2 pechos por un tiempo aproximado de 10 a 15 minutos, hasta que siente que quedan vacías. Su leche contiene toda el agua que el bebé necesite, no le dé otros líquidos.
- Si el bebé no despierte para comer, estimularlo a que lo haga.
- Lactancia exclusiva de 4 a 6 meses y continuar después con alimentos sólidos.

### HIGIENE Y PRESENTACIÓN.

- Baño general de preferencia de regadera, enfatizar sobre la limpieza de mamas y genitales externos.
- Lavado de manos de preferencia antes de comer, después de ir al baño, antes de preparar los alimentos y antes de darle de comer a su bebe.
- Vestido de acuerdo a sus necesidades y comodidad para poder lactar a su bebé.
- Ropa interior el brasier y la faja, son para sostener no para comprimir.
- Calzado cómodo, con tacón bajo, para evitar accidentes al caminar.
- Aseo diario al recién nacido, cuidados al cordón umbilical, no colocar nada en la cicatriz umbilical, lavarlo perfectamente, secarlo y ponerle un toque de merthiolate blanco, no vendarlo por que comprime su estómago y puede ocasionarle sensación de plenitud brinde apoyo a la hora de alimentarlo o regurgitaciones "vómitos" por lo apretado.

- El padre puede participar en esta actividad y cambiarlo de pañales con un previo aseo de genitales externos.
- Las evacuaciones del bebé pueden ser amarillas, grumosas, semilíquidas, pero es por la lactancia materna.
- Orientar a ambos padres sobre signos y síntomas de alarma, llanto persistente sin causa aparente, temblores continuos, presencia de enrojecimiento y o secreción alrededor del ombligo, puede ser una infección ausencia de micción y/o evacuaciones en 24 horas, color de piel diferente a la normal.
- Que el padre brinde apoyo emocional a su pareja y participe activamente en los cuidados antes mencionados del bebé.<sup>53</sup>

### EVITAR RIESGOS.

- Orientar sobre riesgos reproductivo, la probabilidad que tiene la mujer y el producto de sufrir enfermedad, lesión o muerte si ocurre un embarazo en condiciones no satisfactorias.

Factores de riesgo:

- Menos de 2 años entre el último parto y/o aborto y el inicio del siguiente embarazo.
- Antecedente de cesárea.
- Antecedente de anemia, desnutrición o tener obesidad.
- Antecedente de preeclampsia- eclampsia y/o padecer de hipertensión arterial, cardiopatía, diabetes, neuropatía, infección de vías urinarias y cervicovaginitis.

Efectos:

- Muerte del producto.
- Niños con defectos al nacimiento.
- Muerte de la madre.
- Bajo peso del producto o prematuridad.
- Partos prematuros o abortos.
- Que puede volver a desarrollar preeclampsia.

### **METODOLOGÍA ANTICONCEPTIVA.**

Informar a los usuarios sobre factores de riesgo y la importancia de espaciar los embarazos, mínimo 2 años.

Métodos temporales:

- Condón o preservativo.
- Hormonales orales combinados.
- Hormonales inyectables combinados.
- Hormonales subdérmicos.
- Dispositivo intrauterino.
- Método de barrera y espermicidas.
- Naturales o de abstinencia periódica.

Ventajas y desventajas de todos los métodos antes mencionados y de los métodos permanentes:

- Oclusión tubaria bilateral.
- Vasectomía.

El tipo de método será seleccionado de acuerdo a sus condiciones de salud, necesidades de la usuaria y expectativas reproductivas.<sup>54</sup>

---

<sup>54</sup> Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar Mayo 1994, Secretaría de Salud, pp. 16-59

## **SALUD SOCIAL.**

Orientar a la usuaria sobre la vida familiar la cual no consiste sólo en resolver conflictos, gran parte del tiempo que se comparte puede emplearse simplemente en disfrutar el hecho de estar juntos, para que la cliente encuentre su equilibrio emocional que favorezca la recuperación de su salud. El tiempo se aprovecha mejor cuando se planea que hacer el fin de semana o en las vacaciones, organizarse para la distribución del trabajo en el hogar, en la atención a su recién nacido y lo que se hace en los tiempos libres requiere de mayor imaginación y creatividad preparar actividades fuera de la rutina como visitas familiares o a amigos, organizar paseos recorridos a lugares interesantes, practicar algún deporte, participar en los festejos tradicionales da alegrías y laceres inesperados.

Organizar situaciones creativas le da encanto a la convivencia. Un día cualquiera puede volverse especial si se le agrega un poco de imaginación enviando algún mensaje sorpresa a la persona que se estima o quiere, organizar fiestas o convivencia sin ningún motivo particular, cantar juntos, bailar, cambiar la letra a las canciones, decirlas con mímica, recitar poemas al revés, buscar juegos que a todos les gusten, etc. El momento de cocinar y de comer en familia es ideal para una convivencia gozosa. La variedad de actividades que se comparten en familia permiten llegar a conocerse mejor y a estar más cerca unos de otros.

## **COMUNICACIÓN.**

Al captar la atención de la pareja disminuimos su incertidumbre y confusión a través de una conversación amigable para que los usuarios puedan expresar sus necesidades y/o problemas.

Dicha comunicación mejora cuando la pareja esta relajada y perciben empatía y confianza en quien les escucha y orienta.

## SALUD ESPIRITUAL

La necesidad que muchas clientes tienen de contar con un guía espiritual es motivo prioritario, por lo que es necesario que este sea un miembro valioso del equipo médico multidisciplinario ya que desempeña un papel importante en el tratamiento de las usuarias. La religión, es en el seno de la sociedad, una institución tanto social como espiritual. La mayoría de las sociedades han cultivado alguna forma de religión, que sirve de fuerza integradora de la sociedad misma, las religiones establecidas se han ocupado de la ética y la conducta moral.

Las creencias espirituales ayudan a menudo a la usuaria cuando tienen dificultades. Algunos vuelven sus ojos hacia la filosofía para explicar la enfermedad, en tanto otros ven en ella una prueba puesta a su fe. En términos generales, la religión ayuda a la gente a aceptar la enfermedad y a hacer planes para el futuro, podrá preparar a una persona para la muerte, pero puede fortalecerla, así mismo, durante su vida a través del amor y la serenidad.

La enfermera es la que identifica que las usuarias desearían un guía espiritual, y le corresponde también a ella poner a disposición de éstos los elementos necesarios para ayudarlos. Antes de hacer cualquier sugerencia o de tomar cualquier iniciativa al respecto, la enfermera deberá averiguar exactamente la actitud del cliente frente a la religión y sus necesidades espirituales, para poderla apoyar, una de sus actividades es escucharla y cerciorarse del tono emocional de lo que dice la usuaria. Si la enfermera se siente competente y cómoda ayudando a satisfacer las necesidades espirituales de la cliente puede hacerlo ayudándole a leer la Biblia si lo desea, llamar al sacerdote, capellán, pastor, etc., si lo desea la cliente, proporcionar un entorno tranquilo para que pueda desarrollar sus oraciones o leer, ayudarlo a leer en voz alta. Otros en cambio querrán que la enfermera



diga una plegaria por su cuenta esto constituirá para ella una fuente considerable de bienestar.

Las plegarias no necesitan ser largas, en efecto, una plegaria sencilla dicha con sinceridad proporciona tanta tranquilidad de espíritu como otra más larga. <sup>55</sup>

---

<sup>55</sup> Dugas, "Tratado de enfermería" tercera edición 1979, Ed Interamericana, pp. 192 a 199

## 10.- EVALUACIÓN DEL PROCESO DEL CUIDADO

A través de la ejecución y desarrollo del proceso enfermero se analiza y miden los resultados que marcan la eficacia, eficiencia y calidad con que cuenta el personal de enfermería para la realización de la valoración y revaloraciones consecutivas del cliente y su entorno de acuerdo a la respuesta del mismo. La elaboración y modificación de los diagnósticos de enfermería en base a las necesidades y/o problemas detectados que se fueron resolviendo en forma paulatina de acuerdo a nuestros objetivos trazados y resultados esperados que se fijaron como meta en la restauración de la salud de nuestra cliente.

El personal de enfermería mostró una actitud humanitaria, positiva, atenta y amable hacia la usuaria, familiares y personal de salud con el que interactúa.

Durante la realización de las actividades, el personal de enfermería respetó en todo momento las medidas de precaución estándar que son:

- a) Lavado de manos.
- b) Uso de guantes.
- c) Uso de cubre bocas.
- d) Uso de bata
- e) Manejo adecuado de material y equipo utilizado con la usuaria.

La enfermera portó en todo momento el uniforme clínico completo, incluyendo cofia y gafete interno de identificación, contó con la puntualidad y asistencia eficaz que disminuyó la sobrecarga de trabajo existente en los servicios de hospitalización médica. Proporcionó cuidado enfermero holístico enfocado a identificar de manera individualizada la problemática integral de la cliente, para asegurar un cuidado eficaz, seguro y oportuno.

Realizó el enlace de un turno a otro, informando de manera individualizada la evolución de la usuaria, consultó diariamente el expediente clínico para conocer los antecedentes, tratamiento, evolución y pronóstico que permite establecer las intervenciones de enfermería específicas que demande la cliente.

Se cumplieron los indicadores de los servicios de enfermería que son el cumplimiento básico para la ministración de medicamentos verificar nombre de la cliente, indicación médica, presentación del medicamento, integridad de la envoltura, fecha de caducidad, vía de administración, número de dosis indicadas, antecedentes de reacciones medicamentosas y precauciones especiales.

Vigilancia y control de venoclisis instaladas o catéteres intravenosos colocando fecha de instalación, fecha de curación. Tipo de catéter y calibre e iniciales de la enfermera que realiza el procedimiento.

Todas las sondas y drenajes que tengan instalados las usuarias se les colocó membrete de identificación, indicando parte anatómica a la que están conectadas y fecha de instalación.

En cuanto a la dimensión interpersonal trato digno, cuyas características son: respeto, información, interés y amabilidad se llevaron a cabo sin ningún contratiempo para la satisfacción de la cliente.

Al contar con programas y procedimientos operativos en las áreas de enfermería se tiene como objetivos principales preparar y mantener actualizado al personal que la institución requiere para la prestación de los servicios de salud, impulsar la responsabilidad individual en el personal, para que la educación profesional sea auto motivada, autogestionada, auto administrada y autoevaluada. Como prioridad para mejorar la calidad técnica

e interpersonal de los servicios de enfermería en beneficio de la institución médica y como parte en el reconocimiento profesional en enfermería.

A través del proceso educativo a la usuaria adquirió conductas de protección a la salud, mediante una comunicación abierta y fluida, poniendo atención a lo que dice la cliente, como lo dice, el contenido emocional y lo que pudo no decir. Los conocimientos que se transmiten deben responder a las necesidades del mismo, tomando en cuenta la información que ya tiene, sus experiencias previas y expectativas de vida, dando a conocer los beneficios de su auto cuidado a través de un plan de alta hospitalaria en cuanto a su salud, economía, bienestar familiar y social que sean compatibles con sus ideas, valores y normas y con ello acceder a mejores condiciones de salud.

## 11.- CONCLUSIONES

El método de enfermería tiene un propósito de organización y creatividad que fueron aplicados en una respuesta humana ante la salud y riesgo de una mujer con alteración en su función reproductiva. Las cinco fases fueron incluidas de las intervenciones previstas, se tomaron decisiones y desarrollaron habilidades para ayudar a esta usuaria puérpera posquirúrgica con preclampsia leve y evitar mayores complicaciones y consecuencias.

A este proceso se aplicó un pensamiento crítico, producto de un proceso cognoscitivo, se flexibilizó en su uso particular para este caso y en clima mismo se pudo ir pasando de una fase a otra, reconociendo que cada paso del proceso se está utilizando con la funcionalidad para el bienestar humano. Se observa que a dicho proceso se le suman los criterios éticos para el juicio enfermero así como los de evaluación para la responsabilidad profesional.

En la valoración de la usuaria la enfermera desarrolló un juicio crítico y certero en base a los signos y síntomas a través del interrogatorio directo a la usuaria, exploración física que se realizó sin ningún contratiempo y con la participación de la cliente.

Los diagnósticos de enfermería se sustentaron en las respuestas fisiológicas y psicológicas normales y anormales de la paciente en base a su patología de fondo y entorno con el fin de pensar y anticiparse continuamente en el cuidado de la usuaria.

La planeación de los cuidados enfermeros se realizó en base a las necesidades de la usuaria, respuesta, evolución y revaloraciones continuas de la cliente con la colaboración de los tres turnos que cooperaron eficientemente en la detección de signos y síntomas para evitar complicaciones,

Se puso en práctica las acciones de enfermería elaboradas previamente para limitar el daño, evitar complicaciones y contribuir con todo el equipo multidisciplinario a disminuir el índice de estancia hospitalaria, haciendo buen uso de los recursos materiales y humanos en la institución brindando una atención de enfermería con el mayor grado de calidad y calidez.

Durante la evaluación del proceso de atención enfermería, se concluye que es una necesidad elevar los niveles de competencia y desempeño de la licenciada en enfermería favoreciendo la adquisición de conocimientos que permita conocer y aplicar en forma adecuada el proceso de atención enfermería para brindar una atención integral a las usuarias, familia y entorno dando apoyo emocional, intelectual, espiritual y psicológico que favorezcan su salud que modifiquen hábitos y actitudes a los cambios en su estilo de vida, imagen corporal para rehabilitarse, recuperarse y equilibrar su salud en beneficio propio.

Por lo que es de suma importancia que los profesionales en enfermería y en formación fortalezcan el trabajo de perfeccionamiento del proceso atención enfermería que garanticen intervenciones profesionales en la solución de problemas de salud en el marco de la competencia y desempeño a que se aspira.

## BIBLIOGRAFÍA

Asociación De Médicos Del Hospital De Ginecología Y Obstetricia, No. 3 del IMSS, A.C., México, 1999, 1029 pág.

BEVERLY Witter Dugas, "Tratado de Enfermería" tercera edición, Ed Interamericana, México, 1979. 544 pág.

BIZIER, Nicole, "De la Pensée au Geste", Montreal Decarie 1992, 199 pág.

BOTELLA José, et al "Tratado de Ginecología" Interamericana. México, 1993, 850 pág.

COLLIER, Francois M. "Promover la Vida" Interamericana-Mc Graw-Hill España, 2000, 385 pág.

DANFORTH ScottCo, "Complicaciones del Embarazo" Tratado de obstetricia y sintomatología, Interamericana, México, 2000, 1030 pág.

DOENGES M.E. y Mourhouse M.F. "Aplicación del Proceso Atención de Enfermería". Edit. Interamericana, Philadelphia, 1992, 255 pag.

HINOJOSA R. Carlos, "Toxemia en: Gaceta Médica", MC, Vol. 140 No. 1, 2004, 34 pág.

KRUPP Marcos, "Diagnóstico Clínico y Tratamiento", Manual Moderno, México D.F. 2000, 1324, pag

FERNÁNDEZ Ferrin Carmen, et. al "El Modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería", Ed Masson, Barcelona 1995, 215 pág.

IYER, Patricia, Taptich, et al "Proceso de Atención de Enfermería y Diagnóstico Enfermero", Philadelphia Saunders.1986, 208 pág.

LEFEBVRE Monique y Dupvis Andréé, Le Jugement Clinique en Soins Infirmiers", Montreal ERPI 1993, 173 pág.

"Manual de Lactancia Materna", Centro Médico Nacional La Raza, Hospital de Gineco-Obstetricia No 3. 2000, 12 pág.

"Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar Mayo 1994", Secretaria de Salud, 62 pág.

PHANEUF Margot, "Las Necesidades Fundamentales Según el Enfoque de Virginia Henderson, en Cuidados de Enfermería", Ed Mc Graw Hill, Madrid 1993, 250 pág.

PHANEUF Margot, "La Planificación de los Cuidados Enfermeros, un Sistema Integrado y Personalizado", Ed. Mc Graw Hill Interamericana 1999, 283 pág.

PHENEUF, Margot "La De´marche Scientifique", Ed Mc Graw Hill 1985, 217 pág.

RIVERA N, CENAPEM, ISCM-H, "Un Sistema de Habilidades Para Las Carreras de Ciencia de la Salud". La Habana "Comité académico". 1998, 4 pág.

RIVERA N. "Enfoque Psicopedagógico del Proceso Docente", La Habana: Comité Académico: CENAPEM, PCM, ISCM-H, 1998. 5 pág.

Salud Materna IMSS año 2000.



SPARKS Sheila, et al, "Diagnósticos Enfermero, Definiciones y Clasificación", 2003-2004, Ed Elsevier España 2003, 287 pág.

## **FUENTES DOCUMENTALES**

<http://www.seapremur.com/Documentos/a-vuela-pluma-por-nuestra-historia.htm>.39k

Recuperado el 11 de Octubre del 2004.

<http://caibco.ucv.ve/Vitae/VitaeSiete/Articulos/BiologíaCelular/ArchivosHTML/introduc.htm>.

Recuperado el 11 de Octubre del 2004.

# **12.- ANEXOS**

## 12.1.- VALORACIÓN DIAGNOSTICA DE ENFERMERÍA

### 1.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

### 2.- ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Grupo y Rh: \_\_\_\_ Tabaquismo: \_\_\_\_ Alcoholismo: \_\_\_\_ Fármaco dependencia: \_\_\_\_

Casa propia: \_\_\_\_\_ Rentada: \_\_\_\_\_ Prestada: \_\_\_\_\_ No. De habitaciones: \_\_\_\_

Tipo de construcción: \_\_\_\_\_ No. De ventanas: \_\_\_\_ Iluminación: \_\_\_\_\_

Convivencia con animales domésticos: \_\_\_\_\_

Servicios sanitarios:

Agua intra domiciliaria: \_\_\_\_\_ Drenaje: \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

Hábitos higiénicos/dietéticos:

Baño tipo y frecuencia: \_\_\_\_\_ Lavado de manos frecuencia: \_\_\_\_\_

Aseo bucal frecuencia: \_\_\_\_\_ Cambio de ropa personal total, parcial y frecuencia: \_\_\_\_\_

Tipo de alimentación: Carne \_\_\_\_ x7. Verduras: \_\_\_\_ x7 Frutas: \_\_\_\_ x7

Leguminosas: \_\_\_\_ x7 Pastas: \_\_\_\_ x7 Huevo: \_\_\_\_ x7 Leche: \_\_\_\_ x7 Tortillas:

\_\_\_\_ x7 Pan: \_\_\_\_ x7 Agua por día \_\_\_\_\_

### 3.- ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS.

Menarca \_\_\_\_ años Telarca \_\_\_\_\_ Pubarca \_\_\_\_ años Ciclos \_\_\_\_\_

Duración \_\_\_\_\_ Disminorrea \_\_\_\_\_

Fecha de última regla Método de control prenatal \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_

Fecha probable de parto \_\_\_\_\_ Gestas: \_\_\_\_ Paras: \_\_\_\_\_ Abortos:

\_\_\_\_ Cesáreas: \_\_\_\_\_ Vigilancia prenatal: \_\_\_\_\_ No. De compañeros sexuales: \_\_\_\_

4.-ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS.

Diabetes: \_\_\_\_\_ Epilepsia: \_\_\_\_\_ Hipertensión arterial: \_\_\_\_\_  
Cardiopatías: \_\_\_\_\_ Enfermedades infecto contagiosas: \_\_\_\_\_  
Antecedentes quirúrgicos: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_  
Antecedentes transfusionales: \_\_\_\_\_ Antecedentes traumáticos: \_\_\_\_\_  
Otros: \_\_\_\_\_  
Antecedentes heredo familiares: Sífilis: \_\_\_\_\_ SIDA.: \_\_\_\_\_ Malformaciones  
congénitas: \_\_\_\_\_ Cardiopatías: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

5.- EXPLORACIÓN FÍSICA.

Pulso \_\_\_\_\_ Tensión arterial \_\_\_\_\_ Temperatura \_\_\_\_\_ Respiración \_\_\_\_\_  
Aparato Cardiorrespiratorio \_\_\_\_\_  
Sistema nervioso: \_\_\_\_\_  
Aparato genitourinario: \_\_\_\_\_

6.- PROBLEMA O PADECIMIENTO ACTUAL.

Síntomas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Exámenes de laboratorio: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 12.2.- INSTRUMENTO DE VALORACION DE LAS 14 NECESIDADES BASICAS.

Iniciales del cliente \_\_\_\_\_ Hab. \_\_\_ Sexo: F \_\_\_ M \_\_\_ Edad \_\_\_  
Motivo de la hospitalización \_\_\_\_\_ Lugar de residencia actual:  
domicilio \_\_\_\_\_ centro asistencial \_\_\_\_\_ sin domicilio \_\_\_\_\_  
Otros \_\_\_\_\_

### NECESIDADES

#### Respirar

Amplitud respiratoria: profunda \_\_\_\_\_ superficial \_\_\_\_\_ frecuencia \_\_\_\_\_/min.  
Tos: tipo \_\_\_\_\_ frecuencia de los accesos de tos \_\_\_\_\_ veces/DIA.  
Secreciones: abundantes SI \_\_\_ NO \_\_\_ descripción \_\_\_\_\_ Expectoración  
SI \_\_\_ NO \_\_\_ Sensación de ahogo \_\_\_ Sofoco \_\_\_ Disnea \_\_\_ Tiraje:  
músculos implicados \_\_\_\_\_ Ruidos respiratorios: lóbulo sup. dcho. \_\_\_ lóbulo  
sup. izqdo \_\_\_ lóbulo inf. dcha. \_\_\_ lóbulo inf. Izqdo. \_\_\_ Fracturas de  
costillas \_\_\_\_\_ ¿Hiperventilación? \_\_\_ O<sub>2</sub> \_\_\_ Tabaquismo: núm. de cig/pipas  
\_\_\_ día; ha dejado de fumar desde \_\_\_ Otras drogas: tipo \_\_\_\_\_  
cantidad \_\_\_\_\_ Datos subjetivos \_\_\_\_\_ Recursos \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

#### Beber y comer.

Buen apetito: SI \_\_\_ NO \_\_\_ Rechaza el alimento \_\_\_\_\_ Necesidad de  
estimulo para comer \_\_\_\_\_ Dificultad para masticar. \_\_\_\_\_ para tragar:  
líquidos \_\_\_ sólidos \_\_\_ para comer solo. \_\_\_\_\_ para hidratarse  
solo \_\_\_\_\_ Necesidad de ayuda: para cortar los alimentos \_\_\_\_\_ para  
comer \_\_\_\_\_ para beber \_\_\_\_\_ Dolores de estómago: características \_\_\_\_\_  
Frecuencia \_\_\_\_\_ Gases en el estómago \_\_\_\_\_ náuseas \_\_\_\_\_ vómitos  
\_\_\_\_\_ Alimentación equilibrada \_\_\_\_\_ régimen especial \_\_\_\_\_ Buen  
estado de la mucosa bucal SI \_\_\_ NO \_\_\_ de la lengua SI \_\_\_ NO \_\_\_

de las encías SI \_\_\_ NO \_\_\_ de la dentadura SI \_\_\_ NO \_\_\_ Prótesis dentales: sup. \_\_\_ inf. \_\_\_ bien ajustada/s SI \_\_\_ NO \_\_\_ Peso actual \_\_\_ kg. pérdida \_\_\_ ganancia \_\_\_ desde hace 6 meses \_\_\_ kg. Talla \_\_\_ Bebidas alcohólicas: tipo \_\_\_ núm. de vasos/día \_\_\_ Café: núm. de tazas día \_\_\_ Datos subjetivos \_\_\_ Recursos \_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

Eliminar.

Eliminación intestinal: frecuencia \_\_\_ heces duras \_\_\_ diarrea hemorroides \_\_\_ fisuras \_\_\_ Dolores anales \_\_\_ abdominales: características \_\_\_ sangre en las heces \_\_\_ prurito anal \_\_\_ gases e hinchazón de vientre \_\_\_ tendencia a los fecalomas \_\_\_ incontinencia ostomía. tipo \_\_\_ clase de aparato \_\_\_ autónomo para sus cuidados \_\_\_ Ruidos intestinales: SI \_\_\_ NO \_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

Eliminación urinaria: frecuencia/día \_\_\_ disuria \_\_\_ hematuria \_\_\_ polaquiuria \_\_\_ nicturia \_\_\_ orina concentrada \_\_\_ maloliente \_\_\_ retención/vejiga \_\_\_ debe hacer fuerza para orinar \_\_\_ urgencia de orinar \_\_\_ incontinencia: por el día \_\_\_ por la noche \_\_\_ Incontinencia de esfuerzo \_\_\_ dificultad para contenerse \_\_\_ va solo al lavabo \_\_\_ con ayuda \_\_\_ Cateterismo. \_\_\_ veces/día; sonda fija \_\_\_ preservativo de Incontinencia \_\_\_ pañal de incontinencia: Talla P \_\_\_ M \_\_\_ G \_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

Diaforesis/Transpiración: abundante \_\_\_ olor nauseabundo \_\_\_

Secreciones relacionadas con el aparato sexual.

Secreción vaginal \_\_\_ loquios \_\_\_ poco abundante \_\_\_ abundante \_\_\_ color \_\_\_ olor regularidad de las reglas: SI \_\_\_ NO \_\_\_ ausencia de reglas \_\_\_ fecha de la última menstruación embarazo \_\_\_ dolores premenstruales: abdominales \_\_\_ poco intensos \_\_\_ intensos \_\_\_

dolor/tensión mamaria \_\_\_\_ poco intenso \_\_\_\_ Intenso \_\_\_\_ Secreción da los senos \_\_\_\_ tipo \_\_\_\_ poco abundante \_\_\_\_ abundante \_\_\_\_ Secreción uretral \_\_\_\_ tipo \_\_\_\_ tipo \_\_\_\_ abundante \_\_\_\_ abundante \_\_\_\_ inquietudes \_\_\_\_  
Datos subjetivos que se refieren a la eliminación \_\_\_\_ Recursos \_\_\_\_ Otros \_\_\_\_

### Moverse.

Modo de llegada: a pie \_\_\_\_ silla de ruedas \_\_\_\_ camilla \_\_\_\_ Se desplaza solo \_\_\_\_ con ayuda \_\_\_\_ Se sienta en el sillón \_\_\_\_ solo \_\_\_\_ con ayuda \_\_\_\_ Se levanta de la cama: solo \_\_\_\_ con ayuda \_\_\_\_ Se da la vuelta: solo \_\_\_\_ con ayuda \_\_\_\_ debilidad \_\_\_\_ fatiga \_\_\_\_ incoordinación \_\_\_\_ dolores \_\_\_\_ temblores \_\_\_\_ contracturas \_\_\_\_ edema \_\_\_\_ várices \_\_\_\_ signo de Homans: pierna izqda \_\_\_\_ pierna dcha. \_\_\_\_ coloración de las extremidades \_\_\_\_ amplitud limitada del movimiento \_\_\_\_ miembro/s paralizado/s \_\_\_\_ fuerza mano izqda. Buena \_\_\_\_ débil \_\_\_\_ mano dcha. Buena \_\_\_\_ débil \_\_\_\_ pierna izqda. buena \_\_\_\_ débil \_\_\_\_ pierna dcha. buena \_\_\_\_ débil \_\_\_\_ mareos \_\_\_\_ movimientos incontrolados \_\_\_\_ sedentarismo \_\_\_\_ T.A. \_\_\_\_ pulso: frecuencia \_\_\_\_ /min. Regular: SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ características \_\_\_\_ Utiliza: bastón \_\_\_\_ muletas \_\_\_\_ si!!A de ruedas \_\_\_\_ andador \_\_\_\_ se traslada solo \_\_\_\_ con ayuda \_\_\_\_ Datos subjetivos \_\_\_\_  
Recursos \_\_\_\_ Otros \_\_\_\_

### Dormir y descansar

Número de horas habituales de sueño \_\_\_\_ h: dificultad para conciliar el sueño \_\_\_\_ se despierta muy pronto \_\_\_\_ sueño agitado \_\_\_\_ pesadillas \_\_\_\_ nerviosismo \_\_\_\_ se levanta durante la noche \_\_\_\_ Causas: dolores \_\_\_\_ prurito \_\_\_\_ incomodidad \_\_\_\_ preocupaciones \_\_\_\_ miedos \_\_\_\_ inquietudes \_\_\_\_ pide medicación

para dormir\_\_\_\_. Siesta: AM\_\_\_\_PM\_\_\_\_ Hábitos: refrigerio al acostarse\_\_luz piloto\_\_ventana abierta\_\_\_\_ Datos subjetivos \_\_\_\_Recursos\_\_\_\_ Otros\_\_\_\_\_

Vestirse y desnudarse.

Capaz da vestirse/desnudarse solo: SI\_\_ NO\_\_ Capaz de elegir su ropa: SI\_\_NO\_\_ de guardarla limpia: SI\_NO\_\_ Factores que lo impiden: dolores\_\_\_\_rigidez en las articulaciones\_\_\_\_confusión\_\_ amputación\_\_\_\_déficit visual\_\_\_\_debilidad\_\_\_\_estado depresivo\_\_\_\_intenta desnudarse\_\_ Mantenimiento de la ropa: por la persona\_\_\_\_la familia\_\_\_\_el centro\_\_\_\_ Datos subjetivos\_\_\_\_ Recursos\_\_\_\_\_ Otros\_\_\_\_\_

Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.

Temperatura: bucal \_\_\_\_ rectal\_\_\_\_ axilar\_\_\_\_ Temperatura de la piel\_\_\_\_ frío en las extremidades\_\_\_\_ escalofríos: frecuencia \_\_\_\_ Datos subjetivos \_\_\_\_ Recursos\_\_\_\_\_ Otros\_\_\_\_\_

Estar limpio y aseado, y proteger los tegumentos.

Capaz de lavarse: en la ducha \_\_\_\_ en la bañera \_\_\_\_ en la cama \_\_\_\_ solo \_\_\_\_ con ayuda \_\_\_\_ Necesidad de ayuda para el cuidado: del cabello \_\_\_\_uñas\_\_\_\_ dientes \_\_\_\_ prótesis dentales \_\_\_\_ Estado de la piel: enrojecimiento/s \_\_\_\_ prurito \_\_\_\_ úlcera/s \_\_\_\_equimosis \_\_\_\_ número \_\_\_\_ extensión \_\_\_\_situación \_\_\_\_ laceraciones \_\_\_\_ situación \_\_\_\_ Causas de las lesiones: inmovilidad \_\_\_\_ incontinencia\_\_\_\_deshidratación\_\_ posible violencia \_\_\_\_ velloidad especial \_\_\_\_ Estado de los senos\_\_\_\_ Auto examen\_\_\_\_ frecuencia\_\_\_\_ Estado de los órganos genitales externos \_\_\_\_ auto



examen de los testículos \_\_\_\_\_ frecuencia \_\_\_\_\_ Datos subjetivos \_\_\_\_\_  
Recursos \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

Evitar los peligros.

Alergia \_\_\_\_\_ Estado de conciencia: inconsciente \_\_\_\_\_ bien orientado  
\_\_\_\_\_ desorientado: con relación al tiempo \_\_\_\_\_ a las personas  
\_\_\_\_\_ a los lugares \_\_\_\_\_ confuso \_\_\_\_\_ Ansiedad \_\_\_\_\_ poco  
marcada \_\_\_\_\_ marcada \_\_\_\_\_ hiperactividad \_\_\_\_\_ agresividad  
verbal \_\_\_\_\_ agitación \_\_\_\_\_ riesgo de violencia para con los demás  
\_\_\_\_\_ riesgo de caída \_\_\_\_\_ Dolores: intensidad poco marcada \_\_\_\_\_  
marcada \_\_\_\_\_ tipo: agudo \_\_\_\_\_ crónico \_\_\_\_\_ constante \_\_\_\_\_ intermitente  
\_\_\_\_\_ localización \_\_\_\_\_ medio de aliviarlos \_\_\_\_\_ Contenciones \_\_\_\_\_  
Barandillas \_\_\_\_\_ Utilización de medicamentos en casa (nombre y  
posología) \_\_\_\_\_ Inquietudes respecto a su estado u hospitalización \_\_\_\_\_  
Datos subjetivos \_\_\_\_\_ Recursos \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

Comunicarse con los semejantes.

Lengua hablada \_\_\_\_\_ no domina la lengua del medio \_\_\_\_\_ se expresa  
con dificultad \_\_\_\_\_ Afasia \_\_\_\_\_ disartria \_\_\_\_\_ ritmo ralentizado \_\_\_\_\_ Se  
expresa mediante signos \_\_\_\_\_ mediante indicaciones en una  
pizarra \_\_\_\_\_ capaz de comprender lo que se dice: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
Limitaciones visuales: ojo dcho. \_\_\_\_\_ ojo izqdo. \_\_\_\_\_ Ceguera: ojo  
dcha. \_\_\_\_\_ ojo izqdo. \_\_\_\_\_ Lagrimeo: ojo dcho. \_\_\_\_\_ ojo izqdo.  
\_\_\_\_\_ presencia de pus: ojo dcho. \_\_\_\_\_ ojo izqdo. \_\_\_\_\_ Pupilas:  
simétricas \_\_\_\_\_ ojo dcho. \_\_\_\_\_ ojo izqdo. \_\_\_\_\_ Sordo: oído dcho. \_\_\_\_\_ oído  
izqdo. \_\_\_\_\_ acúfenos \_\_\_\_\_ intermitentes \_\_\_\_\_ constantes \_\_\_\_\_ forma  
\_\_\_\_\_ lesiones del conducto auditivo \_\_\_\_\_ del pabellón del oído \_\_\_\_\_  
Lleva: gafas \_\_\_\_\_ lentillas \_\_\_\_\_ prótesis: ocular \_\_\_\_\_ auditiva \_\_\_\_\_  
izqda. \_\_\_\_\_ dcha. \_\_\_\_\_ Dificultades intelectuales de concentración \_\_\_\_\_ de  
memoria \_\_\_\_\_ Capacidad de lectura: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Quejas somáticas

frecuentes\_\_\_\_\_ · Dificultades en el plano sexual\_\_\_\_\_ -  
Preocupaciones\_\_\_\_\_ prefiere no hablar de ello \_\_\_\_\_ Datos subjetivos \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Recursos\_\_\_\_\_ Otros\_\_\_\_\_

Red de apoyo: personas que pueden prestar ayuda\_\_\_\_\_

Actuar según las propias creencias y valores.

Prescripciones o prohibiciones religiosas que hay que respetar\_\_\_\_\_ Bien adaptado al medio de cuidados: SI\_\_\_ NO\_\_\_ Aceptación de la enfermedad\_\_\_ del tratamiento: SI\_\_\_ NO\_\_\_ de la cultura y los valores del medio hospitalario\_\_\_\_\_ Importancia de los valores religiosos\_\_\_\_\_

Objetos de culto deseados\_\_\_\_\_ Desea hablar con un sacerdote: NO\_\_\_ SI\_\_\_ Datos subjetivos\_\_\_\_\_ Recursos\_\_\_\_\_

Otros\_\_\_\_\_

Preocuparse de la propia realización.

Profesión\_\_\_\_\_ sin empleo: desde\_\_\_\_\_ baja\_\_\_

Invalidez\_\_\_ temporal \_\_\_\_\_ permanente \_\_\_\_\_ Deseo de ser autónomo\_\_\_ Capacidad de iniciativa\_\_\_ decisión\_\_\_ factores de influencia: falta de confianza en si mismo\_\_\_\_\_ modificación del esquema corporal\_\_\_ dolor\_\_\_ estado depresivo\_\_\_\_\_ Capaz de marcarse unos objetivos\_\_\_ Datos subjetivos\_\_\_\_\_ Recursos\_\_\_\_\_

Otros\_\_\_\_\_

Distraerse.

Le gusta reír y divertirse\_\_\_\_\_ suele estar triste\_\_\_\_\_ Capacidad para buscarse actividades de ocio\_\_\_\_\_ distracción\_\_\_\_\_ preferida: lectura\_\_\_\_\_ cartas\_\_\_\_\_ ajedrez\_\_\_ música\_\_\_ deportes\_\_\_ caminar\_\_\_ otras

Disminución de los centros de interés\_\_\_\_\_ factores de influencia:

dolor \_\_\_\_\_ ansiedad \_\_\_\_\_ debilidad \_\_\_\_\_ depresión \_\_\_\_\_ soledad \_\_\_\_\_  
Datos subjetivos \_\_\_\_\_ Recursos \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

Aprender.

Capacidad de adquirir conocimientos: buena \_\_\_\_\_ limitada \_\_\_\_\_

Motivación para aprender: buena \_\_\_\_\_ limitada \_\_\_\_\_ Factores de influencia:

ansiedad \_\_\_\_\_ dolor \_\_\_\_\_ somnolencia \_\_\_\_\_ limitaciones

sensoriales \_\_\_\_\_ confusión \_\_\_\_\_ falta de interés \_\_\_\_\_ otro \_\_\_\_\_

¿Cuál es su necesidad de aprender? \_\_\_\_\_ Datos

subjetivos \_\_\_\_\_ Recursos \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_ <sup>56</sup>

---

<sup>56</sup> Phaneuf Margot 1999, pp. 91-94