

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA.**

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
APLICADO A UNA PACIENTE DE PRECLAMPSIA.**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO
EN ENFERMERÍA Y OBSTÉTRICA PRESENTA:**

**JOSÉ MANUEL LUGO QUINTAL.
No. Cta. 403115068**

**DIRECTOR ACADÉMICO.
LIC: FEDERICO SACRISTÁN RUIZ.**

MERIDA, YUCATAN, A OCTUBRE DEL 2006.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

Doy gracias por la vida, por la familia que tengo y por mi trabajo.

Por permitir que siga con esta profesión al servicio de la humanidad.

A MIS PADRES:

Porque fueron guía desde el principio de mi existencia como hasta ahora.

A MI HERMANA MARÍA DE LOS ANGELES:

Un reconocimiento especial por su aportación en lo que soy ahora como profesionalista.

A MI ESPOSA:

Por la paciencia y apoyo brindado durante el tiempo transcurrido en la licenciatura.

A MIS HIJOS:

Yazmari, Jessica y José Manuel, ya que son mi motivación para seguir estudiando y dejar un legado para ellos.

A MI MAESTRO:

Federico Sacristán por su tiempo y apoyo brindado durante la elaboración del P.A.E.

ÍNDICE

CONTENIDO	Página
Introducción	4
Objetivos	6
Justificación	7
Metodología	8
Capítulo I Marco Teórico	16
Capítulo II Valoración Diagnostica De Enfermería	31
Capítulo III Plan Atención De Enfermería	45
Conclusiones	55
Sugerencias	56
Referencias Bibliográficas	57
Anexos	58

INTRODUCCIÓN.

La preeclampsia es un síndrome clínico complejo de etiología desconocida caracterizado por la presencia de hipertensión, edema y proteinuria, se presenta a partir de la semana 20 del embarazo.

La revisión y el seguimiento estricto permiten prevenir o determinar a tiempo las complicaciones que podrían surgir en esta etapa, es conveniente destacar la importancia de su vigilancia porque durante esta etapa ocurren fenómenos fisiológicos muy importantes. Además, porque tiene riesgos y complicaciones específicos para la madre, que pueden ser importantes productores de morbilidad y mortalidad.

El presente proceso atención de enfermería ha sido elaborado con el fin de determinar las necesidades fundamentales de la paciente que presenta eclampsia.

Se describen los objetivos y la metodología de trabajo incluye las etapas del proceso atención de enfermería

Para realizar tal análisis se ha dividido en capítulos:

en el primer capítulo: se presenta el marco teórico, donde se describe el concepto y características del proceso atención de enfermería. Así mismo se describirá el concepto, clasificación, características y complicaciones e intervenciones de enfermería durante el puerperio fisiológico.

en el segundo capítulo: se presenta la valoración de enfermería y se concluye con los diagnósticos de enfermería.

en el tercer capítulo: se presentará la aplicación del plan de atención de enfermería.

Y por último se darán a conocer las conclusiones, sugerencias, glosario de términos, referencias bibliográficas, anexos y recomendaciones.

OBJETIVOS.

- ❖ Contar con un instrumento que me permita sustentar el examen profesional.

- ❖ Utilizar el proceso atención de enfermería como una herramienta fundamental para brindar cuidados de enfermería en forma holística para poner en práctica los elementos teóricos, metodológicos y tecnológicos del proceso en la aplicación a una paciente con preeclampsia con alteración de sus necesidades para ofrecer un cuidado integral.

- ❖ Ampliar el conocimiento en el manejo de la paciente, con preeclampsia, basado en un modelo de atención para la resolución de problemas de manera sistemática, organizada, intencionada, específica y sobre todo científica y humanista.

JUSTIFICACIÓN

El desarrollo del proceso atención de enfermería en una paciente con preeclampsia es para tener un formato sistemático que me permite identificar y resolver las necesidades fundamentales de la paciente.

El plan de cuidados debe ser personalizado, ya que se emplea como un instrumento abierto y sistemático en el que a partir del diagnóstico enfermero, se trazan los objetivos, las intervenciones de enfermería y las evaluaciones un medio extraordinario para organizar los cuidados, pero exige mucho tiempo y energía.

El que las enfermeras apliquen el proceso atención enfermería sustentado en conocimientos teóricos y científicos sobre el cuidado integral de la persona donde acude a solicitar el servicio de salud es de gran beneficio para la institución y para el paciente por que se evitan complicaciones, además de que esto les ocasiona menos gastos económicos.

Como egresado de licenciatura en Enfermería y Obstetricia voy a contar con una herramienta para el futuro que me permita brindar cuidados integrales.

METODOLOGÍA.

1. Selección de la paciente en puerperio fisiológico inmediato.
2. Revisión, selección y análisis de bibliografía referente al puerperio fisiológico.
3. Elaboración de un diseño del proceso atención enfermería, que incluya todos los elementos necesarios para proporcionar atención de enfermería técnica y científica.
4. Valoración: se llevará a cabo a través de la observación, entrevista, historia clínica y examen físico para seleccionar los problemas prioritarios.
5. Diagnósticos: son elaborados siguiendo la metodología de PES con previa jerarquización.
6. Planeación: en este rubro se planearán todas las actividades a realizar entorno al proceso atención de enfermería, además se jerarquizará la problemática del paciente, como también se determinarán los objetivos y planeación de las intervenciones enfermería.
7. Ejecución: se realizarán todas las actividades planteadas de acuerdo a los problemas detectados.
8. Evaluación: se observarán las reacciones y cambios en la paciente, la eficacia de las intervenciones de enfermería además de la evaluación del logro de los objetivos.

9. Elaboración de conclusiones, sugerencias, referencias bibliografía, glosario de términos y anexos, el cual incluirá el formato utilizado en la realización de la valoración diagnóstica de enfermería.

VALORACION

Es la primera fase del proceso de enfermería que incluye la recogida, organización y valoración de los datos, procedentes de diversas fuentes para anunciar el estado de salud de una persona, familia y comunidad.

Métodos utilizados para la valoración es la observación, entrevista, historia general y examen físico.

a) Observación: capacidad intelectual de captar frases de los sentidos los detalles del mundo exterior¹.

La observación es una técnica conciente y deliberada que se desarrolla solamente a través del esfuerzo de un enfoque organizado. Algunos datos se recogen a través de los sentidos, sin embargo las enfermeras utilizan preferentemente la vista aunque todos están involucrados; el oído, tacto y olfato.

b) Entrevista: Técnica que permite aprender acerca de las personas a través de una comunicación intencional².

¹ MURRAY, Mary Ellen Proceso de atención de enfermería. Ed. Mc Graw Hill International Pág 118.

² BALSEIRO, A. Lasty Investigación en Enfermería Ed. Prado, Pág. 113

c) Historia clínica: Es un formato sistemático, por lo común en forma de cuestionario o de lista, que la enfermera puede emplear para obtener datos importantes acerca del paciente por medio de la entrevista permite a la enfermera establecer una relación con el paciente y su entorno, a fin de obtener los datos mas significativos de sus padecimientos, su estado psicológico y social, para definir los problemas prioritarios³.

d) Examen físico: El examen incluye aspectos físicos y psicológicos, la enfermera lo lleva a cabo para recoger datos sobre el estado del paciente. Puede centrarse en un aspecto general, considerando al individuo como un todo. El objetivo es identificar las capacidades individuales, tanto fisiológicos y psicológicos. En contrario como el medico que lo orienta hacia la enfermedad.

Para la realización del examen físico se utilizarán las siguientes técnicas:

Inspección

Se inicia el primer encuentro del paciente. Es una observación organizada de la Conducta y cuerpo del paciente.

Palpación

Incluye el tacto de la región o parte del cuerpo que se observa y anota cómo se sienten las diversas estructuras.

Se lleva cabo de una forma organizada de una región a otra, mediante esta técnica es posible valorar la dureza, textura, inflamación y movilidad de los órganos.

³ Ibidem, BALSEIRO, Pág. 113

Percusión

Se realiza golpeando suavemente con las yemas de los dedos sobre las falanges de la otra mano del explorador sobre el cuerpo del paciente. Determinando los tejidos subyacentes en movimientos.

Y la percusión ayuda establecer si están llenos de aire, líquidos o si son sólidos.

Auscultación

Es el método que se utiliza un estetoscopio para aumentar la audición.

Escuchar los sonidos interiores del cuerpo⁴.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

En esta fase, las enfermeras utilizan habilidades del pensamiento crítico para interpretar los datos de valoración e identificar los factores relacionados, los problemas del paciente. Para generar un enunciado del estado de salud del paciente⁵.

Es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia y/o la comunidad problema de salud, procesos vitales, reales o potenciales. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de actuaciones de enfermería que consigna los resultados de los que es responsable la enfermera⁶.

PLANEACIÓN

En esta fase la enfermera desarrolla un plan para ayudar al paciente a lograr un nivel de funcionamiento óptimo o mejorando las áreas problemáticas identificadas en los diagnósticos de enfermería; analizan los puntos, fuertes y débiles del paciente y su familia, el personal de enfermería, las instalaciones del cuidado de la salud y los recursos disponibles (incluidos otros profesionales de la salud); también examinan los

⁴ BRUNNER, D. Suddart “Manual de enfermería Médico Quirúrgica” Ed. Interamericana Pág. 11

⁵ KOZIER Bárbara, “Fundamentos de Enfermería: Conceptos, proceso y práctica” Ed. Mc. Graw Hill Interamericana. Pág. 116.

⁶ CARPENITO, Linda “Diagnóstico de enfermería” Ed. Interamericana, Pág. 18

puntos fuertes, creencias y valores personales que podrían influir en la fase de planeación de la atención.

El plan de atención de enfermería resultante está diseñado para ayudar a los pacientes y sus familiares en los siguientes aspectos.

Mantener un nivel actual de salud y funcionamientos si se identifica que están en riesgo de presentar problema.

Evitar lesiones o enfermedad.

Recuperar un nivel previo de salud y funcionamiento.

Mejorar en nivel de salud y funcionamiento.

Hay 3 pasos en la fase de planeación.

1. Establecimiento de prioridades.
2. Determinación de objetivos con el paciente.
3. Y planeación de intervenciones de enfermería.

1. Establecimiento de prioridades.

La enfermera determina cuáles de los problemas que identificó durante la fase de valoración necesitan atención inmediata y cuáles pueden ser tratados en un momento posterior⁷.

⁷ Ibidem, CARPENITO, Pág. 19

2. Determinación de objetivos en el paciente.

(Establecimiento de objetivo)

Lo que la enfermera logra con el paciente y que está encaminado a prevenir, remediar o aminorar el problema identificado en el diagnóstico de enfermería.

3. Planeación de las intervenciones de enfermería.

Son actividades que la enfermera planea y realiza para ayudar al paciente en la consecución de los objetivos identificados a fin de reducir o eliminar los problemas diagnosticados. Las intervenciones de enfermería reciben nombres diversos; acciones, estrategias, planes de tratamiento y ordenes de enfermería⁸.

EJECUCIÓN.

Es la fase en que la enfermera pone en marcha el plan de cuidados de enfermería en realizar, delegar y registrar⁹.

La fase de realización o ejecución consiste en varias actividades: validación y escritura del plan, suministro y documentación de la atención, y continuación de la colecta de datos¹⁰.

- **Validación del plan de atención.**

⁸ MURRAY, Mary Ellen Op cit.; PP. 59-77

⁹ KOZIER, Bárbara Op cit.; Pág. 162

¹⁰ MURRAY, Mary Ellen Op cit.; PP. 105-115

Este paso no debe ser necesariamente una prolongada consulta programada, sino más bien ha de tomar un tiempo muy breve en el cual las enfermeras buscan la opinión de otros colegas.

- **Documentación del plan atención de enfermería.**

La enfermera tiene un plan que individualizará la atención prolongada a un paciente. Está lista para suministrar la atención según lo planeado. En cada caso la enfermera puede ser incapaz de realizar el plan de atención sin hacer algunas modificaciones.

El plan de cuidados es el instrumento de trabajo por excelencia de la enfermera. Esta es directamente responsable del mismo y forma parte de sus funciones autónomas.

El objetivo del plan de cuidados sirve como anteproyecto para dirigir las actividades de enfermería hacia el cumplimiento de las necesidades de salud del paciente. Proporciona un mecanismo para la prestación de una atención constante y coordinada, se utiliza como instrumento de comunicación entre los profesionales de enfermería y otros miembros del equipo de atención sanitaria, proporciona normas para la documentación de las notas de las enfermeras y para la evaluación de la eficacia de los cuidados¹¹.

- **Continuación de la colecta de datos.**

Durante todo el proceso de realización la enfermera continúa colectando datos. A medida que la condición del paciente cambia, la base de datos también lo hace, de manera que resulta necesario revisar y actualizar el plan de atención.

¹¹ Phaneuf, Margot Ph, La planificación de los cuidados de enfermeros, Edit. Interamericana, PP, 202-203

EVALUACIÓN

Es la fase final, del proceso de enfermería es la evaluación o apreciación del resultado obtenido con los cuidados brindados. ¿Se proporcionaron con efectividad los cuidados? si fue así; ¿Por qué? si no, ¿porqué no? ¿Cómo podrían mejorarse los cuidados? La evolución del progreso del paciente se basa en la comparación entre el cuidado que se logró ofrecer y el cuidado que debería haber proporcionado la enfermera, el equipo de cuidado de la salud, el paciente o la familia, según se señaló en los objetivos del plan de cuidados, la evaluación del progreso del paciente indica que problemas fueron resueltos, y cuales requieren revaloración y replaneación¹².

¹² ATKINSON, Leslie, "Proceso de Atención de Enfermería" Ed. Manual Moderno, Pág. 3

CAPITULO I MARCO TEÓRICO.

1.1 CONCEPTO DE ENFERMERÍA.

La Enfermería es una profesión dinámica. La práctica de esta ocupación se encuentra en un cambio constante. Es una de las profesiones que cuenta con una larga y honorable tradición de servicio a la humanidad.

La Enfermería experimenta actualmente importantes cambios que surgen de la propia dinámica de crecimiento y evolución de las profesiones dentro del sistema de salud.

Tradicionalmente, a la enfermera se le ha atribuido valores como la caridad, altruismo, abnegación, vocación y sumisión frente a otros profesionales, disminuyendo la autonomía en sus decisiones. Sin embargo desde hace algunos años surge una corriente de opinión importante que toca de lleno la propia filosofía de la profesión y busca dar a la Enfermería una identidad propia.

Estos aspectos conceptuales inherentes a toda búsqueda de identidad, han ido madurando y evolucionando a lo largo del tiempo.

Fundamentalmente se busca, como objetivo, el desarrollo de una profesión que pueda aportar a la sociedad una serie de cuidados de salud que otros profesionales no ofrecen, adaptándose a las nuevas estructuras y estrategias del sistema sanitario como son la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Los grandes avances de la Enfermería surgieron en el siglo pasado y siguen hasta nuestros días, la Enfermería se ha ido convirtiendo en una disciplina científica, ha fortalecido sus propias bases teóricas que definen el rol profesional, ha fomentado el desarrollo académico de las personas que la ejercen y ha aplicado sus bases teóricas en la práctica. (2)

Definiciones de Enfermería:

Enfermería: Es el arte y la ciencia del cuidado integrado y comprensivo, en el cual la enfermera, junto con la persona beneficiaria de estos cuidados, identifican metas comunes para realizar y mantener la salud.

Persona: Es definida como uno o más seres humanos. Pero representa un todo único complejo definido por la interrelación e interacción entre aspectos biológicos, físicos, psicológicos, sociales, económicos y espirituales.

Entorno: Todo lo que habita su mundo interno y externo, que al mismo tiempo interactúa con su vida.

Salud: Completo bienestar bio- psico- social de una persona o sociedad.

Conceptos básicos del modelo de Virginia Henderson.

Virginia Henderson vivió en una época donde la teoría de Enfermería no era motivo de especulación por lo tanto no fue su propósito elaborarla de alguna manera.

Su trabajo fue la preocupación que causaba el constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera, preguntarse que es lo que deberían hacer las enfermeras que no pudieran hacer otros profesionales de la salud.

Le creaba insatisfacción por la ausencia de un modelo enfermero que le proporcionara una identidad profesional propia.

Se dio cuenta que los libros, que pretendían ser básicos para la información de las enfermeras, no definían de forma clara cual eran sus funciones.

Según Henderson, la única función de la enfermera es asistir al individuo sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte en paz) y que podría llevar a cabo sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios.

De acuerdo con la definición de la función propia de la enfermería; cada persona se configura como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que tienen 14 necesidades básicas:

Necesidades de: Oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación, movimiento y buena postura, descanso y sueño, vestido, termorregulación, higiene y protección de la piel, evitar peligros, comunicación, creencias y valores, autorrealización, recreación y aprendizaje.

La enfermería es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud reales o potenciales. (ANA, "Nursing A Social Policy Statement". 1980).

Proceso de enfermería.

Es un proceso analítico que debe ser utilizado por aquellos que prestan asistencia sanitaria cuando su actuación o la ayuda que ofrecen van encaminadas a resolver un problema. El propósito del proceso de enfermería radica en identificar los problemas sanitarios reales y de alto riesgo que sirve como base para planificar la asistencia, llevarse a cabo y valorar los resultados en el paciente¹³.

Características del proceso de enfermería

El proceso de enfermería proporciona un método para que las enfermeras utilicen sus conocimientos teóricos, prácticos y para prestar sus servicios a los seres humanos así como ayudar a los pacientes a satisfacer sus necesidades sanitarias (Wilkison 1992, Pág. 4-5). El proceso de enfermería se caracteriza por unas propiedades exclusivas que le permitan responder a los cambios que sufre el estado de salud del paciente. Así el

¹³ Ibidem.; Pág. 26

proceso de enfermería es cíclico y dinámico más que estático, es interpersonal y de colaboración.

Otra característica es universalidad. Se puede aplicar a pacientes de cualquier edad y en cualquier momento de continuo salud-enfermedad.¹⁴

1.2 Preeclampsia.

La preeclampsia es una alteración específica del embarazo en la que se desarrolla la hipertensión después de las 20 semanas de gestación en una mujer que antes está con tensión normales, es un proceso multisistémico de enfermedad vasoespástica caracterizada por hemoconcentración, hipertensión y proteinuria.

Enfermedad exclusiva de la especie humana; para que se presente se requiere la presencia de tejido corial activo.

Frecuencia

Los trastornos hipertensivos del embarazo contribuyen en gran medida a la morbilidad y mortalidad maternas y perinatales. La hipertensión complicada de 5% a 7% de todos los embarazos. De todas las mujeres en el embarazo, entre un 50% y un 70% manifiestan preeclampsia y eclampsia. La prevalencia aumenta hasta un 20% y el 40% de los embarazos en mujeres con enfermedades renales crónicas o trastornos vasculares como la hipertensión esencial, diabetes mellitus y lupus eritematoso.

Morbilidad y mortalidad.

La preeclampsia y la eclampsia pueden predisponer a la mujer hacia complicaciones potenciales tales como el abruptio de placenta, la coagulación vascular diseminada, hemorragia cerebral, accidentes cerebrovasculares, insuficiencia hepática e insuficiencia cerebral aguda.

¹⁴KOSSIER Bárbara. Op cit.; Pág. 93

La preclampsia contribuye al muertes fetal intrauterina y al mortalidad peri natal las causa principales de la muerte neonatal por preclampsia son la insuficiencia placentaria y es desprendimiento prematura de la placenta normalmente insertada. El crecimiento intrauterino retardado, también es común en los hijos de mujeres preeclámpicas.

La eclampsia (caracterizada por convulsiones) con profundos efectos cerebrales debido a la preclampsia es el riesgo materno mayor. como regla general, la morbilidad y mortalidad maternas y perinatales son máximas en los caso en los cuales la eclampsia se observa al comienzo de la gestación (antes de las 28 semanas) en madres mayores de 25 años, multigravídicas con hipertensiones crónicas o enfermedad renal presente.

Clasificación de los trastornos hipertensivos en el embarazo

TIPO	DESCRIPCION
Hipertensión inducida por el embarazo	Desarrollote hipertensión durante el embarazo que seda en el periodo posparto
Hipertensión (aislada)	Ausencia de proteinuria y edema también conocida como hipertensión transitoria si se desarrolla durante en embarazo o en la 24 horas siguientes al posparto.
preclampsia	Hipertensión con proteinuria edema generalizado o ambos; se desarrolla después de las 20 semanas de gestación o en el periodo posparto inmediato.
Eclampsia	Preclampsia con convulsiones o ambos.
Trastornos hipertensivos crónicos	Presencia de hipertensión antes del embarazo o antes de las 20 semanas de gestación.
Preclampsia sobreañadida	Desarrollo de preclampsia en mujeres con hipertensión crónicas.
Eclampsia sobreañadida	Desarrollo de eclampsia en mujeres con hipertensión crónica.

Etiología.

Las causas de la hipertensión el embarazo son múltiples y han sido materia de extensa investigación y mucha investigación. Las causas siguen siendo desconocidas.

La preclampsia es una situación exclusiva de embarazo humano, los signos y sintonías se desarrollan solo durante el embarazo y desaparecen con rapidez después del parto del feto y la placenta no hay un perfil único de la paciente que indique a la mujer que va a tener una preclampsia. No obstante ciertos factores se asocian con el desarrollo de la enfermedad: primer embarazo, gran multiparidad, feto grande y obesidad morbosa.

Varios conceptos principales que contribuyen a las teorías actuales referentes a la HIE son el tono vasoconstrictor incrementado, acción anormal de la prostaglandinas, y activación de las células del endotelio. También se dice que los factores inmunológicos.

En parte en vaso espasmo es el mecanismo subyacente de los signos y síntomas que aparecen con la preclampsia. Al vaso espasmo proviene de un aumento de la sensibilidad a los hipotensores circulantes, como la angiotensina II, y posiblemente un desequilibrio entre las prostaglandinas prostacilina y el tromboxano A₂.

Fisiopatología.

El vasoespasmo generalizado es la base para explicar la sintomatología y las complicaciones. El daño principal se perpetúa en el endotelio liberándose endotelial, un agente vasoactivo 10-20 veces más potente que la angiotensina II. Se disminuye la producción de la prostaglandinas (PGI₂ Y PGE), sustancias que actúan como vaso dilatadores potentes y evitan la agregación plaquetaria. Cuando la placenta es inadecuada desencadena hipoxia del trofoblasto, liberando peroxidasa placentaria capaz de causar daño endotelial mencionado.

Alteraciones útero placentarias: en la preclampsia las arterias espirales, arteriolas basales y radiales presentan aterosclerosis aguda que consiste en la necrosis de la pared, que lleva a la obliteración de los vasos y áreas de infarto placentario y ocasionando retardo del crecimiento intrauterino.

Alteraciones pulmonares: en la preclampsia grave se encuentran depósitos de fibrina en la vasculatura pulmonar. Existe predisposición al edema pulmonar que puede ser empeorada por una sobrecarga hídrica iatrogénica. El edema pulmonar puede ser izquierdo (cardiogénico), por aumento de la resistencia vascular sistémica y aumento de GC o no cardiogénico por las alteraciones de la permeabilidad de los vasos e hipoalbuminemia.

Alteraciones renales: la alteración renal que más se observa con más frecuencia es la endoteliosis capilar glomerular. Las alteraciones anatomopatológicas provocan cambios fisiológicos como disminución de la filtración glomerular y retención de sodio y agua. Cuando ha ocurrido daño tubular y cortical aparece la oligoanuria. La mayoría de las mujeres con preclampsia cursan con hipovolemia y gran retención de sodio. Coexiste una disminución del volumen intravascular con gran expansión del compartimiento de LEC, evidenciado por edema periférico.

Alteraciones hepáticas: la biopsia hepática ha demostrado la presencia de fibrina en las células reticuloendoteliales. En aproximadamente 16% de los casos de preclampsia se presentan lesiones de necrosis focal principalmente periportal, presentándose hemorragia subcapsular del hígado y muerte de la paciente. El hallazgo de enzimas hepáticas elevadas es una de las manifestaciones de la isquemia y necrosis focal hepática.

Alteraciones hematológicas: en la preclampsia la alteración hematológica más frecuente es la trombocitopenia, que en la mayoría de los casos guarda relación con la severidad de la hipertensión. La trombocitopenia está asociada a dos complicaciones de la preclampsia grave: el síndrome de HELLP y CID: en la preclampsia se encuentra también disminución en la actividad de la antitrombina III relacionándose con comienzo súbito de la enfermedad, severidad del daño hepático y de la preclampsia en general.

Alteraciones neurológicas: la etiología de las convulsiones (eclampsia) puede deberse a factores como, por ejemplo: vasoespasmos, hemorragia, isquemia, edema cerebral, encefalopatías hipertensiva o pérdida de la autorregulación cerebral. En 70% de los casos el edema cerebral es responsable del daño neurológico.

Signos y síntomas.

Edema, presencia excesiva de líquido en el espacio extravascular. Es el dato que parece mas precozmente, es blando de predominio vespertino, esta precedido de un aumento excesivo de peso por retención de agua y no guarda un paralelismo exacto con la gravedad del padecimiento

Hipertensión arterial, guarda mas paralelismo con la gravedad del padecimiento, generalmente no es muy alta. Para ser diagnostica, debe estar igual o mayor de 90 Mm. Hg. de diastolita y es mas importante en la elevación de las cifras diastolitas así como los cambios comparativos de la presión arterial en relación con los niveles de presión previas al embarazo la diastolita > de 10 Mm. g y la sistólica > 20 Mm. Hg.

Proteinuria o albuminuria: debe ser mayor de 1g/L de orina tiene un aumento progresivo y es francamente paralela al a gravedad de esta patología. }

Otros síntomas cefalea, dolor epigástrico trastornos visuales, amaurosis, escotomas, fosfenos oliguria- anuria, aumento de reflejos osteotendinosos- hiperreflexia, nauseas, vómitos.

TRATAMIENTO

Tratamiento en la preclampsia leve

1- medidas profilácticas :

- ❖ detectar grupos de riesgo en la consulta prenatal.
- ❖ Dar apoyo psíquico-emocional a las pacientes que lo requieran: madres adolescentes, madres solteras, madres de estratos socioeconómico bajo.
- ❖ Vigilar la aparición de signos y síntomas de alarma y actuar cuando se les detecte.
- ❖ Dar educación sobre medidas nutricionales al grupo en riesgo.

En general, el tratamiento en la preclampsia grave persigue tres objetivos básicos:

- ❖ Prevenir las convulsiones.
- ❖ Disminuir el vasoespasmo.
- ❖ Obtener un recién nacido en buenas condiciones.

Tratamiento del síndrome de preclampsia:

Medidas generales:

- ❖ Hospitalizar al paciente.
- ❖ Reposo en cama, en DLI.
- ❖ Colocar dos accesos venosos.
- ❖ Realizar reposición de líquidos.
- ❖ Control de signos vitales horario.
- ❖ Determinación de gasto urinario por medio de sonda foley.
- ❖ Determinación de exámenes de laboratorios: pruebas de funciones hepáticas, pruebas de función renal.
- ❖ Otras pruebas: monitorización fetal, ecografía obstétrica, perfil biofísico.

Tratamiento específico

- ❖ Antihipertensivos endovenosos: nitroprusiato de sodio dosis 0.25 mcg/kg/min. Hasta 5 mcg/kg/min. Nitroglicerina 0.25 mcg/kg/min. Hasta 4 mcg/kg/min.
- ❖ Antihipertensivos orales nifedipina 10 a 20 mg c/8 horas. Alfametildopa 250mg cada 8 horas.
- ❖ Anticonvulsivantes 3 sulfatos de magnesio dosis de impregnación: 6 gramos de Somg4 en 200 de lactato de ringer para pasar en 20 minutos, continuar la infusión de 1-2 gramos por hora. 3 difenilhidantoina bolo de 15-25 mg/kg en 100 de solución salina normal para pasar en 30 minutos. continuar con endovenosa cada 8 horas.
- ❖ Maduración pulmonar en embarazos de = 36 semanas.
- ❖ Definir vía y condiciones para el parto.

COMPLICACIONES DE LA PRECLAMPSIA

MATERNAS	FETALES
Eclampsia	SFA
Síndrome de Hellp	Retardo del crecimiento intrauterino
Desprendimiento de placenta	prematurez
Rotura hepática	muerte
IRA	
muerte	

1.3 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Definición

Las intervenciones de enfermería son estrategias específicas diseñadas para ayudar al paciente a conseguir los resultados. Se basa en los factores relacionados e identificados en la declaración del diagnóstico de enfermería. Por tanto, las intervenciones de enfermería definen las actividades necesarias para eliminar los factores que contribuyen a las respuestas humanas¹⁵.

Desarrollo de intervenciones de enfermería

Una vez establecidos los diagnósticos de enfermería y los resultados se decide como lograr los resultados y como fomentar, mantener o restablecer la salud del paciente.

Clasificación de las intervenciones

- Intervenciones dependientes: Estas se refieren a la ejecución de las órdenes médicas. Indican como debe ejecutarse la prescripción médica.

¹⁵Alfaro Rosa linda Aplicación del Proceso Atención Enfermería. Ed. Doyma, PP. 35, 50.

- Intervenciones interdependientes: Describen las actividades llevadas a cabo por la enfermera en cooperación con otros miembros del equipo de salud. Las intervenciones pueden implicar la colaboración con asistentes sociales, especialistas en dietética, terapeutas, ayudantes de laboratorio y médicos.
- Intervenciones independientes: Son aquellas actividades que pueden realizar las enfermeras sin necesidad de una orden médica. El tipo de actividades que pueden prescribir las enfermeras de forma independientes se definen como diagnóstico de enfermería. Se trata de las respuestas que las enfermeras están autorizadas a tratar en virtud de su formación y experiencia¹⁶.

Características de las intervenciones

1. Ser consecuente con el plan de cuidado.
2. Basarse en principios científicos.
3. individualizarse a la situación en concreto.
4. Utilizarse para proporcionar un ambiente seguro y terapéutico.
5. Incluir la utilización de los recursos a apropiados.

Consecuencia

Las intervenciones de enfermería no deberán entrar en conflicto con los enfoques terapéuticos del resto de los miembros del equipo de salud. Es importante que los miembros de las distintas disciplinas comenten sus objetivos y definan los métodos para alcanzar dichos objetivos. Cualquier diferencia de opiniones tendrá que resolverse para fomentar la consistencia en los cuidados.

¹⁶Ibidem Alfaro Rosa linda Pág. 50 75.

Base científica

Es la utilización de un fundamento científico que apoye las decisiones de la enfermera y constituya la base de la acción de enfermería. Cada intervención de enfermería deberá apoyarse en unos principios científicos.

Individualización.

Un propósito de las intervenciones de enfermería es comunicar de que modo los cuidados de un paciente difieren de los otros con un diagnóstico médico o de enfermería similar. Al desarrollo de las intervenciones, la enfermera escoge enfoque que se encargaran de las necesidades físicas y emocionales específicas de ese paciente. Directrices que deberán usarse en el desarrollo de intervenciones de enfermería individualizadas¹⁷.

- Centrarse en el / los factor(es) relacionado(s) el diagnóstico de enfermería.
- Incluir la opinión del paciente y de la familia a la hora de escoger alternativas.
- Tener en cuenta las fuerzas y debilidades del paciente y de la familia.
- Tener la urgencia y la gravedad de la situación.

Provisión de un ambiente seguro y terapéutico

La cuarta característica que hay que tener en cuenta es la satisfacción de las necesidades físicas y emocionales del paciente. Un ambiente seguro es donde se cubren las necesidades fisiológicas del paciente y se le protege de posibles lesiones.

Un ambiente terapéutico utiliza relaciones interpersonales eficaces para ayudar al paciente a resolver la respuesta humana alterada.

¹⁷ Ibidem Alfaro Rosa linda Pág. 50 75.

Oportunidades de enseñar-aprender.

El proceso de enseñanza-aprendizaje para el paciente consiste en la adquisición de nuevos conocimientos, actitudes, técnicas y unos cambios de comportamiento relacionados.

Utilidad de los recursos apropiados.

Es la incorporación de recursos apropiados. La enfermera debe tener en cuenta si la intervención de enfermería es realista para la satisfacción del paciente. La intervención deberá ser práctica en lo referente al equipo, factores económicos y recursos humanos¹⁸.

1.3.1 CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA PRECLAMPSIA

- ❖ Orientación al paciente sobre el motivo de su hospitalización, tratamiento médico, condiciones del ingreso y normas del servicio.
- ❖ Valorar estado de conciencia de la paciente, signos vitales y frecuencia cardíaca fetal.
- ❖ Colocar a la paciente en reposo en cama, en decúbito lateral izquierdo.
- ❖ Canalizar al paciente e iniciar hidratación según ordenes médicas.

¹⁸ Ibidem Alfaro Rosa linda Pág. 50 75.

- ❖ Tomar muestras para exámenes de laboratorio.
- ❖ Colocar sonda vesical (foley) para cuantificación de gasto urinario.
- ❖ Valorar signos vitales cada 4 horas.
- ❖ Control de líquidos.
- ❖ Proporcionar ambiente cómoda y tranquilo a la paciente: evitando exceso de estímulos como luz y ruido.
- ❖ Realizar los registros de enfermería correspondientes de manera clara, oportuna y detallada de los procedimientos y cuidados realizados a la paciente, al igual que tratamiento medico ordenado.

1.4 TIPOS DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

- Diagnostico real: Describe respuestas humanas a procesos vitales/estado de salud que existe en un individuo, familia o comunidad. Esta apoyado por características definitorias (manifestaciones, signos y síntomas)
- Diagnóstico enfermero de riesgo: Describe respuestas humanas a estados de salud/procesos vitales que pueden desarrollarse en un individuo, familia o comunidad vulnerables. Esta apoyada por factores de riesgos que contribuyan al aumentó de la vulnerabilidad.

Para un diagnóstico de enfermería de alto riesgo la enfermera utiliza el siguiente formato

Diagnóstico de enfermería = problema + factores de riesgo
De alto riesgo.

Cuando hace un diagnóstico de enfermería de alto riesgo, la enfermera es incapaz de enumerar los signos y síntomas porque el problema aun no se ha desarrollado; y de hecho, ella intenta intervenir de modo que el problema no ocurra.

- Diagnóstico enfermero de salud: Describe respuestas humanas a niveles de salud de un individuo, familia o comunidad que están en disposición de mejorar¹⁹

¹⁹ ATKINSON, Murray Mary Ellen , Op cit.; p

CAPITULO II VALORACIÓN DIAGNOSTICA DE ENFERMERÍA

Historia Clínica de Enfermería.

A la exploración física se encuentra:

T/A: 140/100. FC: 80X'. FR: 20x'. TEM: 36° C

Buen estado general con Buena coloración de tegumentos bien hidratada cardiopulmonar sin datos patológicos abdomen globoso a expensas de útero gestante. FU 30 cm. Producto longitudinal cefálico dorso izquierdo libre tacto vaginal diferido. Miembros inferiores ++ reflejos osteotendinosos ++ bililaxtis de 30 mg. de proteínas.

Básicos de laboratorio

BH

HB. 13

HTO.36

PLAQUETAS 250 000.

GLUCOSA

75

EGO

color claro

PH 5.5

Leucos 0-1 /c

Resto normal.

DATOS RELEVANTES

-Peso antes del embarazo 72 Kg.

Peso actual: 88kgm.

-escolaridad primaria.

-antecedentes hipertensivos en abuela materna

-hábitos alimenticios deficientes

-G: 3

-P: 2

-Antecedentes de aumento de peso de 3 Kg. En un mes

-dolor de cabeza, acompañado de acufenos, fosfenos y ocasionalmente mareos.

-actividad física excesiva.

-bililastix con 30mg. Proteínas

Exámenes de laboratorio normales.

DIAGNOSTICO Y PLAN

PLAN

El personal de enfermería le informa que es necesario ingresarla para estabilizar su presión.

Se ingresa, se coloca de cubito lateral izquierdo en posición de semi Fowler.

Se platica con ella, para que ella pueda relajarse y se encuentre mas tranquila.

Se le monitoriza T/A y FCF.

Se indican laboratorios perfil totémico y cuantificación de proteínas en 24 horas.

Se enviara a su casa con las siguientes recomendaciones.

- Reposo relativo, disminuyendo su actividad física.
- Tratar de estar tranquila, sin presiones.
- Le explica la importancia de tomarse sus medicamentos, a sus horas.
- La orienta en como puede adquirir habilidades para incrementar la confianza en sí misma y dominio de la situación de estrés.
- Identifica los recursos que permitan que comprenda que no está sola y que puede satisfacer las necesidades de su familia sin poner en riesgo su salud y la de su bebe.

2.1 PERFIL DEL PACIENTE.

Datos de identificación.

Nombre: Concepción Balam May

Edad: 30años

Lugar de origen: Mérida, Yucatán

Fecha de nacimiento: 05 – febrero – 1976.

Estado Civil: Casada.

Domicilio: calle 62 No. 527 X 60

Escolaridad: Nivel preparatoria.

Ocupación: Ama de casa.

Religión: Católica.

Familia responsable: Esposo

Ambiente físico.

Características físicas: Ventilación. Iluminación.

Habitación con buena ventilación e iluminación.

Propia (x) Rentada () Prestada () No De habitaciones: 4

Tipo de construcción: Material de block. Animales domésticos: Negado.

Servicios sanitarios:

Agua intra domiciliaría SI Hidrante público Otros

Eliminación de desechos:

Control de basura: Recolección por camión.

Drenaje: SI Fosa séptica: SI

OTROS: _____

Vías de comunicación:

Pavimentación: SI Colectivos: SI Teléfono: SI

Carreteras SI Camiones: SI

Taxi: SI Carro particular: NO

Recursos sobre la salud:

Centro de salud SI IMSS NO ISSSTE NO

Consultorio particular NO Otros

Hábitos higiénico dietéticos

Aseo:

Baño: (tipo y frecuencia): Baño diario.

De manos: (Frecuencia): ANTES DE COMER Y DESPUES DE IR AL BAÑO 5 VECES AL DIA APROXIMADAMENTE.

Bucal: (Frecuencia): Dos veces al día.

Cambio de ropa personal (total, parcial y frecuencia): DOS VECES AL DIA.

Alimentación

Carne: 3 x 7

Huevos: 2 x 7

Verduras: 5 x 7

Leche: 7 x 7

Frutas: 2 x 7

Tortillas: 7 x 7

Leguminosas: 0 x 7

Pan: 5 x 7

Pastas: 2 x 7

Agua: De 1 a 2 lts X día.

Eliminación:

Horario y característica:

Intestinal: De 1 vez cada tercer día, características normales.

Vesical: Cuatro a seis veces, color amarillo concentrado.

Descanso:

(Tipo y frecuencia) Negado

Sueño (Horario y característica) de las 22 a las 7:00 AM.

Diversión y/o deportes. ninguno

Trabajo y/o estudio: ninguno

OTROS:- Ama de casa.

COMPOSICIÓN FAMILIAR

PARENTESCO	EDAD	OCUPACIÓN	PARTICIPACIÓN ECONÓMICA
Hija	8 años	Escolar	
Hijo	5 años	Preescolar	
esposo	33 años	Empleado	\$ 2200. 00 quincenal

Dinámica familiar: Buena convivencia y relacionada con la familia de ambos.

Dinámica social: Cine, parques recreativos y fiestas infantiles.

Comportamiento:

Agresivo NO Tranquilo NO Indiferente SI Alegre SI

Cooperador SI

Antecedentes Personales No Patológicos

Grupo y Rh: O positivo

Tabaquismo: NO

Alcoholismo; NO

Fármaco dependencia: NO

Antecedentes Personales Patológicos:

Diabetes. NO

Epilepsia. NO

HTA. NO

Cardiopatía. NO

Neuropatía. NO

Enf. Infecto-contagiosas. NO

Toxoplasmosis. NO

Antecedentes quirúrgicos. SI

Tipo: OSTEOSINTESIS POR FX DE TOBILLO _____

Antecedentes transfusionales. NO

Antecedentes traumáticos. SI

Otros: _____

Antecedentes Heredo familiares:

Sífilis.	NO	S. I. D. A.	NO
Malformaciones congénitas.	NO	Consanguinidad.	NO
Retraso mental.	NO	Hipertensión	SI
Diabetes.	SI		
Neoplasias.	NO		
Cardiopatía.	NO		
Neuropatía.	NO		

Interrogatorio por Aparatos y Sistemas:

Cardió-Respiratorio:

Palpitaciones: NO	Lipotimias	NO	Disnea: SI	Tos: NO
Acufenos: SI	Dolor torácico: NO		Edema: SI	Disfonías: NO
Fosféos: SI	Disnea: NO			

Observaciones: _____

Digestivo:

Apetito normal. NO	Vomito NO	Meteorismo	NO		
Diarrea	NO		Estreñimiento: SI		
Disminución de apetito	NO	Nauseas	NO	Distensión	NO
Pirosis	SI	Dolor abdominal: NO	Ruidos peristálticos: SI		
Melena	NO	Prurito anal	NO	Disfagia	NO
Regurgitaciones	NO	Constipación	NO	Pujo y tenesmo	NO

Observaciones: _____

Genitourinario:

Dolor NO Piuria NO Dismenorrea NO

Disuria NO Poliuria NO Prurito NO

Tenesmo NO Disuria NO Leucorrea NO

Características

Hematuria NO Escurrimiento uretral NO

Glándulas Mamarías: NORMALES PARA EDAD Y SEXO

Patología mamaria: NO

Nervioso:

Cefalea SI Aislamiento NO Inconciencia NO

Miosis NO Temblores NO Insomnio NO

Anisocoria NO Babinski NO

Depresión NO Falta de memoria NO

Midriasis NO Ansiedad NO

Observaciones: Manifiesta la paciente sentir miedo y tristeza por no conocer el estado de salud del neonato.

Músculo esquelético:

Deformidades: óseas, articulares. y musculares

Crepitación NO Aumento de peso SI

Hipertricosis NO Hipertiroidismo NO

Mialgias NO Polidipsia NO
Sudoración NO Hipotiroidismo NO
Artralgias NO Polifagia NO Diabetes NO
Varices NO Pérdida de peso NO

Observaciones: _____

Piel y anexos

Órganos de los sentidos:

Pigmentación NO Heridas NO Otorrea NO Conjuntivitis NO
Dermatosis NO Edema NO Hipoacusia NO Epistaxis NO
Acné NO Turgencia NO Dolor NO Riñera NO
Alergia NO Prurito NO Trastorno del olfato NO

Observaciones:

Comprensión y/o comentario de su problema o padecimiento

Temor por su salud y la de su bebé.

Antecedentes Gineco-Obstétricos:

Menarca: 13 años

Ciclos: 30 días

Duración: 3 x 3

Dismenorreica: NO

Incapacitante. NO

Método de control prenatal: SI

Tipo: Orales (no recuerda)

FUM: 18 – 01 - 06. FPP: 10 – 09 – 06.

SDG: 31

Papanicolaou SI

Fecha: Abril – 2002 Resultados: proceso inflamatorio, más infección, desconoce de que tipo.

Gestas: 3 Paras: 2 Abortos: 0 Cesárea: 0

Periodo ínter genésico: 4 años

Vigilancia prenatal: SI

No De compañeros sexuales: 1.

Circuncidados: NO

No de gestas	Fecha	Parto	Fórceps causas	Cesáreas	LUI	Peso del producto Observaciones
1	1998	Eutócico				No recuerda
2	2001	Eutócico				No recuerda

Evolución del embarazo

Complicaciones

Embarazos previos NO

Embarazos ectópicos	NO
Embarazos molares	NO
Preeclampsia	NO
Parto prematuro	NO
Malformaciones del Producto	NO
Muerte neonatal	NO
Óbito	NO
Infecciones de vías Urinaria	SI
Infecciones generales	NO

Exploración Física:

Peso antes del embarazo: 72 Kg.

Peso actual 88 Kg.

Estatura: 1.50 cm.

Pulso: 75 por minuto

Tensión Arterial: 140 /100.

Temperatura: 36°C

Respiración: 22 por minuto

Inspección.

Aspecto Físico: Paciente orientada en sus tres esferas neurológicas con ligera palidez de piel y tegumentos, mucosas semihidratadas.

Palpación: Se encuentran mamas aumentadas de tamaño, congestionadas.

Útero globoso desviado a la derecha a nivel de la cicatriz umbilical.

Percusión Abdominal: No se determina presencia de aire.

Auscultación: Campos pulmonares bien ventilados ruidos cardiacos de buen tono en ritmo e intensidad, peristalsis presente.

Participación del paciente y la familia en el diagnostico y rehabilitación: En la aportación de información, cooperación en las medidas asistenciales.

Problema o padecimiento actual

Signos y síntomas:

Dolor, cefalea, edema de miembros inferiores y cara, palidez generalizada, inquietud, ansiedad, fatiga, estreñimiento, pirosis.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.

- ❖ ALTO RIESGO DE ALTERACIÓN DE LA PERFUSIÓN TISULAR FETAL RELACIONADO CON LA INSUFICIENCIA UTEROPLACENTARIA.

- ❖ ANSIEDAD RELACIONADA CON EL DÉFICIT DE CONOCIMIENTO SOBRE EL TRANSTORNO DE LA PRECLAMPSIA Y SU TRATAMIENTO.

- ❖ DOLOR RELACIONADO CON LA IRRITABILIDAD DEL SNC.

- ❖ EXCESO DE VOLUMEN DE LIQUIDOS CORPORALES (EDEMA) RELACIONADO CON LA RETENSION HIDRICA Y LA ALTERACION DE LA EXCRECION DE SODIO.
- ❖ ALTO RIESGO DE LESION MATERNA RELACIONADO CON LAS CONVULSIONES.
- ❖ DISNEA RELACIONADA CON LA MODIFICACION DE LA CAPACIDAD TORACICA, DEBIDO A LA ELEVACION DEL DIAFRAGMA.
- ❖ ALTO RIESGO DE LESION RENAL RELACIONADO CON VASOCONSTRICION DE LOS GLOMERULOS.
- ❖ ESTREÑIMIENTO RELACIONADO CON LA DISMINUCION DE LA MOTILIDAD GASTICA.
- ❖ PIROSIS RELACIONADA CON LA PRESION DEL CARDIAS DEBIDO AL CRECIMIENTO UTERINO.

JERARQUIZACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.

1. ALTO RIESGO DE ALTERACIÓN DE LA PERFUSIÓN TISULAR FETAL RELACIONADO CON LA INSUFICIENCIA UTEROPLACENTARIA.
2. EXCESO DE VOLUMEN DE LIQUIDOS CORPORALES (EDEMA) RELACIONADO CON LA RETENSION HIDRICA Y LA ALTERACION DE LA EXCRECION DE SODIO.
3. ALTO RIESGO DE LESION MATERNA RELACIONADO CON LAS CONVULSIONES.

4. DISNEA RELACIONADA CON LA MODIFICACION DE LA CAPACIDAD TORACICA, DEBIDO A LA ELEVACION DEL DIAFRAGMA.
5. DOLOR RELACIONADO CON LA IRRITABILIDAD DEL SNC.
6. ESTREÑIMIENTO RELACIONADO CON LA DISMINUCION DE LA MOTILIDAD GASTICA.
7. ANSIEDAD RELACIONADA CON EL DÉFICIT DE CONOCIMIENTO SOBRE EL TRANSTORNO DE LA PRECLAMPSIA Y SU TRATAMIENTO.
8. PIROSIS RELACIONADA CON LA PRESION DEL CARDIAS DEBIDO AL CRECIMIENTO UTERINO.

CAPITULO III. PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

Diagnóstico de Enfermería 1:

Alto riesgo de alteración de la perfusión tisular fetal relacionado con la insuficiencia útero placentaria.

Objetivo:

Estabilizar el estado del feto.

Actividades de Enfermería.	Fundamentación científica.
Medir duración y frecuencia de las contracciones uterinas.	El feto puede sufrir el efecto fisiopatológico de las contracciones uterinas. La frecuencia, duración e intensidad pueden determinar anomalías en el estado de salud del producto.
Vigilar FCF en busca de sufrimiento fetal.	La aceleración o desaceleración de la FCF son signos de sufrimiento fetal como consecuencia de una disfunción placentaria. El sufrimiento fetal clínicamente se traduce en alteraciones de la frecuencia fetal.
Mejorar el ingreso de oxígeno a la madre.	Cuando la placenta no es capaz de sintetizar, utilizar o transformar los elementos químicos y nutritivos, sea por alteraciones propias o por la existencia de alguna enfermedad se produce insuficiencia uteroplacentaria que consiste en el nulo aporte de oxígeno al producto.
Colocar a la paciente en decúbito lateral.	Esta posición evita la compresión de los grandes vasos y la presencia de fenómenos vágales.
Evaluación.	
Durante la estancia en el área de labor no se presentaron signos de sufrimiento fetal	

Diagnóstico de Enfermería 2:

Exceso de volumen de líquidos corporales (edema) relacionado con la retención hídrica y la alteración de la excreción de sodio.

Objetivo:

Disminuir y controlar el edema.

Actividades de Enfermería.	Fundamentación científica.
Cuantificar T/A cada 4 horas.	La tensión arterial representa la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes arteriales. La hipertensión puede indicar un aumento de la resistencia periférica, gasto cardiaco, volumen de sangre, etc.
Pesar diariamente a la paciente.	<p>El aumento ponderal de 2.5 Kg. o más suele ser manifestación de una retención de líquidos.</p> <p>El peso diario del paciente puede ayudar a determinar el balance hídrico y el aporte adecuado.</p> <p>El edema indica una sobrecarga circulatoria como consecuencia de la disminución del gasto cardiaco.</p>
Control de líquidos.	<p>La capacidad de reabsorción del sodio, cloro y agua en los tubulos renales aumenta en un 50% debido a las hormonas tiroideas así como la filtración glomerular.</p> <p>Hay que medir y dejar constancia escrita del ingreso y egreso de líquidos para identificar edema.</p>
Medir diuresis.	El desequilibrio hídrico, con frecuencia la hipovolemia, se produce por la incapacidad de los riñones para regular los líquidos extracelulares mediante la reducción de la eliminación de sodio y

<p>Dieta baja en sodio.</p>	<p>agua.</p> <p>Hay que medir y dejar constancia escrita del ingreso y egreso de líquidos para identificar edema.</p> <p>El exceso de ingesta de sodio aumenta la retención de líquidos, que a su vez aumenta el volumen vascular y el gasto cardiaco.</p>
<p style="text-align: center;">Evaluación.</p> <p>A pesar de las acciones la paciente continúa con edema en cara y miembros inferiores.</p>	

Diagnóstico de Enfermería 3:

Alto riesgo de lesión materna relacionada con las convulsiones.

Objetivo:

Evitar que se presenten las convulsiones.

Actividades de Enfermería.	Fundamentación científica.
Ministración de medicamentos. (Diazepam, sulfato de magnesio).	Este tipo de medicamentos disminuyen la hiperreflexia, alivian el vaso espasmo cerebral, bajan la T/A y mejoran la diuresis.
Mantener reposo absoluto en cama.	El reposo absoluto en cama aminora la presión arterial y el trabajo del corazón y mejora el efecto del sulfato y diazepam.
Cuantificar presión arterial	Una cifra elevada de la T/A (160/110) puede manifestar tendencia a las convulsiones.
Evitar estímulos externos.	Una luz brillante, corrientes de aire y ruido son estímulos que pueden aumentar la hiperreflexia y llevar a una convulsión.
Vigilar estado neurológico.	La hiperreflexia, cefalea, acúfenos y fosfenos son signos y síntomas muy importantes que proporcionan datos de la alteración del sistema nerviosos.
Evaluación.	
Durante su estancia hospitalaria la paciente no presenta convulsiones.	

Diagnóstico de Enfermería 4:

Disnea relacionada con la modificación de la capacidad torácica, debido a la elevación del diafragma.

Objetivo:

Asegurar que la paciente tenga un suministro adecuado de oxígeno durante el proceso del embarazo.

Actividades de Enfermería.	Fundamentación científica.
Orientar sobre los cambios fisiológicos y sus efectos durante el embarazo.	Las medidas tomadas para asegurar un buen intercambio respiratorio disminuye la ansiedad en las pacientes con trastornos respiratorios.
Fomentar hasta donde sea permitido el ejercicio pasivo.	El ejercicio ayuda a la función ventilatoria ya que estimula a la respiración profunda y al intercambio de O ₂ y CO ₂ .
Adoptar la posición más adecuada cuando se siente y a la hora de dormir para obtener alivio si existen problemas.	Las posiciones de fowler o semifowler, lateral izquierda favorece un suministro suficiente de oxígeno y fortalece el buen funcionamiento de todos los sistemas del organismo.
Evaluación. Aumenta la eficacia respiratoria.	

Diagnóstico de Enfermería 5:

Dolor relacionado con la irratibilidad del sistema nervioso central.

Objetivo:

Disminuir el dolor en la paciente preecláptica.

Actividades de Enfermería.	Fundamentación científica.
<p>Ministración de analgésicos.</p> <p>Vigilar cambios en el estado de conciencia y signos vitales</p> <p>Mantener la cabeza de la paciente a 30 grados e decúbito.</p> <p>Vigilar estado neurológico.</p>	<p>Son sustancias sintéticas cuyo principio activo tiene la propiedad de suprimir el dolor al actuar directamente sobre el sistema nervioso central, deprimiendo el centro dolorígeno complejo, el tálamo óptico y el lóbulo frontal (que constituye el centro de la percepción dolorosa y de la reacción psicológica emocional acompañante).</p> <p>Valorar periódicamente cambios en el estado de conciencia de la paciente en busca de signos de alarma como (cefalea, náuseas, vómitos) .</p> <p>La posición de la cabeza debe ser neutra, evitando la compresión venosa yugular. La posición de la cabeza en 30 grados respecto al tronco es contravertida, existen trabajos anecdóticos que han mostrado que esta posición puede aumentar la PIC, otros no han mostrado diferencia de la PIC entre 0 y 30 grados (6). La mayoría de los autores recomiendan la posición de 30 grados hasta tener un monitoreo de la PIC, un vez se obtenga el valor de la PIC, se debe colocar la cabeza en la posición en que ésta sea menor.</p> <p>La hiperreflexia, cefalea, acúfenos, son síntomas manifiestos de eclampsia.</p>

Aplicación de calor o frío	El calor tiende aliviar el dolor aumentando la circulación en la parte del cuerpo donde se aplica. El frío intenso sirve para insensibilizar las terminaciones sensoriales nerviosas y evita la transmisión de impulsos dolorosos.
----------------------------	---

Evaluación.

Durante su estancia hospitalaria la paciente no presenta convulsiones.

Diagnóstico de Enfermería 6:

Estreñimiento relacionado con la disminución de la motilidad gástrica.

Objetivo:

Restablecer el funcionamiento normal intestinal y alivio de los síntomas ocasionados por este.

Actividades de Enfermería.	Fundamentación científica.
Proporcionar líquidos con estricta vigilancia.	Los líquidos aumentan considerablemente el reblandecimiento de las heces y facilita la evacuación.
Incluir fibra en su dieta.	La dieta rica en fibra proporciona suficiente volumen para estimular la actividad refleja de la evacuación.
Cambios de posición en cama.	Los cambios de posición ayuda a fortalecer los músculos abdominales y a estimular la actividad motora del colon.
Evaluación.	
A lo largo de su estancia hospitalaria se logro modificar el patrón deficiente de la eliminación.	

Diagnóstico de Enfermería 7:

Ansiedad relacionada con el déficit de conocimiento sobre el trastorno de la preeclampsia y su tratamiento.

Objetivo:

Disminuir la ansiedad en la paciente durante su estancia hospitalaria.

Actividades de Enfermería.	Fundamentación científica.
Informar oportunamente a la paciente sobre la evolución de la enfermedad.	La ansiedad puede aumentar la presión sanguínea.
Explicar a la paciente sobre los procedimientos que pudieran ser necesarios que se le realice.	El conocimiento reduce la ansiedad relacionada con los cambios que se dan durante su estancia hospitalaria.
Realizar ejercicios de relajación y respiración.	La relajación y la respiración libera la tensión muscular que puede estar relacionada con la ansiedad.
Proporcionar apoyo psicológico a la paciente referente al medio hospitalario.	La comunicación tiende a ejercer efectos tranquilizantes que contrarrestan o inhiben la ansiedad.
Proporcionar un medio ambiente tranquilo.	Por lo general las personas sienten menos temor cuando conocen los que les va a suceder respecto al medio ambiente que la rodea. La tranquilidad es necesaria tanto para evitar como para aliviar el temor.
Evaluación.	
La paciente comprendió los procedimientos y disminuyó su estado de temor.	

Diagnóstico de Enfermería 8:

Pirosis relacionada con la presión del cardias debido al crecimiento uterino.

Objetivo:

Disminuir las molestias causadas por la pirosis.

Actividades de Enfermería.	Fundamentación científica.
Proporcionar dieta sin grasa y condimentos, comer despacio y masticar bien los alimentos.	La dieta restringida en grasas y condimentos alivian los síntomas producidos por la pirosis ya que actúan a nivel de pared estomacal evitando la irritación y por lo consiguiente el reflujo hacia el esófago.
Proporcionar líquidos a la hora de las comidas, con vigilancia estricta.	Los líquidos provocan amortiguamiento del ácido dentro del estomago, aliviando las molestias.
Evitar recostarse, inclinarse o agacharse después de cada comida.	Al realizar estas acciones ayudamos a eliminar las causas disponibles para el reflujo ya que la gravedad actúa impidiendo el regreso de acidez y mejora la función del esfínter inferior del esófago.
Evaluación. Se logra eliminar las molestias ocasionada por la pirosis.	

CONCLUSIONES.

El papel de la enfermera es fundamental en el manejo y tratamiento de la paciente con preclampsia., ya que de ello depende gran parte de la buena evolución.

El análisis de datos obtenidos del proceso atención de enfermería implica obtener información necesaria y oportuna para corregir el déficit en la asistencia de enfermería y así mejorar la calidad de atención y prevenir posibles complicaciones en las pacientes con preeclampsia.

Durante la realización del proceso atención de enfermería, observe algunas deficiencias en la asistencia de enfermería, ya que se tiene un déficit de conocimientos referentes al proceso en cuanto a su realización y aplicación, es por esto que se deja un antecedente para el manejo y aplicación del proceso a una paciente con preeclampsia.

El personal de salud debe orientar a la paciente y familia acerca del seguimiento continuo del puerperio fisiológico mediato y tardío y así prevenir posibles complicaciones.

El personal de Enfermería al oír la palabra proceso cree que es investigar y leer en sus áreas de trabajo, así como un lenguaje poco comprensible.

SUGERENCIAS.

Los Enfermeros debemos utilizar el proceso atención enfermería de manera sistemática y estructurada en sus etapas y con bases en el método científico, adaptándolo a los continuos cambios de acuerdo al estado emocional de la persona.

Como profesionales de la salud tenemos el compromiso de actualizar permanentemente nuestros conocimientos que serán un hilo conductor importante en el ejercicio de nuestra profesión, donde además se muestran nuestros valores vinculados a la responsabilidad frente a los cuidados ofrecidos, debemos tener muy en cuenta que los cuidados de enfermería desempeñan un papel de primer orden.

Como pasante de enfermería tendré una herramienta para el futuro que me permitirá desarrollar habilidades intelectuales con pensamiento crítico, capacidad de resolver y plantear nuevos problemas, Para la toma de decisiones y fundamental en la plantación del cuidado.

Sugiero la implementación del proceso atención de enfermería en las instituciones de salud como instrumento de trabajo en la práctica clínica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Ramírez Alonso, Félix Obstetricia para la Enfermera Profesional, Ed. El manual moderno, 1ª Edición. México DF. PP. 552
- Alfaro, Rosa Linda: Aplicación del proceso atención enfermería, Ed. Doyma Barcelona, España, 1989, PP. 350.
- Atkinson Leslie D. Proceso de atención de Enfermería, Ed. Manual Moderno México 1979, PP. 17.
- B. Kozzier, G ERB Fundamentos de Enfermería, conceptos, procesos y práctica, Ed. McGraw Hill – Interamericana Sta. Edición Delegación Iztapalapa México, DF. PP. 848, Abril 2002.
- Balseiro Almario, Lastenia Investigación en Enfermería, Ed. Prado, S.A. de C.V. 2ª Ed, Col Doctores, México, DF. 1991, PP. 215.
- Bajo J. González de A. Vero R. Cambios Fisiológicos de la Mujer durante el puerperio (Fabre E. Ed.) SEGO. No Reproducciones Zaragoza, 1996, CAPIS, PP. 367-380.
- Carpenito Linda Diagnóstico de enfermería, Ed. Interamericana 2ª Ed. México DF. 1998, PP. 465
- Cunningham F.G. McDonald. Williams's obstetricia. 4a Ed. Editorial masón S.A.1996. PP.500.
- Doris c. bethea. Enfermería materno infantil. Traducción de Antonio Garst Thalheimer4a ED, Editorial interamericana S.A. de C.V. México DF. PP 428
- Grace V, Hornemann Métodos fundamentales de enfermería.6ª Ed. Editorial Troquel S.A. San José buenos Aires Argentina, impreso en 1960.PP.450.
- Monreal José Luís Diagnostico Enfermería MOSBY, ED. Grupo Océano, Edición 1995, Colombia PP. 1437.
- NANDA Diagnostico Enfermeros: Definiciones y Clasificaciones ED. Española, Madrid – España 2001, PP. 263.
- Phaneuf, Margot Ph. Planificación de los Cuidados enfermeros. Traducción: Rosario Moro Domingo, PP 290.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Ramírez Alonso, Félix Obstetricia para la Enfermera Profesional, Ed. El manual moderno, 1ª Edición. México DF. PP. 552
- Alfaro, Rosa Linda: Aplicación del proceso atención enfermería, Ed. Doyma Barcelona, España, 1989, PP. 350.
- Atkinson Leslie D. Proceso de atención de Enfermería, Ed. Manual Moderno México 1979, PP. 17.
- B. Kozzier, G ERB Fundamentos de Enfermería, conceptos, procesos y práctica, Ed. McGraw Hill – Interamericana Sta. Edición Delegación Iztapalapa México, DF. PP. 848, Abril 2002.
- Balseiro Almario, Lastenia Investigación en Enfermería, Ed. Prado, S.A. de C.V. 2ª Ed, Col Doctores, México, DF. 1991, PP. 215.
- Bajo J. González de A. Vero R. Cambios Fisiológicos de la Mujer durante el puerperio (Fabre E. Ed.) SEGO. No Reproducciones Zaragoza, 1996, CAPIS, PP. 367-380.
- Carpenito Linda Diagnóstico de enfermería, Ed. Interamericana 2ª Ed. México DF. 1998, PP. 465
- Cunningham F.G. McDonald. Williams's obstetricia. 4a Ed. Editorial masón S.A.1996. PP.500.
- Doris c. bethea. Enfermería materno infantil. Traducción de Antonio Garst Thalheimer4a ED, Editorial interamericana S.A. de C.V. México DF. PP 428
- Grace V, Hornemann Métodos fundamentales de enfermería.6ª Ed. Editorial Troquel S.A. San José buenos Aires Argentina, impreso en 1960.PP.450.
- Monreal José Luís Diagnostico Enfermería MOSBY, ED. Grupo Océano, Edición 1995, Colombia PP. 1437.
- NANDA Diagnostico Enfermeros: Definiciones y Clasificaciones ED. Española, Madrid – España 2001, PP. 263.
- Phaneuf, Margot Ph. Planificación de los Cuidados enfermeros. Traducción: Rosario Moro Domingo, PP 290.

ANEXOS

VALORACIÓN DIAGNÓSTICA DE ENFERMERÍA

1. DATOS DE IDENTIFICACION:

Nombre Domicilio
Sexo_
Nacionalidad;
Escolaridad:
Ocupación: Fecha de nacimiento;
Estado civil
Religión: Familiar responsable:
Grupo sanguíneo:
Talla:
Peso

2. PERFIL DEL PACIENTE

AMBIENTE FÍSICO

Propia Rentada Prestada habitaciones:___

Tipo de construcción

SERVICIOS SANITARIOS:

Agua intra domiciliaría Hidrante público Otros

ELIMINACIÓN DE DESECHOS:

Control de basura:

Drenaje: Fosa séptica

Letrina

OTROS: _____

VIAS DE COMUNICACIÓN

Pavimentación Colectivos Teléfono

Carreteras Metro Camiones

Taxi Carro particular

RECURSOS SOBRE LA SALUD:

Centro de salud IMSS ISSSTE Consultorio particular

Otro

HÁBITOS HIGIÉNICO – DIETÉTICOS:

ASEO.

Baño: (tipo y frecuencia)

De manos: (Frecuencia Bucal)

Cambio de ropa personal (total, parcial y frecuencia)

ALIMENTACIÓN.

Carne

Huevos:

Verduras:

Leche

Frutas:

Tortillas:

Leguminosas:

Pan:

Pastas:

Agua: _____ lts X día o vaso al
Día:

ELIMINACIÓN:

Horario y característica:

Intestinal:

Vesical:

Descanso:

(tipo y frecuencia

Sueño (Horario y característica) _

Diversión y/o deportes.

Trabajo y/o estudio:

OTROS:- _____

COMPOSICIÓN FAMILIAR

PARENTESCO	EDAD	OCUPACIÓN	PARTICIPACIÓN ECONÓMICA
------------	------	-----------	----------------------------

DINÁMICA

FAMILIAR:

DINÁMICA SOCIAL:

COMPORTAMIENTO: (conducta cotidiana):

Agresivo

Tranquilo

Indiferente

Alegre

Cooperador

3.- ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICO

Vacunación incompleta.

Grupo y Rh:

Tabaquismo

Toxicomanías negadas,

Alcoholismo

Fármaco dependencia

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS.

Diabetes.

Epilepsia.

HTA.

Cardiopatía.

Neuropatía.

Enf. Infecto-contagiosas.

Toxoplasmosis.

Antecedentes quirúrgicos.

Tipo: _____

Antecedentes transfusionales.

Antecedentes traumáticos.

Otros

ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES:

Sífilis.

S. I. D. A.

Malformaciones congénitas.

Consanguinidad.

Retraso mental.

Trastornos psiquiátricos.

Diabetes.

Neoplasias.

Cardiopatía.

Neuropatía.

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

CARDIO-RESPIRATORIO.

Palpitaciones.

Lipotimias

Disnea

Acúfenos

Dolor torácico

edema

Fosfenos

Ruidos cardiacos

Cianosis

Tos

Disfonías

Expectoración:

Observaciones: _____

DIGESTIVO

Apetito normal.

Vomito

Meteorismo

Diarrea

Disminución de apetito

Nauseas

Distensión

Hematemesis

Pirosis

Dolor abdominal

Ruidos peristálticos

Melena

Prurito anal

Disfagia

Regurgitaciones

Constipación

Pujo y

tenesmo

Observaciones:

GENITOURINARIO.

Dolor

Piuria

Dismenorrea

Patología

mamaria

Tipo:

Disuria

Poliuria

Prurito

Tenesmo

Disuria

Leucorrea

Hematuria

Escurrecimiento uretral

Características

Glándulas

Mamarias:

Observaciones:

NERVIOSO

Cefalea

Aislamiento

Inconciencia

Miosis

Temblores

Insomnio

Aniso Coria

Depresión

Falta de memoria

Midriasis

Ansiedad

Miosis

Babinski

Observaciones:

MUSCULO-ESQUELETICO

Deformidades: óseas, articulares y musculares Crepitación Aumento de
peso

Hipertricosis Galactorrea Hipertiroidismo

Tipo: _____

Mialgias Polidipsia Sudoración

Hipotiroidismo

Artralgias Polifagia Diabetes

Varices Pérdida de peso

Observaciones: _____

PIEL Y ANEXOS

ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS

Pigmentación

Herida

Otorrea

Conjuntivitis

Dermatosis

Edema

Hipoacusia

epistaxis

Acne

Turgencia

Dolor

Alergia

Prurito

Trastornos del Olfato

Observaciones: _____

Comprensión y/o comentario de su problema o Padecimiento

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS.

Menarca:

Ciclos: _

Duración:

Dismenorreica

Incapacitante _____

Método de control prenatal:

Tipo: FUR:

Periodo de utilización:

Papanicolaou _____

Fecha: _____ Resultados: _____

Gestas:

Paras:

Abortos: _____

Cesáreas: __

Periodo

Ínter genésico: _____

Vigilancia prenatal:

No De compañeros sexuales

Evolución del embarazo

Complicaciones

Embarazo previos

Embarazos ectópicos

Embarazos molares

Preeclampsia

Parto prematuro

Malformaciones del Producto

Muerte neonatal

Óbito

Infecciones de vías Urinaria

Infecciones generales

EXPLORACIÓN FÍSICA

Peso antes del embarazo:

Peso actual

Sobre peso de: _____ Kg.

Estatura: Pulso Tensión Arterial:

Temperatura:

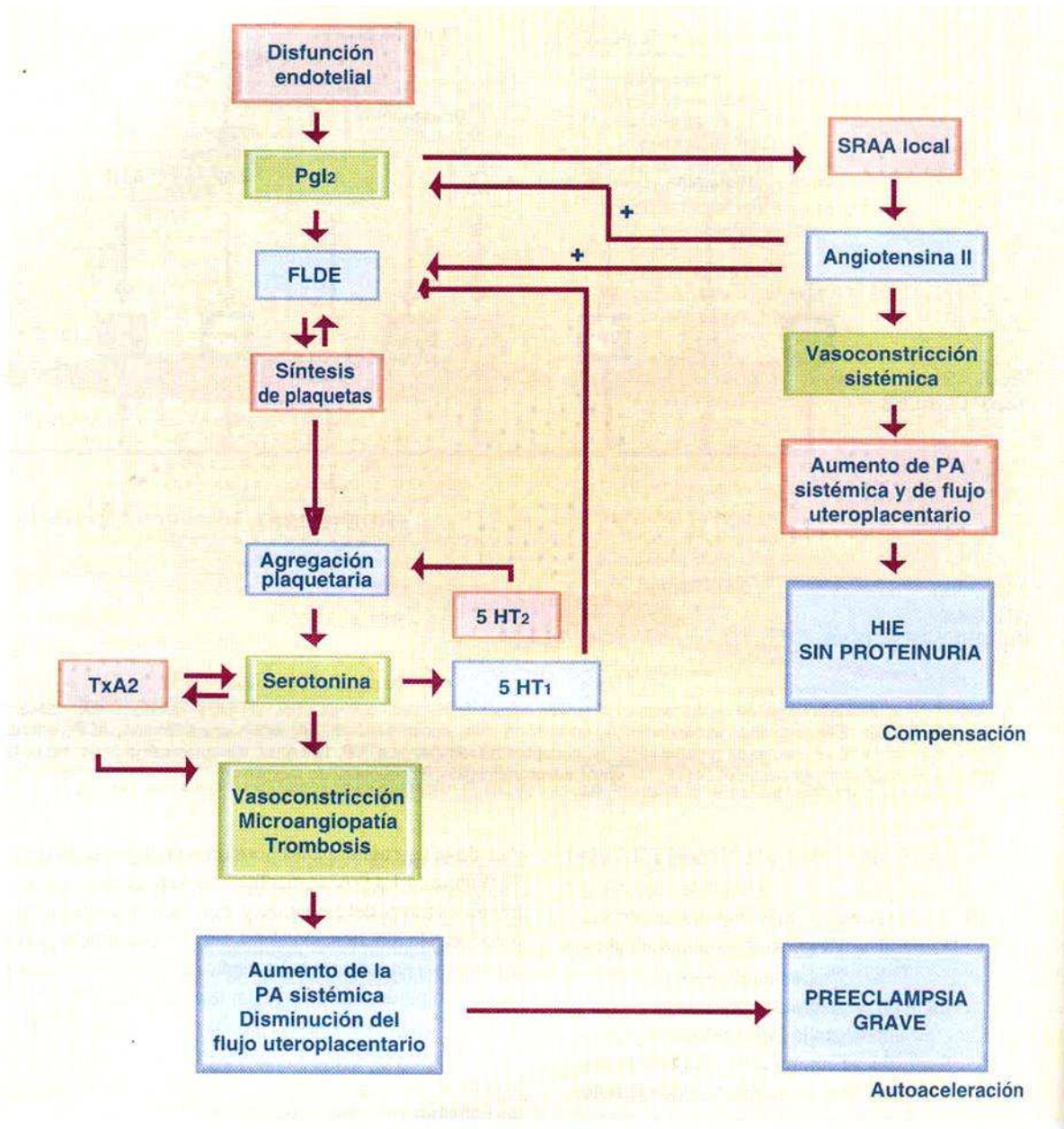
Respiración:

Inspección.

ASPECTO FÍSICO:

PALPACIÓN:

FISIOPATOLOGIA.



IMÁGENES DE EDEMA EN PREECLAMPSIA.

Aumento de peso súbito



Edema



Presión sanguínea alta



ADAM.

Pie normal



Pie con edema



ADAM.