



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

**“Aplicado a una paciente con diagnóstico de Preeclampsia Severa,
basado en el Modelo de Virginia Henderson”**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Presenta:

MARÍA ESTELA ESPINOSA PADRÓN

No. de cuenta: 9521902-2

DIRECTORA DE TRABAJO

MTRA. SOFÍA ELENA PÉREZ ZUMANO



México, D.F., junio de 2007.



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.



DEDICATORIA.

A DIOS por otorgarme la vida, tener una familia maravillosa y darme la oportunidad de ejercer la profesión más noble.

A mi madre, MA. DEL CARMEN PADRÓN G., por ser una gran mujer y por que me ha enseñado desde niña a luchar por mis ideales.

A mi padre, W. AGUSTÍN ESPINOSA D., de quien tanto añoré en mi infancia su amor y su apoyo, y que ahora me otorga y disfruto.

A mis hermanos, KITTY, GABY y JUAN, que fueron mi motivación para seguir adelante en mis inicios de la carrera de enfermería.

A mi querido esposo, ALFREDO BELTRÁN C, por su apoyo incondicional en la terminación de mi carrera, así como en todos mis proyectos y darme la fuerza para seguir adelante.

Gracias por el poco tiempo que te brindé pero que hiciste fuera de calidad a tu lado, por ser un hombre que se preocupa por la realización profesional de su mujer, y por compartir conmigo los desvelos, las carencias y responsabilidades.

A mis futuros hijos: ALETSE y ALFREDO, por posponer su presencia a nuestro lado.

*Espero continuar aprovechando mi vida mientras me encuentre en este mundo...
y aún después!*



AGRADECIMIENTOS.

A mis grandes amigas: CLAUDIA, MARY T., MAGDA, LUPITA, PATY, LETY, LUZ MA., por creer en mí desde siempre y apoyarme en todos los momentos de mi vida. Espero que nuestra amistad siga siempre avante.

A todas mis compañeras del turno nocturno del servicio de urgencias del INCMNSZ que me brindaron su apoyo para terminar mis estudios y no dejaron que descuidara la calidad de atención a mis pacientes. Gracias por fomentar en nuestro equipo la superación. Que Dios las bendiga y remunere con salud y bendiciones a su familia.

A la UNAM y a la ENEO por formarme en su seno a través de los mejores profesionales de enfermería.

A mi Directora de Trabajo, MTRA. SOFÍA ELENA PÉREZ Z. por dedicarme su valioso tiempo durante la realización de este proyecto y ser motivación de superación personal, así como del profesional de enfermería que ha tenido el privilegio de conocerla.



INDICE

1. INTRODUCCIÓN.	1
2. OBJETIVOS.	3
3. METODOLOGÍA DEL TRABAJO.	4
4. MARCO TEÓRICO.	5
4.1. LA ENFERMERÍA.	5
4.2. MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON.	12
4.2.1. Función de enfermería.	
4.2.2. El modelo conceptual.	
4.2.3. Postulados.	
4.2.4. Valores.	
4.2.5. Elementos fundamentales del modelo.	
4.2.6. Intervenciones de enfermería.	
4.2.7. Conceptos.	
4.3. EL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.	21
4.3.1. Historia.	
4.3.2. Indicadores.	
4.3.3. Ventajas.	
4.3.4. Importancia.	
4.3.5. Fases del proceso.	
4.3.5.1. Valoración.	
4.3.5.2. Diagnóstico enfermero.	
4.3.5.3. Planificación.	
4.3.5.4. Ejecución.	
4.3.5.5. Evaluación.	
5. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.	32
5.1. PRESENTACIÓN DEL CASO.	32
5.2. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA.	33
5.2.1. Ficha de identificación.	
5.2.2. Valoración de necesidades humanas de acuerdo al modelo de Virginia Henderson.	
5.3. RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.	42
5.4. PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.	50



5.5. PLAN DE ALTA DE ENFERMERÍA.	70
6. CONCLUSIONES.	72
7. SUGERENCIAS.	73
8. ANEXOS.	74
8.1. HIPERTENSIÓN GESTACIONAL, PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA.	74
8.1.1. Historia.	
8.1.2. Definiciones.	
8.1.3. Patología.	
8.1.4. Factores de riesgo de preeclampsia.	
8.1.5. Prevención.	
8.1.6. Tratamiento.	
8.1.7. Eclampsia.	
8.1.7.1. Complicaciones.	
8.2. Evaluación de ROT'S y Clono.	
8.3. Evaluación del grado de Encefalopatía.	
8.4. Valoración neurológica a través de la Escala de Glasgow.	
8.5. Valoración del edema a través del signo de Godete.	
8.6. Clasificación del edema (Sherwen, Scoloveno y Weingarten, 1995).	
8.7. Intervenciones de enfermería en la aplicación de medicamentos utilizados en la preeclampsia.	
9. GLOSARIO.	105
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	106

1. INTRODUCCIÓN.

La Enfermería, como disciplina científica que es, ha evolucionado a lo largo de su historia en una trayectoria marcada por las directrices de una sociedad cada vez más exigente desde el punto de vista profesional. Hoy se requiere de enfermeras con conocimientos y habilidades suficientes para trabajar con criterios de prioridad y coordinación para brindar la máxima calidad de atención.

Hasta ahora, las enfermeras prestan cuidados a los usuarios de los servicios de salud y sus familiares basándose en protocolos y manuales de procedimientos dispersos en los servicios e insuficientemente actualizados, requiriendo sean sustentados a través de un método propio como es el Proceso Atención de Enfermería (PAE) que permite a la enfermera aplicar el pensamiento crítico y realizar los cuidados individualizados con conocimientos científicos. De igual manera, el uso de una taxonomía propia y estandarizada es necesario para documentar el rol profesional de la enfermera en el equipo interdisciplinario de salud.

En este proceso se aplicó el modelo conceptual de Virginia Henderson basado en las 14 necesidades humanas básicas, que en mi opinión, se adapta perfectamente a las peculiaridades de la asistencia en nuestra área de trabajo y además es muy conocido entre los profesionales. Este modelo ayuda a simplificar la etapa de valoración, ya que las necesidades son muy claras, están perfectamente definidas y atienden a las distintas esferas (biológica, psicológica, social y espiritual). Además permite que, a lo largo de toda la asistencia, distintos profesionales puedan terminar de completar la valoración de la totalidad de las necesidades si así lo creen necesario.

Las intervenciones de enfermería se realizaron a una Victoria, con diagnóstico médico de preeclampsia severa, que en México, es una de las principales causas de muerte materna y fetal. La hospitalización de las usuarias con este tipo de diagnóstico es imperiosa, siendo idóneo el manejo terapéutico enfocado a la prevención de sus complicaciones y evolución hacia la eclampsia. Por ello es recomendable que el personal de enfermería deba estar familiarizado con el manejo de las usuarias que presentan esta patología.

Este trabajo tiene la finalidad de cumplir con los objetivos propuestos a partir del desarrollo de una metodología de trabajo establecida. Dentro del marco teórico se desarrollan los conceptos de enfermería, el modelo conceptual de Virginia Henderson y el Proceso Atención de Enfermería.

Se presenta el caso clínico de una paciente con diagnóstico médico de preeclampsia severa y se desarrolla el PAE basado en el modelo elegido. Se trabaja con el razonamiento de enfermería que incluye datos significativos en la valoración, análisis de los datos, identificación de diagnóstico enfermero o problema interdependiente con asignación del nombre correspondiente, definición de la etiqueta diagnóstica, determinación de los factores relacionados y sus manifestaciones, así como las necesidades afectadas y el grado de dependencia. Posteriormente se realiza el plan de alta de la usuaria con recomendaciones específicas y generales.

Para la fundamentación científica de los procedimientos y técnicas de enfermería se realiza una revisión bibliográfica acerca de la hipertensión gestacional, preeclampsia y eclampsia, la cual se anexa en forma de resumen para sustentar el presente trabajo. También se incluyen las intervenciones de enfermería en la aplicación de medicamentos comúnmente utilizados en estas patologías y las formas de evaluación de reflejos osteo-tendinosos, Clono, edema y estado de conciencia.



2. OBJETIVOS.

GENERAL:

Desarrollar en el alumno de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia habilidades para la elaboración e implementación del Proceso Atención de Enfermería dentro de la práctica como profesional de enfermería aplicando el modelo de Virginia Henderson.

ESPECÍFICO:

El alumno de la Licenciatura de Enfermería y Obstetricia realizará con habilidad y destreza las intervenciones de enfermería en una usuaria con diagnóstico médico de preeclampsia severa, empleando el Proceso de Atención de Enfermería basado en el modelo de Virginia Henderson con fundamentación científica y enfoque humanístico, propias del profesional de enfermería.



3. METODOLOGÍA DEL TRABAJO.

Durante la atención de la usuaria con preeclampsia severa se aplicó el Proceso Atención de Enfermería basado en el modelo conceptual de Virginia Henderson utilizando el cuestionario sugerido por Fernández F. C., et. al., en *"El modelo de Henderson y el proceso de Enfermería"*, valorando en la usuaria cada una de las catorce necesidades y detectando aquellas que fueron afectadas, así como los grados de dependencia.

Para fines didácticos se realiza un razonamiento de los diagnósticos de enfermería utilizando los datos significativos en la valoración, análisis de datos, identificación de diagnóstico o problema interdependiente, asignación del nombre correspondiente, definición de etiqueta diagnóstica utilizando la taxonomía de la NANDA (*North American Nursing, Diagnostic Association*), determinación de factores relacionados y sus manifestaciones, así como las necesidades afectadas y grado de dependencia.

Se realiza el Proceso Atención de Enfermería de acuerdo a cada uno de las complicaciones potenciales y los diagnósticos enfermeros aplicando las intervenciones de enfermería con razonamiento científico de acuerdo a los objetivos propuestos para cada uno de ellos utilizando la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE) (*Nursing Interventions Classification (NIC)*).

Por ultimo se anexa una revisión bibliográfica sobre la hipertensión gestacional, preeclampsia y eclampsia; escalas de valoración e intervenciones de enfermería en la aplicación de medicamentos utilizados comúnmente en las usuarias con preeclampsia, todo ello con la finalidad de sustentar los conocimientos del alumno de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia al aplicar el Proceso Atención de Enfermería.



4. MARCO TEÓRICO

4.1. LA ENFERMERÍA

La historia muestra que los enfermos recibían cuidados mucho antes que la enfermería se convirtiera en una ocupación organizada; hasta finales del siglo pasado, en el mundo occidental casi siempre eran los miembros de la familia o del personal doméstico quienes cuidaban a los enfermos dentro de sus hogares, los hospitales sólo se usaban para pobres o enfermos mentales. La familia es el servicio de cuidado de salud más antiguo y todavía el más usado en el mundo. En la actualidad, los pacientes se dan de alta de los hospitales en cuanto la familia puede cuidar de ellos.¹

El desarrollo del conocimiento enfermero ha sido influenciado por las grandes corrientes del pensamiento o maneras de ver o comprender el mundo. Varias teóricas de enfermería, entre ellas Newman han identificado tres *paradigmas* que han influenciado a la disciplina:²

- 1) Categorización: Florece a finales del siglo XIX y principios del XX. El desarrollo del conocimiento es hacia la búsqueda de leyes universales, en el área de la salud se busca la relación causal de la enfermedad. Se identifican dos orientaciones en la enfermería: hacia la *salud pública* y hacia la *enfermedad*, en donde la persona es vista como un ser fragmentado y no se le toma en cuenta para su tratamiento. La enfermería se vinculaba con la medicina. Los *cuidados* se enfocaban hacia los problemas de la enfermedad, las deficiencias o las incapacidades de las personas. *Intervenir* significaba <<*hacer para*>> las personas, a quienes se considera pasivas y bajo la responsabilidad de los expertos de la salud.
- 2) Integración: Tiene auge entre los años de 1950 y 1975. Prolonga el paradigma de la categorización al reconocer los elementos y las manifestaciones de un fenómeno e integrarlo al *contexto* que se ubica. Se reconoce la disciplina enfermera distinta de la disciplina médica. El *cuidado* se orienta a mantener la salud de la persona en sus áreas biológica, psicológica, social, cultural y espiritual. *Intervenir* significa <<*actuar con*>> ésta, para satisfacer sus necesidades. La *salud* y la *enfermedad* son dos entidades distintas que coexisten y están en interacción dinámica. El *entorno* está constituido por varios contextos: histórico, social, político y económico.

¹ Roper, Logan y Tierney. *Modelo de Enfermería*. Ed. McGraw-Hill Interamericana, 3ª edición. México, D.F., 1993. p. 3.

² Kerouac S., Arque B. M. *El pensamiento enfermero*. Ed. Masson. Barcelona; México, 1996. p.p. 3-38.



- 3) Transformación: Surge a partir de los años 70's. Según este paradigma un fenómeno es único y puede ser definido por una estructura, es una unidad global en interacción recíproca simultánea con una unidad global más grande. El *ser humano* tiene múltiples dimensiones que forman una unidad. La *salud* es una experiencia que engloba la unidad *ser humano-entorno*. El *cuidado* va dirigido al bienestar de la persona como ésta lo define. *Intervenir* significa <<estar con>> la persona a quien se acompaña en sus experiencias de salud considerando sus valores culturales, creencias y convicciones.

Sin embargo, a pesar de los avances tecnológicos y terapéuticos médicos que se han realizado en este siglo, el paradigma que más prevalece en el sistema de salud es el de categorización. Esto se hace evidente en el sistema de salud donde la enfermera ocupa un lugar estratégico siendo el vínculo entre los procedimientos técnicos que dependen del padecimiento y el mantenimiento de las funciones vitales y mentales del paciente. El rol enfermero se centra en la complejidad de los procedimientos, las técnicas y el manejo de tecnología biomédica y no así en el cuidado del individuo que solicita sus servicios.³ En este sentido, a la enfermera se le ha contemplado como la ayudante, la colaboradora o la mano derecha del médico; y la sociedad, así como los miembros del equipo de salud no han reconocido su labor esencial, su forma única de profesión.

Sin embargo, el rol profesional de la enfermera va más allá y se hace patente en las diversas definiciones que han hecho dirigentes enfermeros, organizaciones internacionales y legislativas según sus funciones propias.

En 1859, Florence Nightingale, en sus *Notas de Enfermería (Notes on Nursing – What it is not)* definió por primera vez la **enfermería** como "el acto de utilizar el entorno del paciente para ayudarle en su curación" y a la **enfermera** como "la encargada de la salud personal de alguien...y lo que la enfermera tiene que hacer...es poner al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él". Nightingale elevó el prestigio de esta profesión a través de la educación. Las enfermeras ya no eran amas de casa sin formación, sino personas capacitadas en el cuidado de los enfermos.⁴

En 1979, la *Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para Europa* publica un "Documento Básico sobre Enfermería" en el que expresa que: "La enfermería es una actividad innata y fundamental del ser humano y, en su forma organizada, constituye una disciplina o ciencia sanitaria en sí misma. Su responsabilidad esencial es ayudar a individuos y grupos (familia/comunidad) a funcionar de forma

³ Kerouac S., Arque B. M. op. cit. p.p. 3-38.

⁴ Kozier, et. al. *Fundamentos de Enfermería, conceptos, procesos y práctica*. Ed. McGraw-Hill-Interamericana, 7ª edición. Madrid, España, 2005. p. 6.



óptima en cualquier estado de salud en que se encuentren. Esto significa que la disciplina abarca las funciones de cuidar tanto en la salud como en la enfermedad y se extiende desde la concepción hasta la muerte. Se ocupa de mantener, promocionar y proteger la salud, cuidar al enfermo y ayudar a la rehabilitación. Contempla los aspectos psicosomáticos y psicosociales de la vida en lo que estos afectan a la salud, la enfermedad y la muerte. La enfermería requiere la aplicación de entendimiento, conocimientos y habilidades específicas de la disciplina".⁵

También en ese mismo año, la *Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (North American Nursing, Diagnostic Association, NANDA)* definió la Enfermería y estableció el alcance de la práctica de la enfermera. El resultado final de los esfuerzos de la NANDA fue la publicación de *"Nursing: A Social Policy Statement (1980)"*. La definición presentada en ese documento reflejaba la evolución histórica de la profesión y su base teórica: *"La enfermería es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas ante problemas de salud reales o potenciales"*⁶

Para la mayoría de las (os) enfermeras (os) todavía es difícil definir el rol de su profesión, ya que a veces desvían el cuidado del enfermo hacia el manejo tecnológico de las patologías, asumen roles profesionales diferentes y se olvidan de que enfermería se encarga de brindar cuidados psicosomáticos y sociales para mantener, promover, proteger y reanudar la salud de la persona que solicita nuestros servicios con los conocimientos, técnicas y procedimientos que le son propios y únicos a la profesión.

Las **respuestas humanas** son los fenómenos que tienen que ver con el profesional de enfermería. Estas se han descrito como las respuestas de los individuos, de las familias o de las comunidades a la interacción con su entorno. El profesional de enfermería se centra en dos tipos de respuestas:⁷

- 1) Reacciones de los individuos y los grupos ante los problemas reales de la salud (respuestas restauradoras de la salud), como es el efecto de la enfermedad (tanto sobre uno mismo como sobre la familia) y las necesidades de autocuidados.
- 2) Preocupaciones de los individuos y grupos sobre los potenciales problemas de salud (respuesta de mantenimiento de la salud), como el control y la educación en poblaciones o comunidades de riesgo

⁵ Comisión Asesora en Cuidados y Desarrollo Profesional Hospital Regional Universitario Carlos Haya. (CACDPHRUCH) *Manual para el correcto manejo de planes de cuidados*. Consulta: 28/agosto/2006. Disponible en: <http://www.carloshaya.net/denfermeria/media/Cuidados/Manual%20planes%20cuidados.pdf>.

⁶ Iyer, P. W., et. al. *Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería*. Ed. McGraw-Hill interamericana, 2ª edición, México, D.F., 1995. p.p. 2-3.

⁷ Iyer, P. W., et. al. op cit. 1995. p.p. 3-4.



en las que se plantean necesidades de educación en cuanto a información, desarrollo de habilidades, actitudes orientadas a la salud y cambios de conducta relacionados. (NANDA, 1980).

Es decir, el profesional de enfermería no solo trata la respuesta del individuo ante los problemas de salud, sino también las conductas saludables. Estas respuestas humanas son de naturaleza dinámica y cambian a medida que el individuo o la familia progresan a lo largo de la continuidad entre la salud y la enfermedad. Las respuestas humanas son diversas y de naturaleza variable ya que cada persona es un individuo exclusivo y la respuesta al problema de salud o al potencial del problema de salud será un reflejo de la interacción del individuo con el entorno.⁸

Por otra parte, el Comité consultivo para la formación de enfermeras de la Unión Europea hace referencia al rol, las funciones y responsabilidades de las enfermeras establecidas por el Consejo de Europa, destacando que "las enfermeras desempeñan cuatro tareas principales":⁹

1. Garantizan los cuidados generales a individuos, familias y comunidades, ya sea en el plano de fomento de la salud, de la prevención, de la cura, de la rehabilitación, de los cuidados paliativos o de la ayuda, y a gestionar los cuidados de enfermería.
2. Actúan en calidad de expertos en cuidados de enfermería en el marco de un equipo de asistencia multidisciplinar y en la sociedad.
3. Educan al personal sanitario, a los usuarios y a sus familias.
4. Desarrollan la práctica de los cuidados de enfermería mediante la reflexión crítica y se apoyan en la investigación.

Entre las profesiones del área de la salud, enfermería *es la única cuyo objeto de estudio es la persona en su totalidad*, con la cual interactúa permanente como sujeto de atención.¹⁰ Esto le ha permitido permanecer a lo largo del tiempo como profesión irremplazable y, a través de la práctica, necesaria.

Cabe señalar que hasta el año 2005 la ley de profesiones en nuestro país dejó de clasificar a la enfermería como un oficio y la reconoce como una *profesión*. Hecho por el cual han luchado las enfermeras de México y

⁸ Iyer, P. W., et. al. op cit. 1995. p. 4.

⁹ CCFI (Comité consultivo para la formación de enfermeras de la Unión Europea). *Informe y recomendaciones sobre la formación de las enfermeras responsables de cuidados generales en la Unión Europea*. (XV/E/9432/796-ES, Bruselas 10 de octubre de 1997).

¹⁰ Marriner A. *Modelos y teorías de enfermería*. Ediciones Rol; 1ª Edición. Barcelona, España, 1989. p. 305.



buscado el reconocimiento de sus capacidades y conocimientos adquiridos en la práctica del cuidado del individuo.

Por definición la **profesión** es la acción y el efecto de profesar e indica el compromiso con principios y teorías científicas, a los cuales se profesa un afecto sincero, es decir, la adhesión a un conjunto de prácticas, aceptadas, que involucran un código de ética profesional, el dominio del conjunto de conocimientos científicos y la relación con otras profesiones. El profesional decide qué hacer, cómo hacerlo y quién debe hacerlo. La sociedad le concede a la profesión un reconocimiento, le demanda un trabajo específico y le otorga la autonomía para poderlo realizar.¹¹ Por otro lado es importante mencionar que la enfermería también es una **disciplina**, la cual está definida como el conjunto de normas para mantener el orden entre los miembros de un grupo.¹² Por tanto, la enfermería es una disciplina profesional con área de conocimiento propia, lo que implica la posibilidad de desarrollo e investigación.

Muchas son las teorías que señalan el rol profesional de la enfermera en la sociedad y ha sido difícil definir los elementos de la enfermería de manera absoluta cuando cambian las necesidades y demandas sociales, y más aún cuando la frontera entre la salud y la enfermedad no es tan clara. Es por ello que desde inicios de la II Guerra Mundial la enfermería inicia su transformación buscando crear un marco conceptual que le sea propio, es de ahí que nacen las *Teorías de Enfermería*.

Una **teoría** es un enunciado con apoyo científico que describe, explica o predice las interrelaciones entre los conceptos; estos conceptos y enunciados teóricos se interrelacionan y están sujetos a comprobación. La teoría, además, es útil como soporte del quehacer profesional.¹³

Las teóricas tienen una filosofía de lo que es la profesión y su quehacer; dicha filosofía constituye el fundamento de su teoría y refleja el estado del conocimiento científico de la época en la cual fueron elaboradas. Los productores de teorías tuvieron como base, entre otras, las siguientes fuentes: 1) su propia educación, 2) su experiencia, 3) la observación, 4) la interacción con profesionales de enfermería y otras disciplinas y 5) los conocimientos de las ciencias biológicas, sociales y del comportamiento.¹⁴

¹¹ Roper, Logan, Tierney. op. cit. p 4.

¹² *Diccionario Enciclopédico ilustrado práctico*. Ed. Norma. México, D.F., 1999.

¹³ Griffit JW, Christensen P. J. *Proceso de Atención de Enfermería. Aplicación de teorías, guías y modelos*. Ed. El Manual Moderno; México, D.F., 1986. p.6.

¹⁴ Roldán A. T., Fernández M. S. *Proceso de Atención de Enfermería*. Consulta: 23/ago/06. disponible: <http://tone.udea.edu.co/revista/sep99/proceso.htm>.



Las teorías sirven de guía en los procesos de atención y son el fundamento para la aplicación del proceso científico. Brindan autonomía profesional porque orientan las funciones asistenciales, docentes e investigativas de la disciplina. Cada teoría proporciona los criterios para dirigir la valoración, la organización y el análisis de los datos; la elaboración de diagnósticos; y la planeación, ejecución y evaluación de la intervención de enfermería.¹⁵

A pesar del reconocimiento antiguo de Nightingale sobre la necesidad de la mezcla de habilidades intelectuales y prácticas, parece que la enfermería conserva la orientación hacia la parte manual. Como consecuencia, gran parte de la disciplina se limita a un nivel técnico, más que al desarrollo de manera simultánea de un nivel teórico en el cual se base su práctica. De ello surge el interés en los *modelos* de enfermería.¹⁶

Etimológicamente **modelo** significa simulación (concreto), ideal o imagen (abstracto), puede verse de forma diagramática y es posible arreglarlo y reordenarlo en la mente. Se compone de partes que se simbolizan con una palabra o un grupo de ellas y representan una amplia variedad de actividades. También indica la relación entre las partes.¹⁷

Riehl y Roy (1980) definen el **modelo de enfermería** como: "*...un grupo de conceptos contruidos en forma sistemática, con bases científicas y una relación lógica, que identifica los componentes esenciales de la práctica de enfermería junto con las bases teóricas de dichos conceptos y los valores que el practicante requiere para su uso...*"¹⁸

No obstante, los modelos no son inalterables; en realidad se construyen con el conocimiento de que en esencia serán la base de razonamientos posteriores acerca de la disciplina. Conforme se producen teorías nuevas, científicas, aceptables, que expliquen las prácticas en observación, el modelo se modifica, mejora, aumenta e incluso reduce como debe ser si ya no es útil.¹⁹

Podemos decir que los modelos conceptuales de enfermería son las representaciones formales de las imágenes privadas de los profesionales consistentes en los conceptos que identifican los componentes esenciales de la disciplina, muestran las relaciones entre los conceptos y pueden introducir teorías ya establecidas de otras áreas que aplican en el contexto de enfermería.

¹⁵ Marriner A. op. cit. p. 305.

¹⁶ Roper, Logan y Tierney. op. cit. p. 10.

¹⁷ Marriner A, op cit. p. 305.

¹⁸ Roper, Logan y Tierney. op. cit. p. 11.

¹⁹ Griffit JW, Christensen PJ. op. cit. p.6.



Existen varios modelos de enfermería con los que se puede trabajar el cuidado de las personas, pero he elegido el modelo de Virginia Henderson por varias razones:

- 1) Es el modelo más conocido por los profesionales e internacionales de enfermería,
- 2) Es coherente con nuestra práctica asistencial,
- 3) Es una teoría abierta, flexible y permite aportaciones,
- 4) Contempla el papel independiente de la enfermera y el de colaboración,
- 5) Propone en proceso enfermero como método de trabajo, y
- 6) Permite utilizar la taxonomía de la NANDA.



4.2. MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson desarrolló un enfoque conceptual influenciada por la corriente de integración según Meleis (1997) y está incluido dentro de la escuela de necesidades. Los componentes de ésta escuela se caracterizan por utilizar teorías sobre las necesidades y el desarrollo humano (A. Maslow, E. H. Erikson y J. Piaget) para conceptualizar la persona y porque aclara la función propia de las enfermeras.²⁰

Con su trabajo intentó responder la pregunta <<¿qué hacen las enfermeras?>> y determinar en qué se diferencia su aportación de las de otros profesionales de la salud.²¹

4.2.1 Función de Enfermería.

Henderson fue una de las primeras autoras que intentó aclarar la naturaleza de la enfermería en 1955 y su definición de la misma es tal vez la que mejor se conoce a nivel mundial donde señala: "*La única función de una enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, para realizar aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) que él mismo realizaría si tuviera la suficiente fuerza, voluntad o conocimiento. Además, lo ayudará a ganar independencia tan rápido como sea posible.*"(Henderson 1969)²²

4.2.2. El modelo conceptual.

De acuerdo con este modelo, la *persona*²³ es un ser integral, con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí y tienden al máximo desarrollo de su potencial.

En la realidad práctica nombramos a la persona que solicita nuestros servicios: *paciente*; en clínicas privadas ya se les nombra *clientes* o *consumidores*, que puede ser para muchas indistinto y para otras una forma de identificación que no encaja con el cuidado holístico y personalizado que separe los niveles sociales y culturales de cada persona atendida, y que la forma del cuidado sea independiente de los recursos que tenga uno u otro individuo. Es por ello que a juicio personal realizo la siguiente reflexión sobre los destinatarios de los

²⁰ Kozier Bárbara, et. al. op. cit. p. 5.

²¹ Luis R. Ma. T., Fernández F. C, Navarro Ma. V. *De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI.* Ed. Masson. 2ª edición. Madrid, España. 2000. p 33

²² Roper, Logan y Tierney. op. cit. p. 13

²³ Kozier Bárbara, et. al. op cit. p. 8.



cuidados de enfermería a los cuales desearía nombrarles de la forma más correcta apegada a las definiciones de cada uno de los objetivos comúnmente usados sin afectar los cuidados de la persona que atendemos.

Un *consumidor*²⁴ es un individuo, un grupo de personas, o una comunidad que utiliza un servicio o un producto. Las personas que utilizan productos o servicios sanitarios son consumidores de una asistencia sanitaria y pagan por ello.

Un *paciente*²⁵ es una persona que está esperando recibir o está recibiendo tratamiento y cuidados médicos. La palabra *paciente* deriva de la palabra latina que significa "sufrir" o "soportar". En general, el equipo de salud convierte a la persona en paciente cuando buscan asistencia médica como consecuencia de una enfermedad. Muchos profesionales de la salud piensan que la palabra *paciente* implica una aceptación pasiva de las decisiones y cuidados de los profesionales sanitarios, que debe soportar los procedimientos, que debe esperar el tiempo necesario y a veces más, y que además no se le llame por su nombre, puede ser el paciente de la cama X o el paciente de la enfermedad Y.

Un *cliente*²⁶ es una persona que requiere los consejos o los servicios de otra que está calificada para proporcionarlos, como lo es un profesional. En este caso el *cliente* sanitario requiere de los servicios del profesional de enfermería. El cliente es visto en nuestra época como alguien que puede pagar servicios costosos y puede exigir la mejor atención. En los cuidados de enfermería no necesariamente debe ser un cliente quien deba exigir y pueda pagar este servicio, la atención es siempre de la misma calidad independientemente del nivel social de cada persona que solicita los servicios profesionales.

Por otro lado, el término *persona*²⁷ en el idioma español hace referencia al individuo de la especie humana (hombre o mujer) cuyo nombre o identidad se omite.

Un *usuario*²⁸ es la persona que utiliza habitualmente un servicio, sirviéndose de algo o alguien para un fin preciso y que se le atiende de forma personal sin omitir en ningún momento su identidad. Es por ello y debido a que todavía el profesional de enfermería utiliza comúnmente el término paciente y rehúsa nombrar al destinatario de nuestros cuidados como *cliente*, en el presente trabajo hablaré de la persona a quien van

²⁴ *Diccionario Enciclopédico ilustrado práctico*. Ed. Norma. México, D.F., 1999.

²⁵ *Diccionario Enciclopédico ilustrado práctico*. op. cit.

²⁶ *Ibíd.*

²⁷ *Ibíd.*

²⁸ *Ibíd.*



dirigidos nuestros cuidados por el de *usuario* y de forma individual llamar por su nombre a la persona a quien van dirigidos los cuidados durante el desarrollo de este Proceso Atención de Enfermería.

Con relación al *entorno*, aunque no está claramente definido, aparece en los escritos de Henderson en 1969²⁹ como el postulado que más evoluciona con el paso del tiempo. Inicialmente hablaba de algo estático, sin embargo en los escritos más recientes (Henderson, 1985) habla de la naturaleza dinámica del entorno y de su impacto sobre el usuario y la enfermera.

El *rol profesional* es un servicio de ayuda enfermero y se orienta a suplir en la persona su autonomía o a completar lo que le falta para que logre su independencia mediante el desarrollo de fuerza, conocimiento o voluntad, así como ayudarlo a morir dignamente.³⁰

La *salud* es una cualidad de la vida, es básica para el funcionamiento del ser humano. La salud requiere independencia de la persona para satisfacer las necesidades básicas. El fomento de la salud es más importante que el cuidado de la enfermedad.³¹

4.2.3. Postulados.³²

1. La persona es un todo complejo con 14 necesidades básicas.
2. La persona quiere la independencia y se esfuerza por lograrla.
3. Cuando la persona no tiene una necesidad satisfecha no es un todo, no es independiente.

Es interesante destacar que estos postulados refieren únicamente al concepto de persona, lo que puede deberse al especial interés por destacar una visión integral del ser humano en contra de la idea dominante entre el cuerpo y la mente.

4.2.4. Valores.³³

1. La enfermera tiene una función propia aunque comparta actividades con otros profesionales.
2. Cuando la enfermera asume el papel del médico delega su función propia en personal no cualificado.

²⁹ Kozier Bárbara, et. al. op. cit. p. 8.

³⁰ Luis R. Ma T. Fernández F. C, Navarro Ma. V. 2000. op. cit. p.33.

³¹ Luis R. Ma T. Fernández F. C, Navarro Ma. V. 2000. op. cit. p.33.

³² *Ibíd.* p. 33-34.

³³ CACDPHRUCH. op. cit.



3. La sociedad espera un servicio de la enfermería que ningún otro profesional puede darle.

Los tres valores hacen referencia exclusiva al rol profesional, marcando los límites entre la medicina y la enfermería.³⁴

4.2.5. Elementos fundamentales del modelo.³⁵

El **objetivo** de los cuidados es ayudar al enfermo a aumentar, mantener o recuperar el máximo nivel de desarrollo de su potencial para alcanzar su independencia o morir dignamente.

El **usuario del servicio** es la persona que presenta un déficit real o potencial en la satisfacción de las necesidades básicas, o que aún sin presentarlo, tiene un potencial que desarrollar para mejorar su satisfacción.

El **rol profesional** es suplir la autonomía de la persona (hacer por ella) o completar lo que le falta (hacer con ella); y así hacer posible el máximo desarrollo de su potencial, mediante la utilización de sus recursos internos y externos.

La **fuerza de dificultad** que en este modelo recibe el nombre de *áreas de dependencia*, está relacionado con los conocimientos, la fuerza o la voluntad de la persona para satisfacer sus necesidades básicas:

- a) Los *conocimientos* se refieren a la situación de salud, cómo manejarla y a los recursos internos y externos disponibles, esto es, saber qué hacer y cómo hacerlo. En consecuencia la falta de conocimientos se identifica como área de dependencia cuando la persona, teniendo la capacidad intelectual para comprender, no ha adquirido los conocimientos necesarios para manejar sus cuidados.
- b) La *fuerza* puede ser física e intelectual. En el primer caso, se trata de los aspectos relacionados con él (poder hacer) que incluye la fuerza y el tono muscular, la capacidad psicomotriz. La fuerza psíquica se refiere a la capacidad sensorial e intelectual, es decir, para procesar información y que le ayude a tomar decisiones.

En ambos casos la persona debe de tener potencial de desarrollo mediante la intervención de la enfermera.

- c) La *voluntad* implica querer realizar las acciones adecuadas para recuperar, mantener o aumentar la independencia y comprometerse a hacerlas durante el tiempo necesario. Para identificar como área de

³⁴ Griffit JW, Christensen P. J. op. cit. p.6.

³⁵ Luis R. Ma T. Fernández F. C, Navarro Ma. V. 2000. op. cit. p.34-35.



dependencia la voluntad, es preciso asegurarse de que la persona sabe qué hacer, cómo y por qué hacerlo, y sin embargo no tiene la voluntad requerida para tomar decisiones o llevar a cabo acciones necesarias para el cuidado.

4.2.6. Intervención de la enfermera.³⁶

El *centro de intervención* de la enfermería son las áreas de dependencia, es decir saber qué hacer y cómo (Conocimiento), poder hacer (Fuerza), o querer hacer (Voluntad).

Los *modos de intervención*: se dirige a aumentar, completar, reforzar o sustituir la fuerza, el conocimiento o la voluntad, si bien no todos los modos de intervención son aplicables a todas las áreas de dependencia, por ejemplo, la voluntad puede reforzarse, pero no puede sustituirse.

Las *consecuencias de la intervención* pueden ser la satisfacción de las necesidades básicas (bien sea supliendo su autonomía o ayudándole a aumentar, mantener o recuperar el máximo nivel de desarrollo de su potencial).

4.2.7. Conceptos.³⁷

En este apartado se incluye la definición de las necesidades, los cuidados básicos, la independencia, la autonomía, el agente de la autonomía asistida, los datos de dependencia, independencia y los que deben considerarse.

Las necesidades humanas: Para Henderson el concepto de necesidad no presenta el significado de carencia o problema, sino de requisito. Cada una de las 14 necesidades constituye el elemento integrador de aspectos físicos, sociales, psicológicos y espirituales.

Las necesidades básicas que la enfermera trata de satisfacer existen independientemente del diagnóstico médico. En mayor proporción influyen en los cuidados del paciente síntomas o síndromes tales como: el coma, delirio, depresión, choque, hemorragias, incapacidad motora, la marcada alteración de líquidos en el organismo o la falta aguda de oxígeno.

³⁶ Luis R. Ma T. Fernández F. C, Navarro Ma. V. 2000. op. cit. p.35.

³⁷ Luis R. Ma T. Fernández F. C, Navarro Ma. V. 2000. op. cit. p. 36-38.



De manera especial afecta a los cuidados la edad, situación social la formación cultural, el estado emocional y las capacidades físicas e intelectuales de la persona. Todos estos factores hay que tenerlos en cuenta para determinar qué fuentes de dificultad tiene el paciente para cubrir sus 14 necesidades.³⁸

1. ***Necesidad de respirar:*** Es una necesidad del ser vivo que consiste en captar oxígeno indispensable para la vida celular y eliminar el gas carbónico producido por la combustión celular. Las vías respiratorias permeables y el alvéolo pulmonar permiten satisfacer esta necesidad.
2. ***Necesidad de beber y comer:*** Es la necesidad de todo organismo de ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable para su buen funcionamiento.
3. ***Necesidad de eliminar:*** Es la necesidad que tiene el organismo de deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo. La excreción de deshechos se produce principalmente por la orina y las heces, y por la transpiración y la espiración pulmonar. Igualmente, la menstruación es una eliminación de sustancias inútiles en la mujer no embarazada y los loquios una eliminación de deshechos en la mujer púerpera.
4. ***Necesidad de moverse y mantener una buena postura:*** es una necesidad para todo ser vivo, estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados, y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia de las diferentes funciones del organismo. La circulación sanguínea se ve favorecida por los movimientos y las actividades físicas.
5. ***Necesidad de dormir o descansar:*** Es una necesidad para todo ser humano, que debe llevarse a cabo en las mejores condiciones y en cantidad suficiente a fin de conseguir un buen rendimiento del organismo.
6. ***Necesidad de vestirse y desvestirse:*** Es una necesidad del individuo. Este debe llevar ropa adecuada según las circunstancias para proteger su cuerpo del rigor del clima y permitir la libertad de movimientos. En ciertas sociedades, el individuo se viste por pudor. Si la ropa permite asegurar el bienestar y proteger la intimidad sexual de los individuos, representa también el pertenecer a un grupo, a una ideología o a un estatus social. La ropa puede también convertirse en un elemento de comunicación por la atracción que suscita entre los individuos.
7. ***Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales:*** Es una necesidad para el organismo. Este debe conservar una temperatura más o menos constante (la oscilación en el adulto sano varía entre 36.1°C y 37.4°C) para mantenerse en buen estado.

³⁸ Riopelle L., et al. *Cuidados de enfermería, un proceso centrado en las necesidades de la persona*. Ed. McGraw-Hill-Interamericana. 1ª edición. Madrid, España. 1993. p. p. 5-45.



8. ***Necesidad de estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos:*** Es una necesidad que tiene el individuo para conseguir un cuerpo aseado, tener una apariencia cuidada y mantener la piel sana, con la finalidad que éste actúe como protección contra cualquier penetración en el organismo de polvo, microorganismo patógenos, etc.
9. ***Necesidad de evitar peligros:*** es una necesidad de todo ser humano. Debe protegerse de toda agresión externa, para mantener así su integridad física y psicológica.
10. ***Necesidad de comunicar:*** Es una necesidad que tiene el ser humano, de intercambio con sus semejantes. Comunicarse es un proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras, llegar a la puesta en común de sentimientos, opiniones, experiencia e información.
11. ***Necesidad de actuar según sus creencias y valores:*** Es una necesidad para todo individuo; hacer gestos, actos conformes a su noción personal del bien y del mal y de la justicia, y la persecución de una ideología.
12. ***Necesidad de ocuparse para realizarse:*** Es una necesidad para todo individuo; éste debe llevar a cabo le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo. La gratificación que el individuo recibe una vez realizadas sus acciones, puede permitirle llegar a una total plenitud.
13. ***Necesidad de recrearse:*** Es una necesidad del ser humano; divertirse con una ocupación agradable con el objeto de obtener un descanso físico y psicológico.
14. ***Necesidad de aprender:*** Es una necesidad para el ser humano de adquirir conocimientos, actitudes y habilidades para la modificación de sus comportamientos o la adquisición de nuevos comportamientos con el objeto de mantener o de recobrar la salud.

Todas las necesidades adquieren un pleno significado cuando son abordadas desde su doble vertiente de universalidad y especificidad: *universalidad* en tanto que son comunes y esenciales para todos los seres humanos, y *especificidad*, porque se manifiesta de manera distinta en cada persona.

Cuidados básicos: Derivan del concepto de necesidades y se refiere al conjunto de intervenciones enfermeras reflexionadas y deliberadas, basadas en un juicio terapéutico razonado y teóricamente sólido, y dirigidas tanto a aumentar, mantener o recuperar la independencia.

Independencia: Es el nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas, de acuerdo a su edad, etapa de desarrollo, sexo y su situación de vida y salud.



Una característica de este modelo es que impide la práctica rutinaria, ya que se tiene que adaptar a cada persona, y si ésta ha alcanzado o no el máximo desarrollo de su potencial.

Dependencia: Desarrollo insuficiente e inadecuado de la persona para satisfacer las necesidades básicas de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo, sexo y su situación de vida y salud. Está causada por una falta de fuerza, conocimiento y/o voluntad.

Autonomía: Es la capacidad física e intelectual de la persona que le permite satisfacer las necesidades básicas mediante acciones realizadas por ella misma.

Agente de autonomía asistida (AAA): Con este nombre se designa a la persona, familiar, persona significativa, que cuando el usuario carece de la capacidad física o intelectual necesaria, realiza por él ciertas acciones encaminadas a satisfacer las necesidades susceptibles de grado de suplencia: respirar, comer, beber, eliminar, moverse, mantener una buena postura, vestirse y desvestirse, mantener la temperatura corporal, conservar piel y mucosas limpias y procurar un entorno seguro.

Falta de autonomía vs falta de fuerza: La diferencia entre una y otra es que cuando hay una falta de fuerza, la persona no puede hacer algo en ese momento, pero tiene un potencial que desarrollar y que permite suponer que en un futuro aumentará o recuperará la independencia. Por el contrario, en la falta de autonomía, o bien la persona por su edad y su etapa de desarrollo aún no ha adquirido las habilidades para hacer por sí misma las actividades necesarias o bien las ha perdido temporalmente (por ejemplo en el caso del enfermo quirúrgico, que necesita ser suplido durante unos días pero no tiene que desarrollar capacidades porque sólo las ha perdido por un tiempo).

Manifestaciones de independencia: Son conductas o indicadores de conductas adecuadas para satisfacer sus necesidades básicas, de acuerdo con su edad, sexo, etapa de desarrollo y situación de vida.

Por *indicador de conducta* se entiende los datos que, sin referirse directamente a una conducta de la persona, la representa o la señala.

Manifestaciones de dependencia: Son las acciones incorrectas, inadecuadas o insuficientes que realiza la persona para satisfacer las necesidades básicas, en el presente o en el futuro, de acuerdo con su edad, sexo, etapa de desarrollo, situación de vida y de salud.



Datos que deben considerarse: Son aquellos datos que son relevantes para la planificación del cuidado. Estos datos pueden referirse tanto al usuario como al entorno, y varían de una persona a otra.

Cuidados enfermeros: Se caracterizan por tener una dimensión holística (biológico, psicológico, social, cultural y espiritual); sustentado por el conocimiento científico y definido mediante los procesos de interacción (relación interpersonal terapéutica, mediante la educación a la persona, familia o grupo) y la transición (apoyo a los cambios de la persona debidos al desarrollo, crecimiento, enfermedad, o a cualquier otra situación que por el proceso de interacción con el entorno genere un cambio). El cuidado enfermero se define con el término "estar con el paciente", el profesional acompaña a la persona en sus experiencias de salud. El profesional y el paciente colaboran en los cuidados, por lo que los cuidados son individualizados.³⁹

Hasta estas líneas se pone en evidencia la potencialidad de nuestra disciplina, buena parte de ella aún por andar, y la necesidad para ello de emplear un método de trabajo propio, un lenguaje diferenciado y unos registros que den muestra de ello; el método no es otro más que el *proceso enfermero*, el lenguaje, la taxonomía utilizada internacionalmente y los registros, aquellos que satisfagan nuestras necesidades como profesionales de reflejar todas las intervenciones y acciones en el cuidado.⁴⁰

Los registros suponen hacer tangible, reconocible y cuantificable buena parte de nuestra aportación profesional, pero nos encontramos ante profesionales de enfermería con escasa tradición de registro de los acontecimientos, con un escaso conocimiento de la taxonomía y con dificultad del soporte escrito.

El proceso de pensamiento crítico permite a la enfermera realizar los cuidados individualizados, y tomar decisiones sobre los resultados que desea obtener, así como las intervenciones necesarias para lograrlos. No obstante, a menos que la enfermera pueda documentar su pensamiento de forma que pueda ser interpretado por otras enfermeras y otros profesionales de salud, este proceso es invisible. Denominar exactamente e informar de los resultados del pensamiento crítico de la enfermera ayuda a que otros cuidadores conozcan las necesidades de la persona cuidada y cómo éstas serán satisfechas mediante el plan de cuidados. El uso de un lenguaje diagnóstico estandarizado para documentar el pensamiento enfermero es una forma efectiva de lograr el entendimiento interdisciplinario, es por ello que la utilización de un método de trabajo y un lenguaje propio, sea cuanto antes, una realidad cotidiana en la práctica asistencial de nuestro entorno.⁴¹

³⁹ CACDPHRUCH. op. cit.

⁴⁰ Luis Ma. T. *Aplicación del Proceso de Enfermería. Guía Práctica*. Ed. Mosby/Doyma, 3ª edición. Madrid, España. 1996. p. 249.

⁴¹ CACDPHRUCH. op. cit.



4.3. EL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El *proceso de enfermería* es un método ordenado y sistemático utilizado por el profesional de enfermería para obtener información e identificar los problemas del individuo, la familia o la comunidad, con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería. Por tanto, es la aplicación del método científico en el quehacer del Licenciado en enfermería⁴²

El proceso atención de enfermería (PAE) exige del profesional habilidades y destrezas afectivas, cognitivas y motrices para observar e integrar con otros. Así mismo, se hace necesario el conocimiento de las ciencias biológicas, sociales, exactas y del comportamiento. Todo ello es indispensable para ayudar al sujeto de atención a través de la aplicación del proceso de enfermería, a alcanzar su máximo potencial de salud. El PAE requiere una actividad especial y continua con el sujeto de atención porque trata de mejorar la respuesta humana.⁴³

4.3.1. Historia.

El PAE ha evolucionado en un proceso de cinco fases coherentes con la naturaleza en desarrollo de la profesión. Al principio Hall lo describió como un proceso distinto (1955), Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963) desarrollaron un proceso trifásico distinto que contenía elementos rudimentarios del proceso de cinco fases. En 1967, Yura y Walsh crearon el primer texto que describía un proceso en cuatro fases: valoración, planificación, ejecución y evaluación. A mediados de la década de los setenta, Bloch (1974), Roy (1975), Mundinger y Jauron (1975) y Aspinal (1976) añadieron la fase de diagnóstico, dando lugar a un proceso de cinco fases. La NANDA utilizó el PAE como directriz par el desarrollo de normas de la práctica de enfermería.⁴⁴

4.3.2. Indicadores.

Proporcionar a la enfermera un marco dentro del cual se puedan satisfacer las necesidades individualizadas del usuario, familia y/o comunidad de forma integral y en constante interacción.⁴⁵

⁴² Roldán T. A., Fernández M. S. op. cit.

⁴³ Iyer, P., Taptich B. J., Bernucchi D. op. cit. 1995. p.p. 12-16.

⁴⁴ Atkinson L, Murray M. *Proceso de Atención de Enfermería*. Ed. El Manual Moderno. 2a edición. México, 1983. p.7.

⁴⁵ Luis Ma. T. *Diagnósticos Enfermeros. Un instrumento para la práctica asistencial*. Ed. Mosby, Doyma Libros. Barcelona, España, 1996. p. 6.



El PAE tiene seis propiedades:⁴⁶

1. **Dinámico:** Implica un cambio continuo, centrado en las respuestas cambiantes del individuo, que se identifican durante la relación enfermera-usuario.
2. **Flexible:** Se puede adaptar a la práctica de enfermería en cualquier situación o área de especialización que se ocupe de individuos, grupos o comunidades. Por otro lado se puede usar sus fases de forma sucesiva y concurrente.
3. **Resuelto:** Va dirigido a un objetivo para proporcionar cuidados de calidad centrados en el usuario.
4. **Sistemático:** Implica la utilización de un enfoque organizado para lograr su propósito. Fomenta la calidad de enfermería y evita los problemas asociados a la intuición o a los cuidados tradicionalmente administrados.
5. **Interactivo:** Se basa en las relaciones recíprocas que ocurren entre la enfermera y el usuario, la familia y otros profesionales de la salud. Este componente garantiza la individualización de los cuidados de la persona.
6. **Teórico:** Se ha ideado a partir de una amplia base de conocimientos, incluyendo las ciencias y las humanidades, pudiendo aplicarse a cualquiera de los modelos teóricos de enfermería.

El PAE está organizado en cinco fases secuenciales aunque en la práctica pueden darse simultáneamente.

4.3.3. Ventajas.

Al usuario le permite participar en su propio cuidado; le garantiza la respuesta a sus problemas reales y potenciales, y le ofrece atención individualizada continua y de calidad de acuerdo con la priorización de sus problemas.⁴⁷

Al profesional de enfermería le facilita la comunicación, concede flexibilidad en el cuidado, le genera respuestas individuales y satisfacción en su trabajo, le permite conocer objetivos importantes para el sujeto de atención, propicia el crecimiento profesional, permite atender al usuario en forma racional y le proporciona información para la investigación.⁴⁸

El PAE demuestra en forma concreta el ámbito de la práctica de enfermería. A lo largo de sus fases, la enfermera sigue definiendo su papel al usuario y a otros profesionales de la salud. Esto destaca claramente

⁴⁶ Iyer, P., Taptich B. J., Bernucchi D. op. cit. 1993. p.p. 15-16.

⁴⁷ Iyer Patricia, et. al. op. cit. 1993. p.p. 16-20.

⁴⁸ Atkinson L, Murray M. E. op. cit. 1996 p. 60.



que el campo de la enfermería es algo más que la sola ejecución del plan de cuidados según lo prescriba el médico.⁴⁹

La utilización del PAE da como resultado un plan que describe las necesidades de atención y los cuidados de enfermería para cada sujeto de atención.

4.3.4. Importancia.

El proceso como instrumento en la práctica profesional puede asegurar la *calidad* de los cuidados al usuario, ya sea individuo, familia, grupo o comunidad. Proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar y realizar investigación en enfermería. Asegura la atención individualizada, ofrece ventajas para el profesional que presta la atención y para quien la recibe y permite evaluar el impacto de la intervención de enfermería.⁵⁰

4.3.5. Fases del proceso.

4.3.5.1. Valoración:

Es la recolección de datos en forma organizada y sistemática, lo cual es necesario para realizar el diagnóstico enfermero. Esta fase ayuda a identificar los factores y situaciones que guían la determinación de problemas – *presentes, potenciales o posibles*- en individuos o grupos, y facilita plantear los logros que se requieren en el futuro: facilita entonces la intervención de enfermería, y se logra a través de las siguientes etapas:⁵¹

- i) *Recolección de la información a través de varias fuentes:* Se utilizan métodos como la interacción personal, la observación y la medición.
- ii) *Organización y validación de los datos, así como identificación de las alteraciones:* Para enfermería el marco conceptual para recolectar y organizar los datos son las respuestas humanas a problemas de salud, *reales, potenciales o posibles*.

Los datos recolectados y organizados indican el estado actual de satisfacción de necesidades; es decir alteraciones en la satisfacción o las interferencias para satisfacerlas. Estos datos deben estar registrados en un documento apropiado para el usuario.⁵²

⁴⁹ Luis R. Ma. T. op. cit. 1996. p. 6.

⁵⁰ Phaneuf M. *Cuidados de Enfermería. El proceso de Atención de Enfermería.* Ed. McGraw-Hill-Interamericana. Madrid, España, 1996 p. 139.

⁵¹ Luis Ma. T. *Diagnósticos de enfermería. Aplicación práctica.* Ed. Rol de Enfermería. España, 1991; p.p. 14-62.

⁵² Griffit JW, Christensen PJ. op. cit. p. 6.



4.3.5.2. Diagnóstico Enfermero:

Es el enunciado del problema real de alto riesgo o estado de bienestar para el sujeto de atención que requiere intervención para solucionarlo o disminuirlo con el conocimiento de enfermería.⁵³

En la IX Conferencia de la NANDA (1990) fue aprobada la siguiente definición: *“Un diagnóstico enfermero es un razonamiento clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud o procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de actuaciones de enfermería que consignan resultados de los que es responsable la enfermera”*.⁵⁴

En la actualidad, la NANDA se encarga de la revisión, aprobación y perfeccionamiento de esta herramienta y la creación de una taxonomía diagnóstica apropiada.

El diagnóstico proporciona los criterios necesarios para decidir si hay o no, desviación de las normas esperadas. Si la respuesta es negativa, finaliza la intervención enfermera; si es afirmativa, permite analizar las claves, hacer inferencias, interpretarlas, enunciar hipótesis, validarlas, y formularlas.⁵⁵

Los diagnósticos definen realmente la práctica profesional de la enfermera, pues su uso aclara qué se hace y en qué se diferencia esta labor con la de los otros miembros del equipo de salud; ahorra tiempo al mejorar la comunicación entre ellos y asegura cuidados eficientes porque permite tener conocimiento concreto de los objetivos del cuidado, de los problemas del sujeto de atención, y de lo que debe hacer el profesional para solucionarlos o minimizarlos.⁵⁶

El diagnóstico de enfermería no es un diagnóstico médico. En la práctica clínica el médico centra su atención en el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad o, cuando esto no es posible, en el control de los signos y síntomas presentes. Por el contrario, el profesional de enfermería, dirige su atención a la identificación de las respuestas del sujeto de atención a problemas de salud, limitaciones impuestas por la enfermedad, con el mantenimiento del bienestar o relacionados con procesos vitales reales o potenciales.⁵⁷

⁵³ Atkinson L, Murray M. op. cit, 1996. p. 60

⁵⁴ Carpenito, L. J. *Manual de diagnósticos de Enfermería*. Ed. McGraw-Hill-Interamericana, 9ª edición. Madrid, España, 2003. p. xxxiii.

⁵⁵ Luis Ma. T. op. cit. 1996. p. 251.

⁵⁶ Roldán T. A., Fernández M. S. op. cit.

⁵⁷ Phaneuf M. op. cit. p. 139.



Diferencia entre diagnóstico enfermero y diagnóstico médico.

Diagnóstico enfermero	Diagnóstico médico
Describe una respuesta humana a los problemas de salud.	Describe una situación patológica o de enfermedad.
Se modifica con el cambio de las reacciones del sujeto de atención.	Se mantiene sin cambios en tanto la enfermedad está presente.
Pueden surgir varios diagnósticos en el proceso de atención.	Es un diagnóstico único, referente a la patología y puede sugerir uno o varios diagnósticos de enfermería.
Orienta las actividades de enfermería	Nos da idea de lo que ha de hacer el médico y la enfermera
No está consensuado, según su estructura	Consensuado, taxonomía y léxico común y universal
La mayoría de las veces se relaciona con la percepción del sujeto de atención.	La mayoría de las veces se relaciona con los cambios fisiopatológicos.
Puede aplicarse a alteraciones de individuos o grupos.	Se aplica solamente a las enfermedades de individuos o colectivos.
La responsabilidad de ejecutar el plan de cuidados recae en el profesional que emite el diagnóstico.	La responsabilidad del cuidado recae en el equipo de salud para ejecutar el tratamiento.

Los diagnósticos se clasifican según características. Según Carpenito⁵⁸ un diagnóstico puede ser de tipo *real*, *de riesgo*, *de bienestar*, *de síndrome* o *posible*. El diagnóstico *real* describe un juicio clínico que el profesional ha confirmado por la presencia de características que lo definen como los signos o síntomas principales. El de *riesgo* describe un juicio clínico acerca de la mayor vulnerabilidad de un individuo o grupo de desarrollar un problema que otros en una situación igual o similar. El de *bienestar* es un juicio clínico sobre un individuo, familia o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hasta un nivel superior. El de *síndrome* consiste en un grupo de diagnósticos de enfermería reales o de riesgo cuya presencia se pronostica debido a una determinada situación o acontecimiento. El de tipo *posible* señala un problema que el profesional de enfermería sospecha y se requiere recabar mayor información para confirmar o descartar su presencia, sin embargo Carpenito señala que no es un tipo de diagnóstico como los anteriores, ya que son opciones que presenta el profesional para indicar la presencia de algunos datos para confirmar un diagnóstico, aunque en ese momento sean insuficientes.

⁵⁸ Carpenito, L. J. op. cit. p. xxxii.



Por otra parte, el enunciado del diagnóstico de enfermería debe constar de una, dos o tres partes, lo cual depende del tipo de diagnóstico: los de *bienestar* se escriben como enunciados de una sola parte iniciando con la frase <<Potencial para mejorar>>; los de *riesgo* y los *posibles* constan de dos partes (etiqueta diagnóstica del problema relacionado y los factores de riesgo) e inician con la frase <<Riesgo de>> o <<Posible>> de acuerdo al tipo de diagnóstico que se utilice; y el diagnóstico *real* consta de tres partes (etiqueta diagnóstica, factores relacionados, y los signos y síntomas).⁵⁹

Al enunciar cada diagnóstico se tiene en cuenta que la primera parte del enunciado (la etiqueta diagnóstica) se une con el problema identificado o la respuesta del sujeto de atención mediante la frase "relacionado con" (*r/c*), y finalmente los factores o los signos y síntomas que contribuyen al mismo se une con la frase "manifestado por" (*m/p*).

Para el enunciado del diagnóstico de enfermería se utiliza la clasificación aprobada por la NANDA. Cuando se va a elaborar el diagnóstico de enfermería se deben tener en cuenta algunas reglas:⁶⁰

- 1) Usar términos técnicos;
- 2) Evitar juicios de valor, supuestos o deducciones;
- 3) Escribir el diagnóstico como respuesta o problema del sujeto de atención;
- 4) La primera parte sólo debe enunciar problemas del sujeto de atención;
- 5) Escribir *con relación a* o *relacionado con* en vez de *debido a*;
- 6) La primera y segunda parte deben ser diferentes;
- 7) Evitar invertir las dos partes del enunciado;
- 8) No utilizar el diagnóstico médico y
- 9) El problema y la etiología deben expresar lo que se debe modificar. Antes de registrar un diagnóstico conviene verificar su exactitud con el sujeto de atención.

Al redactar el diagnóstico se pueden cometer errores como: escribir más de un problema en un solo enunciado; elaborar diagnósticos confusos; expresar problemas de enfermería y no problemas del sujeto de atención; hacer enunciados muy extensos o imprecisos e inespecíficos; omitir la perspectiva del sujeto de atención sobre sí mismo y su salud, e invertir los componentes.⁶¹

⁵⁹ Carpenito, L. J. op cit. xxxviii-xxxix

⁶⁰ Aniore H. N. Teoría de las Necesidades Humanas. Proceso de Atención de Enfermería. Disponible: http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_diagn_enfermer_3.htm Consulta: 28/agosto/2006.

⁶¹ Rodríguez Luis M. T. *Diagnóstico de enfermería de la NANDA. Definiciones y clasificación*. Ed. Mosbi-Doyma. Barcelona, 1993. p. 38.



Si se siguen las reglas mencionadas anteriormente y no se comenten estos errores, se obtendrá un buen diagnóstico y con éste las siguientes ventajas:

1. Facilita abordar el cuidado del sujeto de atención en forma individualizada.
2. Facilita la comunicación profesional.
3. Ayuda a determinar resultados en el sujeto de atención.
4. Ayuda al profesional de enfermería a articular con claridad el ámbito de la práctica.

El diagnóstico de enfermería también permite categorizar las actividades de enfermería en: *1) independientes* (las que realiza el profesional de enfermería como resultado de su juicio crítico basado en la ciencia o conocimiento de la enfermería; se derivan de la visión global de su sujeto de atención); *2) dependientes* (aquellas derivadas del diagnóstico médico; son las órdenes médicas); o *3) interdependientes* (son aquellas que dependen de la interrelación que se tiene con los otros miembros del equipo de salud).⁶²

En el modelo de V. Henderson los diagnósticos de enfermería determinan problemas relacionados con la autonomía y los problemas relacionados con la independencia e interdependencia del sujeto de atención.⁶³

Problemas con relación a la autonomía: Reflejan una falta total o parcial de la capacidad física o intelectual del usuario para hacer por sí mismo las acciones apropiadas que satisfagan sus necesidades básicas, así como la carencia de un cuidador. La falta de capacidad puede ser debido a la edad, o por pérdida temporal debido a una enfermedad.

La enfermería tiene una función de *suplencia* o *ayuda* para cubrir las necesidades del usuario.

Problemas con relación a la independencia:

De acuerdo al tipo de diagnóstico se tienen a los reales, los de riesgo y los de bienestar:

- Diagnósticos reales. Identifica situaciones en las que el usuario ha perdido o no ha alcanzado el nivel óptimo de desarrollo de su potencial para lograr la independencia en la satisfacción de las necesidades básicas. Hay factores causales originados por una o más áreas de dependencia.
- Diagnósticos de riesgo. Identifican situaciones en las que el usuario está a punto de perder su independencia. No hay manifestaciones de dependencia, pero están a punto de aparecer en un futuro por la presencia de factores relacionados.

⁶² Luis R. Ma. T. op cit.1996. p. 6.

⁶³ Luis R. Ma T, Fernández F. C, Navarro Ma. V. op. cit. 2000. p.37.



- Diagnósticos de bienestar. El usuario puede aumentar el nivel de desarrollo de su potencial, demuestra conductas adecuadas pero puede y quiere mejorarlas.

Problemas con relación a la interdependencia o de colaboración: Son aquellos problemas de salud reales o potenciales. Se denominan problemas interdependientes o complicaciones potenciales, en los que el usuario requiere que la enfermera *realice por él/* las actividades de tratamiento y control prescritas por el médico.

Dependen principalmente de la patología del paciente, de la aplicación del tratamiento médico y del control de la respuesta a éste, así como, de la evolución de la situación patológica. Se presentan con pocas variaciones entre unos enfermos y otros que se encuentran en la misma situación. Estos problemas son más fáciles de estandarizar. Es importante consensuar con los médicos cuales son las complicaciones más frecuentes relacionadas con estas situaciones patológicas, su diagnóstico y su tratamiento y también las actividades de prevención y control más indicadas.

4.3.5.3. Planificación:

Consiste en el establecimiento de prioridades, determinación de los objetivos (metas esperadas), y planeación de las actividades o intervenciones de enfermería.⁶⁴

- b) Establecimiento de prioridades:*** Siempre que es posible, la enfermera y el sujeto de atención determinan, en conjunto, cuáles de los problemas que se identificaron durante la fase de valoración necesitan atención inmediata y cuáles pueden ser tratados posteriormente. La determinación de prioridades tiene por objeto ordenar el suministro de los cuidados de enfermería, de manera que los problemas más importantes o amenazadores para la vida sean tratados antes que los menos críticos, aunque a menudo puedan ser tratados de forma simultánea.
- c) Determinación de objetivos:*** Es el resultado que se espera de la atención de enfermería; lo que se desea lograr con el sujeto de atención y lo que se proyecta para remediar o disminuir el problema que se identificó en el diagnóstico de enfermería. Deben estar centrados en el comportamiento del sujeto de atención, ser claras y concisas, ser observables y medibles e incluir indicadores de desempeño; además deben estar limitadas en el tiempo (corto, mediano y largo plazo), y ser ajustadas a la realidad. Deben tener sujeto, verbo, tiempo, modo y medida.
- d) Planificación de las intervenciones de enfermería:*** Están destinadas a ayudar al sujeto de atención a lograr las metas de cuidado. Se enfocan a la parte etiológica del problema o segunda parte del

⁶⁴ Phaneuf M. op cit.. p. 139.



diagnóstico de enfermería. Por tanto, van dirigidas a eliminar los factores que contribuyen al problema. Las intervenciones de enfermería deben ser coherentes con el plan de atención, estar basadas en principios científicos, ser individualizadas para cada situación, proveer un ambiente terapéutico seguro, generar las oportunidades de enseñanza al sujeto de atención, utilizar los recursos adecuados, describir la forma en que se lleva a cabo la acción, indicar las precauciones que se deben tomar y las consecuencias que se deben prever, indicar la hora, el intervalo, la continuidad y la duración en que deben desarrollarse las acciones de enfermería. Siempre deben quedar escritas porque además de facilitar la comunicación son un elemento de control para verificar el cumplimiento de las metas y a medida que el sujeto de atención va mejorando o empeorando, las intervenciones se van modificando cuantas veces sea necesario.

Para los *problemas con relación a la autonomía* se identifica la capacidad del paciente y se establece la ayuda necesaria, se implicará al usuario en la medida de lo posible en sus cuidados. Si el paciente no tiene autonomía se determina quien es la persona que desempeñará el papel del AAA y si un familiar, la enfermera se asegurará que posee los conocimientos necesarios para llevar a cabo las actividades requeridas y si no posee conocimientos ni habilidades se planificarán intervenciones para desarrollar capacidades.

En los *problemas con relación a la independencia* se puede abordar desde la orientación al problema o la causa e incidir sobre las fuentes de dificultad, instruyendo, animando o desarrollando capacidades.

4.3.5.4. Ejecución:

Es la operacionalización del planteamiento de la atención de enfermería. Consta de las siguientes actividades:⁶⁵

- a) **Validación del plan de atención:** Se buscan fuentes apropiadas para validar el plan con colegas expertos, otros miembros del equipo de salud y el sujeto de atención.
- b) **Documentación del plan de atención:** El plan de atención debe estar por escrito y al alcance de los miembros del equipo de salud con el fin de comunicar al personal de todos los turnos. Actualmente se utilizan distintos tipos de plan de cuidados: los individualizados (más utilizados), estandarizados con modificaciones y computarizados.

⁶⁵ Atkinson L., Murray M. E. op.cit. p. 60.



- c) **Continuación de la recolección de datos:** a lo largo de la ejecución, el profesional de enfermería debe continuar con la recolección de información, la cual se usa como prueba para la evaluación de objetivos alcanzados y para establecer cambios en la atención de acuerdo con la evolución del sujeto de atención.

4.3.5.5. Evaluación:

En la fase de evaluación, se determina la eficacia de la intervención enfermera en términos de logro de los objetivos propuestos. Consta de evaluación del logro de objetivos, la revaloración del plan de atención y la satisfacción del sujeto de atención para mantener, modificar o finalizar el plan de cuidados.⁶⁶

- a) **Evaluación del logro de objetivos:** Es un juicio para desempeñar el comportamiento señalado dentro del objetivo del plan de atención. Su propósito es decidir si el objetivo se logró, lo cual puede ocurrir de dos formas: un *logro total* (cuando el sujeto de atención es capaz de realizar el comportamiento en el tiempo establecido en el enunciado de objetivo) y un *logro parcial* (cuando el sujeto de atención está en proceso de lograr el resultado esperado o puede demostrar el comportamiento, pero no tan bien como fue especificado en el enunciado). El resultado debe estar escrito en la historia dentro del plan. Cuando el sujeto de atención no ha conseguido el resultado esperado se afirma que *no hubo logro* y se inicia la segunda parte de la evaluación.
- b) **Revaloración del plan:** Es el proceso de cambiar o eliminar diagnósticos de enfermería, objetivos y acciones con base en los datos que proporciona el sujeto de atención. Los datos de la revaloración pueden provenir de varias fuentes: la observación, la historia y la entrevista; pero la mayor parte de los datos los reúne el profesional de enfermería mientras brinda, coordina y supervisa la atención. Esta nueva información será la prueba para evaluar el logro del objetivo e, incluso, puede indicar la necesidad de revisión del plan de atención existente. Al realizar la revaloración se pueden presentar las siguientes situaciones: 1) que las prioridades hayan cambiado su orden, 2) que haya surgido un nuevo problema, 3) que el problema haya sido resuelto, 4) que a pesar de haber logrado el objetivo el problema existe, y 5) que el objetivo no se logró o sólo se logró en forma parcial.
- c) **Satisfacción del sujeto de atención:** Se debe tomar en cuenta que el sujeto de atención no siempre tiene el conocimiento de lo que implican unos buenos cuidados y a veces, por ignorancia puede sentirse satisfecho con unos servicios mediocres, o al contrario sentirse insatisfecho de algunas intervenciones a pesar de que se trate de unos excelentes cuidados de enfermería. A pesar de todo ello, es de suma importancia conocer su apreciación y discutirla con él.

⁶⁶ Luis R. Ma. T. op. cit. 1996. p. 6.



5. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

5.1. PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de Victoria E. J., usuaria de servicios de enfermería, femenina de 16 años de edad, primigrávida de 38 SDG sin adecuado control prenatal, aumento de peso de 23 Kg. por arriba del límite superior recomendado en el embarazo, sedentaria, con dieta desequilibrada y escaso consumo de líquidos, acostumbrada al uso de laxantes presentado datos subjetivos de estreñimiento, y datos clínicos de preeclampsia severa (hipertensión arterial, proteinuria y edema de miembros inferiores). Manifiesta angustia y ansiedad por la salud de su hijo y la de ella. Solicita durante valoración médica le sea colocado dispositivo Intrauterino (DIU) como método de planificación familiar posterior al parto. Se identifica mala relación con sus padres por haberse embarazado en la adolescencia.

El tratamiento médico está enfocado a evitar complicaciones potenciales de la preeclampsia, los cuales durante el plan de atención de enfermería se contemplan como acciones interdependientes. En su caso se opta por interrupción del embarazo para beneficio de la usuaria y el feto a través de cesárea.

La usuaria es valorada por enfermería aplicando el modelo conceptual de Virginia Henderson, identificando áreas de dependencia en las necesidades básicas de oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación, moverse y mantener buena postura, higiene y protección de la piel, evitar peligros, comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, y la necesidad de aprendizaje.

Las fuentes de dificultad o áreas de dependencia identificados en ella están relacionadas con la falta de conocimientos, la fuerza intelectual y la voluntad para poder recuperar, mantener y aumentar su grado de independencia.

Los modos de intervención se dirigen a aumentar, completar, reforzar y sustituir estas áreas de dependencia a través de los cuidados de enfermería con dimensión holística sustentados en el conocimiento científico.

El agente de autonomía asistida es en mayor grado la enfermera del servicio de urgencias, brindando los cuidados específicos y priorizando la satisfacción de necesidades afectadas con el objetivo de que la usuaria manifieste el grado de independencia requerido. Posteriormente, el familiar es el responsable de reforzar y sustituir las áreas de dependencia.



5.2. VALORACION DE ENFERMERÍA

5.2.1. Ficha de identificación.

Nombre: <u>Victoria E. J.</u> Edad: <u>16 años</u> Fecha de nacimiento: <u>20/junio/1989</u>
Sexo: <u>Femenino</u> Peso: <u>105 kg.</u> Talla: <u>1.60 mt.</u>
Escolaridad: <u>Primaria</u> Ocupación: <u>Hogar</u> Procedencia: <u>México, D.F.</u>
Fecha de admisión en el servicio de urgencias: <u>22/enero/2006</u> Hora: <u>8:30 a.m.</u>
Fuente de información: <u>Usuaría.</u> Fiabilidad de la valoración: <u>Aceptable.</u>
Miembro de la familia / persona significativa: <u>R.G.C. (suegra).</u>

5.2.2. Valoración de necesidades humanas de acuerdo al modelo de Virginia Henderson.

I. Necesidades de respirar, beber y comer, eliminar y mantener la temperatura.

a) Respirar:

Subjetivo:

Disnea debido a: No presenta

Tos productiva/seca: No presenta

Horario de sueño: Duerme por las noches y en la mañana realiza una siesta.

Dolor asociado con la respiración: No refiere

Fumadora: Suspendió el cigarrillo desde hace dos años, en promedio fumaba un cigarrillo diario durante año y medio.

Objetivo:

Registro de signos vitales y características: FC: 100 lat/min, FR: 25 resp/min, Temp: 36°C, T/A: 170/110 mmHg (corroborada en dos ocasiones en posición de decúbito).

Estado de conciencia: Conciente, orientada en tiempo, lugar y persona. Es cooperadora durante la entrevista.

Coloración de piel/lechos ungueales/peribucal: Presenta palidez de tegumentos y ligera deshidratación de mucosa oral.

Circulación del retorno venoso: Llenado capilar de 6 seg.

Otros: Refiere antecedentes de hipertensión familiar en abuelos paternos y maternos. Bronconeumonía a los ocho años. No refiere haber manifestado anteriormente hipertensión ni tomar antihipertensivos de control.



b) Beber y comer:

Subjetivo:

Dieta habitual (tipo): Consume carne cuatro veces a la semana; un litro de leche y agua diario; frutas, verduras, leguminosa, pastas y huevo diario; 10 tortillas en cada comida; 12 piezas de pan a la semana. Refiere comer gran cantidad de antojitos (tacos, tortas, quesadillas, etc.).

Número de comidas diarias: Tres a cinco.

Trastornos digestivos: Refiere estreñimiento a consecuencia del embarazo.

Intolerancia alimenticia/alergias: No refiere.

Problemas de masticación/deglución: No refiere. Patrón de ejercicio: No realiza.

Objetivo:

Peso inicial al embarazo: 70 Kg.

Sobrepeso: 35 kg. (en relación a la ganancia de peso recomendable en el embarazo).

Turgencia de la piel: Se observa edema de miembros inferiores (Godete +++ y Sherwen-Scoloveno-Weingarten (SSW) de 2+).

Membranas mucosas hidratadas/secas: Se observa ligera deshidratación de la mucosa oral.

Características de uñas/cabello: Sin alteraciones.

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: Reflejos Osteo-Tendinosos (ROT'S) y Clono aumentados (+/+++) (ver anexo sobre evaluación de ROT'S y Clono).

Aspecto de los dientes y encías: En buen estado.

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: Se observan estrías por la gravidez.

Otros: Como parte del tratamiento el médico instala catéter venoso central e indica administración de soluciones endovenosas para su hidratación y control hidroelectrolítico. La usuaria presenta 98 mg/dl de glucosa capilar.

c) Eliminar:

Subjetivo:

Hábitos intestinales: Evacua diario heces duras con dificultad y micciona en promedio seis veces/día en escasa cantidad.

Características de las heces y orina: Heces secas y duras, orina de color muy amarillo.

Menstruación: Menarca: 10 años, ciclos menstruales regulares con duración de 6 días en promedio (ciclo de 28x6). FUM: 01/mayo/2005.

Uso de laxantes: Refiere utilizar fibra natural (psylum plántago) una cucharada cada 12 hr para poder evacuar

Hemorroides: Sí presenta.



Otros: Durante la evolución del embarazo presentó en el primer trimestre amenaza de aborto e infección genito-urinaria.

Objetivo:

Abdomen/características: Se observa cicatriz quirúrgica debido a apendicectomía a los once años sin complicaciones. Abdomen globoso a expensas de útero grávido; FU: 33 cm; PUVI, SL, PC, DD, FCF: 142 lat/min, rítmico y regular, intensidad +++, sin actividad uterina palpable.

Ruidos intestinales: Normales.

Palpación de la vejiga urinaria: A la exploración se palpa globosa.

Exámenes de laboratorio: EGO: prot 250 mg/dl, leuc abundantes, erit 8 -10 x campo, bacterias y células capilares +++; Multistix® con proteinuria de ++; OS: creat 1.66, Na 135, Prot 6.1, Alb 5.8, Fosfat 13.3.

Palpación de vagina: Al tacto se encuentra elástica; cérvix cerrado, blando, posterior, Tarnier y Valsalva negativos, pelvis útil para el parto.

Otros: FPP: 08/febrero/2006, SDG: 38; G: I. El médico indica la instalación de sonda vesical para control hídrico y toma de muestras (EGO y urocultivo).

d) Mantener la temperatura:

Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: Adaptable.

Ejercicio/tipo y frecuencia.: No realiza.

Temperatura ambiental que le es agradable: No le gusta el calor, prefiere el clima frío.

Objetivo:

Características de la piel: Tensa en miembros inferiores por edema de miembros pélvicos (MPS) +++.

Transpiración: Sudoración moderada.

Condiciones del entorno físico: La usuaria es valorada en el servicio de urgencias, el cual se encuentra en remodelación. El área está improvisada, por lo que no hay puerta de entrada y el espacio es reducido. Por disposiciones del servicio se le indica retirarse la ropa y se cubre con sábana que le permita mantener su temperatura y movilidad adecuadas.

Otros: Los miembros inferiores se palpan fríos debido al edema. Se toma temperatura corporal de 36°C. Refiere tener mucho calor. Por la sudoración que presenta se realiza toma de glucosa capilar para descartar hipoglicemia.



II. Necesidades de moverse y mantener una buena postura, dormir y descansar, vestirse y desvestirse, estar limpia, aseada y proteger sus tegumentos, y evitar peligros.

e) Moverse y mantener una buena postura:

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: Necesita un poco de apoyo por parte de su pareja para bañarse ya que no puede agacharse y los pies los siente hinchados. No realiza esfuerzos que pongan en riesgo su embarazo.

Actividades físicas que realiza en el tiempo libre: No realiza ejercicio, es sedentaria.

Hábitos de descanso: Procura descansar en las mañanas una hora antes de que su esposo llegue del trabajo.

Objetivo:

Estado del sistema músculo esquelético/fuerza: Presenta edema de miembros inferiores (Godete +++ y SSW de 2+). Presenta adecuada fuerza muscular.

Capacidad muscular tono/resistencia/flexibilidad: ROT'S y clono aumentados (++/+++).

Posturas: Se encuentra en decúbito, refiere que le es incómodo y no encuentra la posición adecuada para estar cómoda.

Ayuda para la deambulación: Es apoyada por su suegra cuando acude al servicio de urgencias, ya que el edema de miembros inferiores le impide caminar adecuadamente.

Dolor con el movimiento: No refiere.

Presencia de temblores: No.

Estado de conciencia: Conciente y orientada.

Estado emocional: Se encuentra angustiada. Refiere tener miedo por su salud y el de su bebé debido a su padecimiento (Preeclampsia Severa) y complicaciones latentes. Tiene miedo de someterse a cesárea.

f) Dormir y descansar:

Subjetivo:

Horario y horas de descanso: En las noches duerme ocho horas y por las tardes toma siesta de una hora.

¿Padece insomnio?: No

¿Se siente descansado al levantarse?: No. Refiere que no puede dormir horas seguidas durante la noche, ya que no encuentra la posición adecuada para que no le duela la espalda y pueda respirar adecuadamente.

Objetivo:

Estado mental: ansiedad/estrés/lenguaje: Se encuentra angustiada por los procedimientos relacionados con el tratamiento médico de la preeclampsia severa (instalación de catéter central, infusión I.V. de sulfato de



magnesio a 3 g/hr, instalación de sonda vesical, etc.). Se encuentra con Grado 0 de encefalopatía. (ver anexo sobre evaluación del grado de encefalopatía).

Atención y concentración: Se encuentra en la mejor disposición de colaborar durante su estancia hospitalaria, presta mucha atención a las indicaciones que se le señalan y desea colaborar en su tratamiento.

Cefaleas: Refiere haber iniciado por la noche del día anterior. Se relaciona con hipertensión arterial.

Respuesta a estímulos: Adecuada a estímulos verbales. Se valora Glasgow de 15 puntos. (ver anexo sobre valoración neurológica de la escala de Glasgow).

Apatía: No

g) Vestirse y desvestirse:

Subjetivo:

¿Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir?: Sí.

¿Su autoestima es determinante en su modo de vestir?: Sí.

¿Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría?: No.

¿Necesita ayuda para la selección de su vestuario?: No.

Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad: Sí.

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: Limitada por agrandamiento del abdomen y edema de miembros inferiores.

Vestido incompleto: No.

Sucio: No.

Inadecuado: No.

h) Estar limpia, aseada y proteger sus tegumentos:

Subjetivo:

Frecuencia de aseo: Baño diario.

Momento preferido para el baño: En las mañanas.

Cuántas veces se lava los dientes al día: Tres veces al día.

Aseo de manos antes y después de comer: Solo antes de comer y al preparar los alimentos. Después de eliminar: Sí.

¿Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos?: No.



Objetivo:

Aspecto general: Aliñada.

Olor corporal: Sin mal olor.

Halitosis: No.

Estado del cuero cabelludo: Elástico, distribuido uniformemente, con tinte descolorido y raíces nacientes.

Lesiones dérmicas, qué tipo: Estrías en abdomen y celulitis en muslos posteriores.

i) Evitar peligros:

Subjetivo:

Qué miembros componen su familia de pertenencia: Solo vive con su pareja.

Cómo reacciona ante una situación de urgencia: Cuando su pareja no se encuentra, la acompaña su suegra a las revisiones médicas.

¿Conoce las medidas de prevención de accidentes? No.

En el hogar: No.

¿Realiza controles periódicos de salud recomendados?: La usuaria no cuenta con algún tipo de seguro médico. Control perinatal lo realizado en el centro de salud de su localidad (3 consultas), posteriormente acudió a CIMIGEN (2 consultas), y finalmente es canalizada a este hospital donde ha recibido 2 consultas.

¿Cómo canaliza las situaciones de tensión en su vida?: Acude a la iglesia cuando se siente sola y platica con sus amigas, recibe apoyo por parte de su suegra y lamenta no poder relacionarse con su familia, ya que en el caso de tener a su bebé le gustaría que su mamá supiera que ha nacido y le gustaría que los pudiera visitar. Comenta que desea participar durante el parto y su tratamiento, ya que eso la haría sentirse más tranquila

Objetivo:

Deformidades congénitas: No presenta.

Condiciones del ambiente en su hogar: Carece de recursos económicos, su esposo gana \$2,500.00 al mes. Pagan renta de un pequeño cuarto. Convive con pájaros, perros, patos y pericos).

Trabajo: La usuaria no trabaja aunque desea hacerlo ya que el único que aporta en el hogar es su esposo y lava coches, no tiene salario fijo ni prestaciones como un seguro médico.

Otros: Al encontrarse con administración intravenosa de sulfato de magnesio, la usuaria puede presentar efectos adversos potenciales tales como bochornos, diaforesis, letargo, visión borrosa, náuseas, hipocalcemia, hiporeflexia y paro cardio-respiratorio. Por otro lado, tiene riesgo de presentar infecciones debidas a procedimientos invasivos mal realizados como la instalación de catéter venoso central, sonda vesical y cirugía.



III. Necesidades de comunicar, actuar según sus creencias y valores, ocuparse para realizarse, recrearse, y de aprender.

j) Comunicar:

Subjetivo:

Estado civil: Unión libre

Años de relación: Un año

Vive con: Su esposo.

Preocupaciones/estrés: No tiene dinero para pagar el hospital. Sus familiares directos la rechazan por haberse embarazado tan joven y no haberse casado.

Familiares: Cuenta con su esposo y suegra.

Otras personas que pueden ayudar: No. Manifiesta que desea que su mamá esté a su lado en estos momentos y lamenta no poder tener adecuada relación con sus familiares.

Comunica sus problemas debidos a la enfermedad/estado: Sí. Refiere estar preocupada por los exámenes que se le realizarán a ella y su producto. No sabe que le sucederá ya que le explicaron que la preeclampsia puede ser mortal para los dos.

Cuánto tiempo pasa sola: La mayor parte del día. A veces visita a su suegra, la cual vive en la misma colonia.

Frecuencia de los diferentes contactos: Hay veces que la visitan sus amigas de la escuela.

Objetivo:

Habla claro: Sí.

Confusa: No.

Dificultad en la visión: No.

Audición: No.

Comunicación verbal/no verbal con la familia/con otras personas significativas: Sí.

Otros: Comenta en la entrevista que nunca ha utilizado un método de planificación familiar (MPF), por lo que refiere al médico si existe la posibilidad de que se le coloque un Dispositivo Intra-Uterino (DIU) durante el procedimiento quirúrgico, aunque refiere no saber beneficios, complicaciones, cuidados, etc.

k) Actuar según sus creencias y valores:

Subjetivo:

Creencia religiosa: Católica.

¿Su creencia religiosa le genera conflictos personales?: No.



Principales valores en su familia: Los normales de moralidad sociales, como el de terminar los estudios, casarse por el civil y la iglesia, y posteriormente tener hijos.

Principales valores personales: Su familia nueva (esposo e hijo).

¿Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir?: Sí, aunque no con la de sus padres y eso le crea un conflicto personal y familiar.

Objetivo:

¿Permite el contacto físico?: Sí, se le toma de la mano cuando se siente angustiada y se le brinda apoyo emocional.

¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias?: No.

l) Ocuparse para realizarse:

Subjetivo:

¿Trabaja actualmente?: No, solo se dedica al hogar.

¿Está satisfecho con su trabajo?: No. Ella desea trabajar para ayudarle a su esposo ya que gana muy poco y es con lo que viven.

¿Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia?: No.

¿Está satisfecha con el rol familiar que juega?: No, ya que no esperaba ser madre aún.

Objetivo:

Estado emocional: Ansiosa, temerosa e inquieta.

m) Recrearse:

Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: Se dedica a bordar y tejer la ropa del bebé. También le gusta escuchar música y platicar con sus amigas.

¿Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad?: Sí.

¿Existen recursos en su comunidad para la recreación?: Solo cines, pero no tiene los recursos económicos para gastar.

¿Ha participado en alguna actividad recreativa?: Sí, en la escuela participaba en el equipo de básquet ball.

Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular: Sin problemas.

¿Rechaza actividades recreativas?: No

¿Su estado de ánimo es apático/aburrido/participativo?: Es participativa y realiza todo lo que se le indica..



n) Aprender:

Subjetivo:

Nivel de educación: Primaria (secundaria trunca).

Problemas de aprendizaje: Ninguno.

Limitaciones cognitivas: Ninguna.

Preferencias: leer/escribir: Leer.

¿Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad?: No.

¿Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud?: Sí.

Objetivo:

Estado del sistema nervioso: Integro.

Órganos de los sentidos: Sin problemas.

Estado emocional/ansiedad/dolor: Se observa ansiosa.

Memoria reciente / remota: Presentes.



5.3. RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Razonamiento No. 1:

a) Indicadores.

- 16 años de edad.
- Primigrávida.
- Aumento de peso de 23 Kg. por arriba del límite superior recomendado en el embarazo (12 Kg).
- Sedentarismo.
- Dieta desequilibrada.
- Escaso consumo de líquidos.
- Deshidratación leve en mucosas.
- Oliguria (< 0.5 ml/kg/hr) y concentrada.
- Hiperreflexia con ROT'S y clono de ++/+++.
- Piel tensa en piernas.
- Palidez de tegumentos.
- Llenado capilar de 6 segundos.
- Edema de miembros inferiores con Godete +++ y SSW 2+.
- Proteinuria de 250 mg/dl en EGO
- Proteinuria en tira reactiva de ++.
- Albúmina sérica de 5.8.
- Hipertensión arterial de 170/110 mmHg.
- Refiere incomodidad en decúbito.

b) Análisis de datos.

La usuaria presenta datos clínicos de Preeclampsia Severa (edema, hipertensión (de 170/110 mmHg), proteinuria y oliguria).

Problemas en colaboración: ⁶⁸

- Complicación Potencial (CP): Convulsiones.
- CP: Hemorragia cerebral.
- CP: Insuficiencia cardiaca congestiva.
- CP: Edema pulmonar.

⁶⁸ Matsson, Smith. *Enfermería Maternoinfantil*. Ed. McGraw-Hill-Interamericana. 2ª edición. México, 2000. p. 446.



- CP: Insuficiencia renal.
- CP: Desprendimiento Prematuro de Placenta (DPP).
- CP: Coagulación Intravascular Diseminada (CID).
- CP: Síndrome de HELLP (de sus siglas en Inglés Hemólisis, Elevated enzymes of Liver, and Low Platelets); es decir, la presencia de hemólisis, elevación de enzimas hepáticas, y plaquetas bajas.
- CP: Muerte materna.
- CP: Restricción del crecimiento, hipoxia y muerte fetal.

c) Identificación de diagnóstico enfermero, asignación del nombre correspondiente, definición de etiqueta diagnóstica, determinación de factores relacionados y sus manifestaciones.

Diagnóstico Enfermero: Riesgo de alteración de la perfusión hística periférica: estado en el que una persona está en riesgo de experimentar una disminución de la nutrición y la respiración a nivel celular, debido a la disminución de la circulación sanguínea capilar.⁶⁹

Relacionado con: alteración del flujo sanguíneo secundario a hipertensión arterial, hipoperfusión periférica con llenado capilar mayor a 3 segundos y presión del útero aumentado de tamaño sobre la circulación periférica.

Diagnóstico Enfermero: Riesgo de deterioro del intercambio gaseoso: estado en el que una persona experimenta una disminución potencial del paso de gases (oxígeno y dióxido de carbono) entre los alvéolos de los pulmones y el sistema vascular.⁷⁰

Relacionado con: aumento de la resistencia vascular pulmonar secundaria a hipertensión arterial sistémica.

Diagnóstico Enfermero: Riesgo de alteración de la perfusión hística del sistema nervioso central: estado en el que una persona está en riesgo de experimentar una disminución del nivel capilar de oxigenación a nivel del sistema nervioso central.⁷¹

Relacionado con: hipertensión arterial sistémica.

⁶⁹ Carpenito, L. J. op cit. p.438.

⁷⁰ Carpenito, L. J. op cit. p. 295.

⁷¹ Carpenito, L. J. op cit. p.437.



Diagnóstico Enfermero: Riesgo de alteración de la perfusión hística renal: estado en el que una persona está en riesgo de experimentar una disminución del nivel capilar de oxigenación a nivel renal.⁷²

Relacionado con: disfunción de regulación bioquímica renal, secundaria a hipertensión arterial sistémica.

Diagnóstico Enfermero: Riesgo de alteración de la perfusión hística hepática: estado en el que una persona está en riesgo de experimentar una disminución del nivel capilar de oxigenación a nivel hepático.⁷³

Relacionado con: hipertensión arterial sistémica.

d) Necesidades afectadas y grado de dependencia.

Necesidad de Oxigenación:	Parcialmente dependiente.
Necesidad de Eliminación:	Parcialmente dependiente.
Necesidad de Evitar peligros:	Parcialmente dependiente.
Necesidad de Moverse/Mantener buena postura	Parcialmente dependiente.
Necesidad de Higiene/Protección de la piel:	Parcialmente dependiente.

Razonamiento No. 2:

a) Indicadores.

- Femenina de 16 años.
- Escolaridad Primaria.
- No tuvo un adecuado control perinatal.
- Refiere miedo, angustia y ansiedad por:
 - Su salud y la de su producto.
 - Procedimientos relacionados con el tratamiento (instalación de catéter venoso central, sonda vesical, infusión de magnesio, etc.).
 - Someterse a cesárea.
- Expresa el deseo de participar durante el parto y su tratamiento.

⁷² Carpenito, L. J. op cit. p.437.

⁷³ Carpenito, L. J. op cit. p.437.



b) Análisis de datos.

A la usuaria le falta información sobre los patrones que favorezcan su estado de salud. No cuenta con información suficiente sobre su padecimiento, gravedad y tratamiento médico. Desea participar durante el parto y su tratamiento de la enfermedad.

c) Identificación de diagnóstico enfermero, asignación del nombre correspondiente, definición de etiqueta diagnóstica, determinación de factores relacionados y sus manifestaciones.

Diagnóstico Enfermero: Ansiedad: estado en el que una persona o grupo experimenta sentimientos de inquietud (aprensión) y activación del sistema nervioso autónomo, en respuesta a una amenaza vaga o inespecífica.⁷⁴

Relacionado con: déficit de conocimientos sobre su enfermedad, y peligro de experimentar lesión propia y del feto.

Manifestado por: verbalización de la usuaria.

Diagnóstico Enfermero: Riesgo de manejo ineficaz del régimen terapéutico: patrón en el que una persona está en riesgo de experimentar dificultad para integrar en su vida diaria un programa de tratamiento de la enfermedad y de sus secuelas y la reducción de situaciones de riesgo (p. ej. inseguridad, contaminación).⁷⁵

Relacionado con: adolescencia, déficit de conocimientos sobre su enfermedad, sus complicaciones, complejidad del régimen terapéutico y los efectos secundarios del tratamiento.

d) Necesidades afectadas y grado de dependencia.

Necesidad de Evitar peligros: Parcialmente dependiente.

Necesidad de Comunicación: Parcialmente dependiente.

Necesidad de Aprendizaje: Parcialmente dependiente.

⁷⁴ Carpenito, L. J. op. cit. p. 50.

⁷⁵ Carpenito, L. J. op. cit. p. 363.



Razonamiento No. 3:

a) Indicadores.

- Estreñimiento subjetivo.
- Sedentarismo.
- Acostumbra el uso de fibra natural.
- Bajo consumo de líquidos.
- Será sometida a cesárea.

b) Análisis de datos.

La usuaria puede tener problemas de eliminación intestinal durante su estancia hospitalaria.

c) Identificación de diagnóstico enfermero, asignación del nombre correspondiente, definición de etiqueta diagnóstica, determinación de factores relacionados y sus manifestaciones.

Diagnóstico Enfermero: Riesgo de estreñimiento: estado en el que una persona tiene alto riesgo de experimentar estasis del intestino grueso, que provoca una eliminación infrecuente, heces duras y secas o ambas.⁷⁶

Relacionado con: consumo habitual de laxantes, bajo consumo de líquidos, sedentarismo y peristaltismo bajo secundario a la realización de procedimiento quirúrgico (cesárea).

d) Necesidades afectadas y grado de dependencia.

Necesidad de Eliminación: Parcialmente dependiente.

Razonamiento No. 4:

a) Indicadores.

- Alimentación habitual excesiva en carbohidratos y grasas.
- Sedentarismo.
- Peso de 105 Kg. (23 kg. por arriba del límite superior recomendado en el embarazo).

b) Análisis de datos.

La usuaria presenta obesidad y alimentación excesiva.

⁷⁶ Carpenito, L. j. op cit. p. 278.



c) Identificación de diagnóstico enfermero, asignación del nombre correspondiente, definición de etiqueta diagnóstica, determinación de factores relacionados y sus manifestaciones.

Diagnóstico Enfermero: Alteración de la nutrición por exceso: estado en el que una persona experimenta aumento de peso relacionado con una ingesta superior a las necesidades metabólicas.⁷⁷

Relacionado con: falta de conocimientos básicos sobre nutrición adecuada, sedentarismo y aumento de peso mayor de 9 a 12 Kg. durante el embarazo.

Manifestado por: peso de 105 Kg. (sobrepeso de 23 Kg.).

d) Necesidades afectadas y grado de dependencia.

Necesidad de Nutrición/Hidratación: Parcialmente dependiente.

Razonamiento No. 5:

a) Indicadores.

- 16 años de edad.
- Escolaridad primaria.
- Nunca ha utilizado un MPF, desea que el médico le coloque DIU durante la cesárea pero no tiene conocimientos sobre éste.

b) Análisis de datos.

La usuaria no cuenta con los conocimientos necesarios para la utilización de algún MPF, en especial del DIU que solicitó le sea colocado.

c) Identificación de diagnóstico enfermero, asignación del nombre correspondiente, definición de etiqueta diagnóstica, determinación de factores relacionados y sus manifestaciones.

Diagnóstico Enfermero: Déficit de conocimientos (sobre utilización de DIU): estado en el que una persona experimenta carencia de conocimientos cognitivos o de habilidades psicomotoras relacionada con la enfermedad o el plan de tratamiento.⁷⁸

⁷⁷ Carpenito L.J. op cit. p. 414.

⁷⁸ Carpenito, L. J. op cit. p. 187.



Relacionado con: edad y grado de escolaridad.

Manifestado por: expresión verbal de la usuaria y solicitud de su colocación.

d) Necesidades afectadas y grado de dependencia.

Necesidad de Comunicación: Parcialmente dependiente.

Necesidad de Aprendizaje: Parcialmente dependiente.

Razonamiento No. 6:

a) Indicadores.

- Embarazo a los 15 años de edad.
- Rechazo familiar por no cumplir con los valores morales establecidos.
- Desea que su mamá esté enterada del nacimiento de su bebé y ella los visite.

b) Análisis de datos.

La usuaria es rechazada por su familia, no se comunican de manera abierta y eficaz y desea que su madre esté a su lado cuando tenga a su hijo.

c) Identificación de diagnóstico enfermero, asignación del nombre correspondiente, definición de etiqueta diagnóstica, determinación de factores relacionados y sus manifestaciones.

Diagnóstico enfermero: Alteración de los procesos familiares: estado en el que una familia que normalmente se apoya, experimenta un factor estresante que amenaza su capacidad de funcionamiento anteriormente eficaz.⁷⁹

Relacionado con: conflictos morales (embarazo precoz de la usuaria) y pérdida de la confianza por parte de sus familiares.

Manifestado por: falta de comunicación abierta y eficaz con sus padres.

d) Necesidades afectadas y grado de dependencia.

Necesidad de Comunicación: Parcialmente dependiente.

⁷⁹ Carpenito, L. J. op. cit. p. 454.



Necesidad de Vivir según sus creencias y valores: Parcialmente Independiente.

Razonamiento No. 7:

a) Indicadores.

- Escolaridad primaria.
- Ingresos familiares de \$2,500.00 al mes.
- La usuaria desea trabajar y ayudar a su esposo en la economía familiar.

b) Análisis de datos.

La usuaria desea apoyar en la economía familiar debido a escasos recursos económicos.

c) Identificación de diagnóstico enfermero, asignación del nombre correspondiente, definición de etiqueta diagnóstica, determinación de factores relacionados y sus manifestaciones.

Diagnóstico Enfermero: Dificultades para el mantenimiento del hogar: estado en el que una persona o familia experimenta dificultades para mantener un ambiente doméstico seguro, higiénico y que favorezca el desarrollo.⁸⁰

Relacionado con: recursos económicos insuficientes.

Manifestado por: ingresos familiares mensuales de \$2,500.00, bajo nivel educativo de la usuaria (primaria) y deseos de trabajar para apoyar en la economía familiar.

d) Necesidades afectadas y grado de dependencia.

Necesidad de Trabajar y realizarse: Parcialmente dependiente.

⁸⁰ Carpenito, L.J. op.cit. 375.



5.4. PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

1.- Riesgo de alteración de la perfusión hística periférica, r/c alteración del flujo sanguíneo secundario a hipertensión arterial, hipoperfusión periférica y presión del útero aumentado de tamaño sobre la circulación periférica.

Objetivo: Prevenir que la usuaria sufra alteración de la perfusión hística periférica.

Intervenciones de Enfermería:

- Medir los signos vitales cada 15 a 30 minutos. (específicamente FC y TA y SpO₂). La modificación de estos signos en su normalidad nos habla de la presencia de problemas de oxigenación a nivel de la perfusión hística periférica.
- Vigilar presión arterial sistémica cada 15 a 30 minutos con la técnica adecuada:⁸¹
 - a) Efectuar corrección de las variables que afectan a la precisión.
 - Utilizar el manguito de tamaño correcto. Los manguitos pequeños dan por resultado lecturas altas, y los que son demasiado grandes producen lecturas bajas falsas.
 - Debe usarse la misma posición y el mismo brazo para cada medición. La uniformidad en el procedimiento y la posición permite que se reconozcan los cambios de la presión arterial.
 - Es importante recordar que las presiones arteriales son las más bajas en la posición de decúbito lateral (10 a 20 mmHg.); las más altas con las posiciones supina o erguida, e intermedias cuando la persona está sentada. En esta usuaria se realizaron las mediciones siempre en la posición de decúbito.
 - Se recomienda la posición sentada para las valoraciones prenatales y el ejercicio general; la medición debe obtenerse en el brazo derecho, sostenido sobre una mesa en posición horizontal a nivel del corazón.
 - Las presiones arteriales en la posición lateral deben obtenerse en los brazos, y se anota la posición de la mujer (la investigación de la presión hidrostática ha demostrado que, en la posición de decúbito lateral izquierdo, la presión arterial es más baja en el brazo superior, por arriba del corazón, y más alta en el brazo izquierdo que quedó por abajo del corazón).
 - La presión arterial media alta (PAM) puede ser de utilidad, pero no es un aspecto digno de confianza de predicción de preeclampsia. La PAM es la presión promedio durante todo el ciclo cardíaco. Para

⁸¹ Mattson, S. y Smith, J. *Enfermería Maternoinfantil*. Ed. McGraw-Hill Interamericana. 2da. Edición. México, 2001. p.p 452-453.



calcular la PAM añada la presión sistólica al doble de la presión diastólica y divida el producto por 3.
 $PAM = (PS + (2 \times PD))/3$. Se consideran anormales la PAM de al menos 90 en el segundo trimestre y al menos 105 en el tercer trimestre, o el aumento de 20 mmHg. Efectuar esta medición con mayor frecuencia cuando los valores son de por lo menos 160/110.

- Administrar los medicamentos antihipertensivos según se haya ordenado por el médico (Hidralazina 10 mg. vía oral cada 8 hr.) conservando la presión diastólica de la usuaria por abajo de 105 mmHg. (ver anexo sobre intervenciones de enfermería en la aplicación de medicamentos utilizados en la preeclampsia).
- Observar e informar la aparición de irregularidades cardíacas, taquicardia, o dolor precordial. Las complicaciones de la hipertensión arterial son: la angina inestable y el infarto al incrementarse el trabajo ventricular izquierdo a causa de elevación de las resistencias vasculares periféricas (RVP).
- Observar la distensión de las venas del cuello. La regurgitación yugular es un signo de aumento de las RVP e incremento de volumen sanguíneo.
- Valorar la presencia de edema generalizado. El volumen plasmático circulante disminuye conforme se desplaza líquido desde el espacio intravascular hacia el extravascular, observándose datos de hipovolemia y edema masivo.
- Pedir a la usuaria que se retire los anillos de los dedos y las ropas apretadas. Durante el tratamiento a través de líquidos la usuaria puede retenerlos conforme se agrava la Preeclampsia siendo los anillos causantes de una disminución de la irrigación en los ortijos.
- Evaluar el tiempo de llenado capilar de forma constante. Esta valoración nos permite identificar datos de hipoperfusión periférica. Se evalúa al pedirle a la usuaria que mantenga cerrado su puño durante 10 seg. posteriormente se le pide que lo abre y se cuentan los segundos en que tarda en colorarse toda la palma. El tiempo no debe exceder de los 6 seg. De acuerdo al nivel de edema está disminuido el llenado capilar.
- Estudiar la temperatura de las extremidades comparada con el resto del cuerpo. Este dato nos habla de la presencia de edema debido a líquido en el espacio extracelular cuando la temperatura está disminuida. Por otro lado, un incremento de la temperatura nos habla de una probable inflamación vascular periférica.
- Valorar los pulsos periféricos. Este dato nos indica hipoperfusión periférica debido a la compresión vascular por edema en caso de ausencia de pulsos o pulso débil en la arteria pedia.
- Interpretar la citología hemática completa en busca de datos de anemia y hemodilución. Durante la preeclampsia el volumen plasmático circulante disminuye observándose datos de hemoconcentración y aumento del hematocrito.



- Interpretar los tiempos de coagulación en busca hemólisis y trombocitopenia. La hemólisis ocurre en el Síndrome de HELLP debido a la destrucción de los eritrocitos que viajan por los vasos contraídos, con lo que sobreviene anemia y cambios de la morfología de los hematíes. Por otro lado, las plaquetas se agregan en el endotelio vascular lesionado, lo que origina consumo de éstas y trombocitopenia (plaquetas menores de $100,000 \text{ mm}^3$).
- Buscar datos potenciales de sangrado. Debido a la trombocitopenia puede presentarse gingivitis, equimosis espontánea, petequias, hemorragia transvaginal, en sitios de punción o en el tracto gastrointestinal. Como rutina, es necesario identificar sangre oculta en heces durante cada evacuación.
- Conservar a la mujer en reposo en cama en posición lateral izquierda. Esta posición disminuye la compresión de la vena cava.
- Vigilar signos vitales maternos cada hora.
- Explicar los procedimientos de control fetal a la usuaria y prepararla para las pruebas prenatales diagnósticas. (Ultrasonografía, amniocentesis, valores de estriol, prueba sin estímulo, prueba de esfuerzo de contracción, perfil biofísico).
- Efectuar los estudios fetales antes del parto según se hayan ordenado.
 - Prueba sin estrés.
 - Prueba de contracción con estrés.
 - Perfil biofísico con índice del líquido amniótico.
 - Ultrasonografía.
 - Estudios del flujo Doppler para identificar los trastornos del riego arterial uterino.
- Instruir a la madre sobre la técnica de contar los movimientos fetales.
- Proseguir con la Vigilancia Electrónica Fetal (VEF) mientras la usuaria se encuentra en trabajo de parto.
 - Observar los tipos de la frecuencia cardiaca fetal durante estimulación.
 - i) Taquicardia o bradicardia.
 - ii) Desaceleraciones variables graves, sobre todo con oligohidramnios comprobado.
 - iii) Desaceleraciones tardías.
 - iv) Disminución de la variabilidad

Reportar al obstetra los ruidos cardíacos fetales. Si son menores de 120 o mayores de 180, si hay reducción de la reactividad, reducción de la variabilidad o ausencia de actividad fetal.

- Efectuar intervenciones para la reanimación intrauterina del feto: líquidos por vía IV, oxígeno, posición lateral izquierda.
- Hacer los preparativos para el parto inmediato según las indicaciones médicas.



- Valorar y controlar en forma continua el bienestar fetal mediante la FCF (por auscultación o por monitor fetal electrónico).

Evaluación:

- La TAS de la madre se encuentra entre 160-170/100-90 mmHg durante su vigilancia.
- No se observan trastornos cardíacos secundarios a hipertensión.
- No se observa distensión de las venas del cuello.
- El llenado capilar se encuentra dentro de límites normales.
- Las extremidades no están frías ni excesivamente calientes.
- Los valores de citología hemática y tiempos de coagulación están dentro de límites normales.
- No hay datos de hemorragia en sitios visibles y se valoran guayacos negativos.
- Se conserva reposo en posición decúbito lateral izquierda.
- Los resultados de los estudios fetales se encuentran dentro de límites normales.
- La usuaria nos señala la cantidad de movimientos fetales durante 15 minutos.
- Se registra y observa tipo de la frecuencia cardíaca fetal tranquilizante según el monitor fetal electrónico.
- Se prepara a la usuaria para parto por cesárea según indicación médica para beneficio fetal y materno a pesar de que no ha sido encontrado dato alguno de alteración de la perfusión hística útero-placentaria.
- La usuaria expresa sus dudas y confianza durante los procedimientos que se le realizan para el control fetal.
- La usuaria comprende y coopera durante la realización de los procedimientos diagnósticos prenatales.

2.- Riesgo de deterioro del intercambio gaseoso, r/c aumento de la resistencia vascular pulmonar secundaria a hipertensión arterial sistémica.

Objetivo: Prevenir en la usuaria la presencia de alteraciones del intercambio gaseoso.

Intervenciones de Enfermería:

- Medir y registrar signos vitales. En especial la frecuencia respiratoria, cada 15 a 30 minutos, valorar simultáneamente la presencia de taquicardia y disnea. Un incremento en estos valores es signo de dificultad respiratoria.
- Auscultar los ruidos respiratorios y valorarlos para saber si hay indicaciones de edema pulmonar. La presencia de estertores y congestión pulmonar son datos de edema pulmonar agudo.



- Valorar la saturación de oxígeno a través de la SpO_2 (saturación del pulso de oxígeno a través de fotometría). Los valores normales van de 90 a 100%. Una disminución de este valor nos indica alteración en el intercambio gaseoso.
- Observar la presencia de tos (seca o productiva) y de ortopnea. En presencia de edema pulmonar agudo (EPA) es característica la presencia de esputo rosado o "asalmonado". La ortopnea es consecuencia de aumento en la permeabilidad alveolar favoreciendo sobrecarga de líquido en estos espacios disminuyendo a su vez la capacidad de intercambio gaseoso en los alvéolos de las bases pulmonares.
- Administrar oxígeno a dosis de 3 a 5 L/min. según se requiera a través de puntas de oxígeno. Ello favorecerá un mejor aporte de oxígeno y aprovechamiento por parte de los alvéolos que no han sido afectados.
- Interpretar los gases sanguíneos para valorar el intercambio gaseoso a nivel celular. Vigilar la presencia de acidosis respiratoria, hipoxia e hipercapnia como datos de alteración de la función respiratoria.
- Valorar en la usuaria el incremento de ansiedad o irritabilidad. La hipoxia y la hipercapnia pueden producir en la usuaria alteración en el SNC.
- Conservar el equilibrio hídrico y registrar su balance.
 - Registrar los líquidos en la administración combinada por vías IV y oral quedando la usuaria en ayuno según indicación médica. Se procura tener a la usuaria en ayuno por si se requiere preparar para parto por cesárea de acuerdo a las condiciones posteriores y se hidrata por vía intravenosa.
 - Asistir al médico en la colocación de catéter venoso central para control de PVC (Presión Venosa Central). Su anomalía será indicativo de alteración del volumen de líquidos por exceso o defecto. Los valores normales serán de acuerdo al dispositivo que se utilice: regla (de 8 a 12 cm H_2O) o transductor (de 6 a 9 mmHg). Esta aclaración es importante ya que las unidades de medición tienen una diferencia por osmolaridad, ya que 1 mm Hg. = 1.36 cm H_2O .
 - Mantener sonda de Foley para control hídrico y toma de muestras. Se logra mejor control hídrico a través del cateterismo vesical. Se procura mantener niveles urinarios mayores a los 30 ml/hr ó de 0.5 a 1 ml/kg/hr.
- Mantener valores de presión venosa central (PVC) dentro de límites normales. La PVC es el mejor indicador del volumen de líquidos en usuarias sin alteraciones de la válvula mitral o hipertensión de la arteria pulmonar, en estos casos si es necesario y está indicado, se realizarán valoraciones de presión capilar pulmonar (PCP) a través de un catéter de Swan-Ganz, lo que permitirá diferenciar al médico el diagnóstico de EPA cardiogénico del no cardiogénico.



Evaluación:

- La usuaria se mantiene hemodinámicamente estable.
- Se auscultan campos pulmonares normales en la usuaria.
- No hay presencia de tos ni ortopnea.
- Se mantiene con puntas nasales a 3 l/min.
- Se mantienen valores normales de gasometría arterial.
- La usuaria se mantiene conciente, sin ansiedad ni datos de hipoxia o hipercapnia.
- Se mantiene y registra un balance hídrico adecuado a través de catéter central periférico con soluciones coloides y cristaloides.
- Se mantiene diuresis y PVC entre los límites normales.

3.- Riesgo de alteración de la perfusión hística del sistema nervioso central r/c hipertensión arterial sistémica.

Objetivo: Prevenir en la usuaria alteraciones secundarias a la hipoperfusión del Sistema Nervioso Central (SNC), así como posibles consecuencias de crisis convulsivas que llegara a presentar, como lo es la lesión músculo-esquelética.

Intervenciones de Enfermería:

- Vigilar presión arterial sistémica cada 15 a 30 minutos con la técnica anteriormente descrita.
- Valorar ROT'S y clono cada hora. La hiperreflexia es un signo de advertencia de excitabilidad neuromuscular, que se puede acompañar de convulsiones eclápticas. (ver anexo referente a valoración de ROT'S y clono).
- Valorar la presencia de síntomas subjetivos de alteración del SNC.
 - Cefalea o sensación de presión en la cabeza. En todos los casos en que la mujer embarazada presenta cefalea persistente, debe considerarse que la situación puede ser grave, se puede deber a vasoconstricción cerebral que origina isquemia, convulsiones y hemorragia.
 - Cambios y trastornos visuales. Pueden deberse a espasmos de las arteriolas retinianas, hemorragias petequiales, o edema de la retina. El desprendimiento de retina es una complicación más grave.
- Valorar función cerebral a través de:
 - Nivel de conciencia. Realizar la valoración de Glasgow, la cual es uno de los mejores indicadores del estado de conciencia. (Ver anexo referente a valoración neurológica a través de la escala de Glasgow).



- Inquietud.
- Memoria reciente y remota.
- Conciencia sensorial. Evaluar si la usuaria si está ubicada en persona, tiempo y espacio cada hora.
- Valorar signos de Preeclampsia severa:
 - Aumento de edema.
 - Presión arterial (160/110 o mayor).
 - Dolor de cabeza.
 - Hiperreflexia.
 - Dolor epigástrico.
 - Reducción de la producción de orina.
 - Acúfenos.
 - Fosfenos.

Estos signos y síntomas son indicativos premonitorios de eclampsia, por lo que se debe estar al tanto de la presencia de cualquiera de ellos para un tratamiento oportuno.

- Proporcionar un medio tranquilo y estímulos externos mínimos.
 - Limitar las visitas.
 - Que la habitación esté oscura y tranquila.
 - Proporcionarle confianza.
 - Brindarle calidez de atención en los cuidados.
- Vigilar la presencia de convulsiones eclámpticas. Son el resultado de descarga excesiva de las células cerebrales. Pueden tener su origen en una zona focal del cerebro, pero se difunden con rapidez y dan como resultado convulsiones tónico-clónicas-generalizadas.
- Mantener las precauciones necesarias en caso de presentar convulsiones.
 - Barandales laterales acolchonados.
 - Tener a la mano una cánula de guedel, mordedera (utilizada en los procedimientos de endoscopia), abatelenguas o almohadilla para lengua con acojinamiento.
 - Tener el equipo de urgencia accesible. Tener oxígeno y equipo para succión junto a la cama.
- En caso de que se presente una convulsión observar y registrar en qué momento se inicia, la duración y características de cada fase. Las convulsiones eclámpticas se caracterizan por iniciación de la contracción tónica de todos los músculos del cuerpo (flexión de los brazos, manos cerradas y piernas rotadas) precedida de convulsiones tónico-clónicas.



- Favorecer la respiración adecuada mediante aspiración y administrando oxígeno si se requiere. Durante una fase convulsiva se presenta una relajación y contracción muscular precedida por un periodo de apnea, posteriormente se inician respiraciones prolongadas, profundas y estertores.
- Colocarla en una posición correcta para evitar aspiraciones. Mantenerla en posición de reanimación (decúbito lateral con la cabeza hacia un lado) para evitar bronco aspiración.
- Administrar anticonvulsivos siguiendo las prescripciones médicas. El fármaco mayormente utilizado es el MgSO₄, en ocasiones se administra Difenilhidantoína, o diazepam según prescripción médica. (ver anexo sobre intervenciones de enfermería en los fármacos utilizados en el tratamiento de la preeclampsia).
- Controlar la administrar de sulfato de magnesio según indicaciones médicas, y proseguir con el tratamiento durante por lo menos 24 horas después del parto para evitar daño en el SNC y presencia de convulsiones tónico-clónicas (CTC). El sulfato de magnesios es el fármaco de elección para prevenir y tratar las convulsiones eclámpticas al mejorar la circulación y el riego cerebral.
- Realizar valoraciones de laboratorio constantes de la concentración sérica de magnesio terapéutica. Es importante vigilar los valores durante el tratamiento con este fármaco para evitar intoxicación secundaria (tetania). Las concentraciones normales de magnesio son: 1.5 a 2.0 mEq/L. Concentración terapéutica: 4.0 a 7.0 mEq/L.
- Conservar a la mano el antídoto para la toxicidad del magnesio: 10 a 20 ml de gluconato de calcio diluido en 50 ml y administrado en 1 hr.

Evaluación:

- Los valores de TAS se encuentran entre 160-170/90-100 mmHg. En la usuaria se siguió la toma de TA en posición de decúbito debido a que esta fue la forma en que se valoró desde el inicio procurando no registrar mediciones en distintas posiciones ni en diferentes brazos.
- La usuaria presenta ROT´S y clono de ++/+++.
- La usuaria no manifiesta datos de cefalea, trastornos visuales, inquietud, ni pérdida de la memoria, Se evalúa Glasgow de 15 puntos cada hora y se mantiene ubicada en persona, tiempo y espacio.
- La usuaria presenta signos de preeclampsia severa no progresivos.
- Permanece tranquila y en reposo, se procura mantener el cubículo con las cortinas cerradas, se le brinda confianza y calidez durante su atención.
- La usuaria reposa en una cama con barandales acolchonados y equipo de urgencia disponible. No hay presencia de convulsiones eclámpticas.
- La usuaria recibe los medicamentos prescritos para evitar convulsiones y controlar la hipertensión.



- La usuaria mantiene una respiración adecuada.
- La usuaria se mantiene en posición lateral izquierda.
- No se llega a utilizar gluconato de calcio durante la administración de sulfato de magnesio.
- El magnesio sérico se mantiene dentro de los límites normales de tratamiento.

4.- Riesgo de alteración de la perfusión hística renal, r/c disfunción de regulación bioquímica renal secundaria hipertensión arterial sistémica.

Objetivo: Prevenir en la usuaria alteraciones de la perfusión hística renal.

Intervenciones de Enfermería:

- Valorar la presencia de edema de cara, manos y extremidades inferiores.
- Registrar y conservar la ingestión y excreción de líquidos.
 - Medir la excreción de orina cada hora, o la disminución de la producción de orina. Mantener valores normales de 30 ml/hr ó 0.5 a 1 ml/Kg/hr.
- Vigilar el contenido urinario de proteínas. La proteinuria es la consecuencia de lesión glomerular. Vigilar que no exista presencia o disminuyan los niveles en tira reactiva o en pruebas de recolección de orina de 24 hr.
- Realizar recolección de orina durante 24 horas. Esta prueba es más precisa que la realizada en tiras reactivas. Los valores normales de proteínas pueden ser hasta 300 mg durante el embarazo, ≥ 300 mg se consideran proteinuria, y ≥ 5 gr se consideran proteinuria grave.
- Vigilar la densidad urinaria. En condiciones normales la densidad urinaria es de 1.010 a 1.025, la densidad puede disminuir conforme el riñón pierde capacidad para concentrar orina (la densidad baja indica orina diluida y una densidad elevada indica concentración urinaria). Pueden realizarse pruebas de osmolaridad urinaria debido a la poca confiabilidad de la densidad (normalidad de 25 a 88 mOsm/Kg).
- Vigilar los valores de laboratorio de albúmina. La proteinuria importante disminuye la albúmina sérica, lo que a su vez produce también disminución de la presión coloidosmótica y edema intersticial grave en los riñones.
- Vigilar los valores de pruebas de función renal (BUN, creatinina y ácido úrico). Estos valores incrementan a causa de disminución de la depuración renal.
- Vigilar niveles de laboratorio de equilibrio ácido base a través de gasometrías arteriales o venosas. La isquemia renal incrementa la concentración medular de ácido láctico.
- Medir el peso todos los días. El peso es un indicador de aumento o disminución del edema.



- Realizar vendaje de miembros inferiores. El vendaje incrementará la presión extracelular y favorecerá la entrada de éste líquido al espacio intracelular dando como consecuencia disminución del edema.

Evaluación:

- No se observa incremento de edema en relación a su ingreso (edema +++).
- Se mantiene un balance de líquidos y se registra en las hojas de enfermería.
- Se mantiene diuresis dentro de los límites normales.
- Se valora presencia de proteinuria a través de tira reactiva de ++, no es posible medir densidad u osmolaridad urinaria por no contar con los recursos disponibles en el hospital.
- La albumina, BUN y proteínas séricas se encuentra por debajo de los límites normales.
- El valor de creatinina sérica se encuentra elevado (1.68).
- El vendaje de miembros inferiores lo cual favorece la disminución de edema.

5.- Riesgo de alteración de la perfusión hística hepática, r/c hipertensión arterial sistémica.

Objetivo: Prevenir en la usuaria alteraciones en la perfusión hística hepática.

Intervenciones de Enfermería:

- Valorar la presencia de dolor epigástrico, o en el cuadrante superior derecho, náuseas y vómitos. La presencia de estos signos son indicadores de lesión hepática como consecuencia de isquemia por microembolias.
- Valorar la magnitud de la ictericia si la hay. La ictericia es un signo de hepatopatía. Se puede valorar en la parte interna de los párpados inferiores o en la pigmentación de la piel.
- Interpretar los resultados de los estudios de laboratorio de la función hepática (AST, bilirrubina, LDH). La elevación de estos valores son indicativos de hemólisis microangiopática, isquemia tisular hepática, hemólisis y necrosis hemorrágica.
- Observar signos de choque y estar en condiciones para la intervención inmediata. El choque puede ser consecuencia de rotura hepática por incremento de la presión intrahepática. Valorar grado de encefalopatía según escala. La escala nos permite evaluar el estado de conciencia de acuerdo al daño neurológico secundario al daño hepático como consecuencia del acumulo de amoniaco en el SNC. (ver anexo correspondiente a evaluación de encefalopatía).
- Evitar la presión sobre el fondo uterino en el momento del parto. Vigilar que el médico no realice presión excesiva durante el parto por cualquiera de las formas que se realice para prevenir rotura hepática.



Evaluación:

- La usuaria no refiere dolor epigástrico ni en cuadrante superior izquierdo, náuseas o vómitos.
- No hay presencia de ictericia.
- Los valores de función hepática se encuentran dentro de los límites normales.
- La usuaria no presenta datos de choque y se mantiene el área con las condiciones adecuadas para cualquier tipo de reanimación.

6.- Ansiedad, r/c déficit de conocimientos sobre su enfermedad, y peligro de experimentar lesión propia y del feto, m/p verbalización de la usuaria.

Objetivo: Disminuir la ansiedad y el miedo de la usuaria referente al peligro de experimentar lesiones propias y de su producto.

Intervenciones de Enfermería:

- Explicar apropiadamente el proceso patológico al nivel de comprensión de la usuaria y sus familiares.
- Explicar la justificación para las intervenciones y anticiparse a las posibles acciones.
- Aclarar e interpretar los resultados de las pruebas efectuadas antes del parto. Es recomendable que durante el ultrasonido Doppler se le indique que está escuchando los latidos de su bebé. Esto tranquiliza a las madres y les da mayor seguridad.
- Tranquilizar a la mujer y a sus familiares sobre el estado fetal. Tranquilizar a la mujer y a sus familiares señalándoles que la preeclampsia no se debió a su estilo de vida o a su dieta. No hay que confundir el tranquilizar con el informar el estado de salud del binomio. La información específica debe estar a cargo del médico y en especial las que sean de repercusión en la vida materno-fetal, la enfermera solo deberá dar informes en caso de autorización médica.
- Hacer participar a la familia en los cuidados de la usuaria.
 - Explicar la necesidad de que la usuaria permanezca en reposo.
 - Ayudar en la movilización de recursos para que se hagan cargo de las funciones comunes de la mujer.
 - Mantener un estado de bienestar y tranquilidad en el hogar. Explicarles que un estado de tranquilidad en el hogar favorecerá la mejoría de estrés y probablemente el control de la hipertensión.
- Antes del alta proporcionar información sobre el riesgo de recurrencia, y recomendar el asesoramiento antes del próximo embarazo.



Evaluación:

- La mujer informa que ha disminuido su ansiedad al recibir información clara y concisa.
- Ella y los miembros de su familia expresan que han comprendido el proceso patológico y su tratamiento.
- Su esposo y su madre actúan como sistema de apoyo.
- La usuaria comprende el riesgo de recurrencia de la preeclampsia en su próximo embarazo y procurará tener un control prenatal más adecuado.

7.- Riesgo de manejo ineficaz del régimen terapéutico, r/c adolescencia, déficit de conocimientos sobre su enfermedad, sus complicaciones, complejidad del régimen terapéutico y los efectos secundarios del tratamiento.

Objetivo: Prevenir el manejo ineficaz del régimen terapéutico en la usuaria.

Intervenciones de Enfermería:

- Observar signos tempranos y síntomas de hipertensión relacionados con preeclampsia durante su estancia en el hospital y hacerlos del conocimiento de la usuaria para que los refiera en el momento oportuno. La hipertensión en el embarazo es el primer signo de preeclampsia y su elevación progresiva puede llevar a eclampsia. (Explicarle que la tendencia de la presión arterial a aumentar, el edema de pies y dedos son signos de alerta para iniciar el tratamiento oportuno y prevención de Eclampsia para beneficio tanto de ella como el de su bebé).
- Obtener de forma adecuada las muestras de orina. Indicarle a la usuaria que ésta debe ser de la parte media del chorro (esta última precaución nos permitirá realizar una medición fidedigna de las proteínas en orina, ya que si se toma del primer chorro y además existe presencia de infección se observará proteinuria, leucocitosis y nitritos, los cuales son indicadores de bacteriuria por gérmenes gram+). El incremento progresivo de proteínas en orina predispone a Eclampsia.
- Dar educación a la usuaria con respecto a la Preeclampsia. Hacer de su conocimiento los signos y síntomas, implicaciones perinatales, importancia del reposo y la calma, acciones de urgencia y monitoreo fetal. Incluir en la educación que además de los factores a los que ya ha sido expuesta (antecedentes familiares, primigravidez, obesidad) la recurrencia de preeclampsia en el embarazo subsecuente es mucho más alta (cerca del 25%) ya que ésta sucedió durante el último trimestre del embarazo que cursa.



- Dar instrucciones de la importancia de reposo en cama o actividades modificadas. (importancia que se mantenga tranquila y relajada, posición recostada lateral izquierda). Esta posición permitirá mayor flujo sanguíneo a los tejidos abdominales al evitar la compresión de la vena cava por parte del útero.
- Fomentar hábitos dietéticos adecuados a su economía y su cultura a través de charlas educativas y folletos que pueda leer en casa (de preferencia en colaboración con un nutriólogo y en el servicio de GO). Fomentar la restricción de cloruro de sodio (sal) en la dieta, incrementar el consumo de líquidos (4 L/día), alto contenido de proteínas (de preferencia de origen vegetal). Todo ello debe ser en forma progresiva y no repentina para que la usuaria no deserte al llevar la dieta, se sugiere disminuir cada semana la mitad de sal con la que se le preparen los alimentos.
- Realizar un Plan de Alta comprensible para la usuaria incluyendo los motivos de sus cuidados.
- Incitar a que manifieste sus dudas con respecto a los cuidados que debe llevar en el hogar para mejora de su salud.

Evaluación:

- La presión arterial de la usuaria en la sala de urgencias continúa con valores elevados, por lo que el médico diagnostica preeclampsia severa. Posterior al parto (cesárea) permanece en 160/90 y a su egreso se encuentra con 140/80 a través de tratamiento con Hidralazina.
- La usuaria repite los signos y síntomas de alarma que debe avisar a la enfermera. La cefalea, los acúfenos, fosfenos, incremento del edema en pies y/o cara y dolor abdominal son indicadores de gravedad en los trastornos hipertensivos.
- La usuaria toma la dosis baja de aspirina que le recetó el médico.
- La usuaria comenta a su egreso que modificará su dieta siguiendo las instrucciones. Cabe señalar que durante su puerperio se le indicó por parte del médico dieta normal y además se encontraba con hipertensión leve (15/90), lo cual la hizo permanecer dos días más en el servicio de GO. Se sugirió al médico y a la nutrióloga que se le cambiara a dieta hiposódica, lo cual mejoró su TA y fue dada de alta al día siguiente.
- La usuaria refiere satisfacción por el Plan de alta otorgado.
- La usuaria manifiesta sus dudas y se le aclaran en el momento.



8.- Riesgo de estreñimiento, r/c consumo habitual de laxantes, bajo consumo de líquidos, sedentarismo y peristaltismo bajo, secundario a la realización de procedimientos quirúrgico (cesárea).

Objetivo: La usuaria mejorará sus hábitos de eliminación fecal y prevendrá el estreñimiento.

Intervenciones de Enfermería:

- Vigilar e indicarle a la usuaria estar al tanto de la aparición de signos y síntomas de estreñimiento.
 - Heces duras y formadas.
 - Menos de tres defecaciones a la semana.
 - Sensación de plenitud fecal.
 - Sensación de presión en el recto.
 - Esfuerzos y dolor del defecar.
 - Sensación de vaciamiento insuficiente.
- Corroborar la presencia de movimientos intestinales. Se evalúan por auscultación. La ausencia de ruidos intestinales es indicativo de baja o nula motilidad y un incremento de aceleración de la misma.
- Mantener un adecuado balance de líquidos. Guiarnos por PVC para mantener a la usuaria con niveles adecuados de volumen intravascular.
- Evaluar la medicación de la usuaria para saber si hay efectos gastrointestinales secundarios. *Existen medicamentos cuyo efecto secundario es el estreñimiento.*
- Fomentar que no utilice fármacos laxantes de forma habitual, sustituirlos por el consumo de laxantes naturales como la papaya, y ciruela pasa.
- Enseñar a la usuaria a mantener una dieta rica en fibra y abundantes líquidos.
- Indicarle la importancia de la deambulación posterior al procedimiento quirúrgico.
- Fomentar el ejercicio diario, iniciando por caminar durante 20 a 30 min. e ir incrementando el tiempo de forma progresiva y tolerable.
- Dedicar un tiempo coherente y sin interrupciones para la defecación de la usuaria.
- Disponer intimidad en la defecación.
- Indicarle que consulte al médico en caso de persistir el estreñimiento.

Evaluación:

- Por el momento la usuaria no ha evacuado y no se pueden valorar características fecales.
- Se auscultan adecuados movimientos intestinales.



- Se mantiene balance y control de líquidos ligeramente positivo, la PVC se mantiene en 10 cmH₂O.
- La usuaria tiene prescrita la ministración de Hidralazina, siendo el estreñimiento uno de sus efectos adversos.
- La usuaria manifiesta que procurará cambiar los laxantes por fibra natural, papaya y ciruela pasa.
- Indica que incrementará el consumo de líquidos.
- Manifiesta que posterior al parto iniciará ejercicio diario también con la finalidad de bajar de peso.
- Está conciente del tiempo que debe dedicar a la defecación.
- La usuaria no solicita el cómodo aunque se le haya proporcionado intimidad para defecar.
- Manifiesta haber entendido la importancia de evacuar diario y en caso de presentar cualquiera de los signos u síntomas de estreñimiento acudirá con su médico.

9.- Alteración de la nutrición por exceso, r/c falta de conocimientos básicos sobre nutrición adecuada, sedentarismo y aumento de peso mayor de 12 Kg. durante el embarazo, m/p peso de 105 Kg. (sobrepeso de 23 Kg.).

Objetivo: La usuaria mejorará sus hábitos alimenticios procurando disminuir el consumo de calorías y sal en la dieta.

Intervenciones de Enfermería:

- Se le informa sobre la alimentación que debe llevar posterior al parto y en su vida diaria, explicándole la combinación del plato de alimentos y se apoyará con folletos informativos. La orientación será dirigida a las capacidades económicas de la usuaria.
- Se recomienda que disminuya el consumo de carbohidratos (pan, tortilla, refrescos, azúcares refinados (procurar utilizar azúcar morena en lugar de refinada), pastas, etc.). La disminución de carbohidratos favorecerá la utilización de la reserva del tejido adiposo y como consecuencia una disminución de tallas.
- Se le indica que debe disminuir el consumo de sal en los alimentos poco a poco. La disminución de sodio en la dieta favorecerá la disminución de edema, secundario a líquido extracelular excesivo. La exclusión de sal en los alimentos de forma inmediata hace que los usuarios deserten de éste régimen, por lo que se le recomendará utilizar la mitad de sal cada semana hasta que ya no sea utilizada, es decir, si utiliza 2 pizcas reducirla la primer semana a una, la segunda semana a 1/2, la tercera a la mitad (1/4), la cuarta a (1/8) y así sucesivamente.



- Incitarla a que cuando le sea retirado el ayuno, deberá tomar de 2 a 3 lt. de agua al día para favorecer la saciedad y la eliminación de grasa corporal. Al mismo tiempo reforzar que el agua le ayudará a mantener una piel sana y joven.
- Indicarle que procure el consumo mayoritario de fibras (vegetales, cereales, etc.) y de agua (más de 3 L/día). Las fibras y el agua favorecen la absorción y el deshecho de grasas en el trayecto intestinal. Por otro lado, el tomar agua al inicio de cada comida disminuye la capacidad gástrica favoreciendo la saciedad temprana.
- Realizar control de peso diario durante su hospitalización y durante sus visitas médicas. Hacerle la observación de que la pérdida de peso se llevará al cabo poco a poco y su peso inicial lo recuperará de acuerdo al régimen que se lleve. Primero se observará pérdida de talla y posteriormente de peso debido a la utilización de reservas lipídicas y calóricas respectivamente.
- Incitar a que manifieste sus dudas y resolverlas. La resolución de dudas es considerada como enseñanza significativa.
- La usuaria realizará un menú con las características y señalamientos del plato de alimentos idóneo a sus necesidades y capacidades económicas.
- Incitar a que realice la lactancia materna, ya que uno de los beneficios es la disminución de peso de la madre. La pérdida de peso es secundaria a la aportación de grasas, lípidos y carbohidratos, entre otros nutrientes, al recién nacido a través de la leche materna.

Evaluación:

- La usuaria manifiesta interés sobre llevar una dieta que le ayude a disminuir su sobrepeso y verse bien
- Señala que procurará disminuir progresivamente el consumo de pan, tortilla y sal de la forma indicada.
- Comenta que procurará tomar al menos 2 lt. de agua al día e incrementará su consumo poco a poco.
- Se registra en la hoja de enfermería el peso diario para que cuando realice sus visitas médicas éstos sean considerados en el expediente, también se le hace del conocimiento de la usuaria.
- Pregunta si puede tomar atoles durante su lactancia, se le orienta que ello no incrementará la producción de leche, sino que favorecerá el incremento de peso. Los atoles se encuentran dentro del grupo de alimentos con alto contenido calórico.
- La usuaria realiza el siguiente menú para una comida: caldo de pollo con verduras, agua de frutas, dos tortillas y una gelatina.
- Manifiesta mayor interés en realizar la lactancia materna.



10.-Déficit de conocimientos sobre la utilización de DIU, r/c edad y grado de escolaridad, m/p expresión verbal de la usuaria y solicitud de su colocación.

Objetivo: Mejorar los conocimientos de la usuaria en relación con la utilización de DIU.

Intervenciones de Enfermería:

- Informar a la usuaria sobre los métodos de planificación familiar, los beneficios del DIU con respecto a su edad y los embarazos futuros.
- Enseñar a la usuaria a detectar las cuerdas del DIU en la parte superior de la vagina o en la salida del orificio cervical durante los primeros tres meses, antes del acto sexual y posterior a cada periodo menstrual. En ocasiones el DIU puede ser expulsado durante los sangrados menstruales sin que la mujer se de cuenta existiendo el riesgo de embarazo no planeado.
- Indicarle que examine las toallas sanitarias y tampones al retirarlas para determinar si no hay expulsión del DIU.
- Recomendar la utilización de un método de planificación secundario durante los primeros tres meses posteriores a la inserción. Existe riesgo de expulsión del dispositivo durante los primeros meses e incrementa el riesgo cuando fue instalado durante la cesárea.
- Indicarle que existe la posibilidad de incrementos del flujo menstrual, cólicos y manchados entre cada periodo. Son efectos normales de rechazo del organismo hacia un cuerpo extraño, pero ellos no deben causar molestias.
- Enseñarle a la usuaria el sistema RDESM⁸² para que reconozca las primeras señales de peligro secundarias al uso del DIU.
 - R Retraso o aumento del periodo menstrual.
 - D Dolor abdominal intenso.
 - E Elevación de la temperatura mayor a 37.5 °C y/o escalofríos.
 - S Secreción vaginal notoria y mal oliente.
 - M Manchas, hemorragia menstrual abundante y/o coágulos anormales.
- Insistir en que la usuaria acuda a su centro de salud en el momento que detecte alguna señal de peligro.
- Indicarle que deberá revisarse el dispositivo posterior a su instalación al mes, a los tres meses, a los seis meses y cada año hasta su cambio, según la vida media del DIU que le fue instalado. El dispositivo que le fue instalado a la usuaria tiene una duración de 5 años.

⁸² Reeder, S. J. *Enfermería Maternoinfantil*. Ed. McGraw-Hill-Interamericana. 3ª edición. México, 1995. p. 207.



- Indicarle que el DIU no lo sentirá su pareja durante las relaciones sexuales, pero en caso de que se presente esta situación, deberá acudir al centro de salud para que se verifique la longitud de los filamentos, recortarlos y si es necesario extraer el dispositivo. El brindar confort y seguridad a la usuaria también implica el de su pareja.
- Hacerle de su conocimiento la posibilidad de quedar embarazada aún con el dispositivo, incrementando el riesgo la falta de revisión periódica. Indicarle que en caso de quedar embarazada deberá acudir a retirarse el dispositivo antes de los tres meses.
- Incitarle a que manifieste sus dudas y resolverlas.
- Apoyar la información proporcionada con folletos al respecto. El mantener información a la mano resolverá sus dudas en el momento.

Evaluación:

- La usuaria manifiesta conocimientos reales con respecto al DIU, despeja sus dudas y aclara creencias que tenía hacia el tema.
- La usuaria necesita mayor aclaración en cuanto a la autoexploración vaginal. Manifiesta no haber entendido el procedimiento.
- Comenta que estará al tanto de las toallas femeninas para saber si no expulsa el dispositivo y que se realizará las revisiones periódicas.
- Hablará con su pareja para seleccionar un método adicional posterior a la "cuarentena", comenta que es probable que utilicen el método de retiro en lugar de preservativo por que a su esposo no le gusta. Además, en su momento lo animará a que le comente si llega a sentir molestias en el pene durante las relaciones sexuales.
- Repite adecuadamente los signos de alarma del RDESM y lleva consigo folleto informativo.

11.- Alteración de los procesos familiares, r/c conflictos morales y pérdida de la confianza por parte de sus familiares, m/p falta de comunicación abierta y eficaz con sus padres.

Objetivo: La usuaria mejorará sus relaciones familiares y conseguirá un modo de vida más positivo.

Intervenciones de Enfermería:

- Estimular las visitas de los miembros de la familia. Flexibilizar las visitas cumplirá con las necesidades de la usuaria y su familia.



- Proporcionar entre la usuaria y su sus padres mecanismos para la comunicación como teléfono y fotografías.
- Ayudarle a la usuaria a identificar los diversos papeles en la vida. La usuaria se sentirá más segura cuando no tenga sentimientos de culpabilidad por tomar su nuevo rol de madre y no de hija. Ella debe comprenderlo para que posteriormente sus padres lo acepten.
- Potenciar las oportunidades de convivencia con sus padres. Hacerle hincapié en que podría ser ella la que inicie visitarlos con su nueva familia.
- Sugerirle a la usuaria el buscar una persona imparcial que pueda facilitar el acercamiento con sus padres. Puede ser una tía, tío, abuelo, etc. que pueda a ayudarle a tener mejor comunicación con sus padres.
- Fomentar en la usuaria el escuchar a los demás. La mejor forma de llegar a acuerdos y soluciones familiares es escuchando el punto de vista de la otra persona. Debe comprender el duelo que enfrentan sus padres al haberla perdido y podrá dar soluciones el problema.
- Solicitar una consulta al servicio de psicología del hospital para que evalúen grado de afectación familiar en la usuaria.

Evaluación:

- La visita su esposo y su suegra, comentan que ya se le ha avisado a su madre y pronto la visitará.
- Los familiares no cuentan con teléfono móvil y en el servicio no se le puede proporcionar el servicio por que las llamadas son controladas para el personal.
- La usuaria sabe que se encuentra en su nuevo rol de madre y miembro indispensable de su nueva familia, procura no sentir culpabilidad por alejarse de sus padres.
- Indica que también ella visitará a sus padres en cuanto el bebé pueda salir.
- Comenta a su esposo que platique con su tía (hermana de su madre) para sea ella la intermediaria para mejorar las relaciones familiares.
- La usuaria refiere que procurará escuchar los sentimientos de sus padres y poderlos entender como nueva madre.
- El servicio de psicología está saturado y comentan que solo atienden padecimientos más graves.



12.- Dificultades para el mantenimiento del hogar, r/c recursos económicos insuficientes, m/p ingresos familiares mensuales de \$2,500, bajo nivel educativo y deseos de trabajar para apoyar en la economía familiar.

Objetivo: La usuaria identificará oportunidades para mejorar el mantenimiento del hogar.

Intervenciones de Enfermería:

- Identificar junto con la usuaria las formas de poder disminuir costos económicos familiares. Se sugiere que busquen otro lugar para rentar de menor costo al actual o vivan por una temporada con algún familiar y puedan ahorrar ese dinero.
- Se sugiere a la usuaria la participación en programas de apoyo familiar gubernamentales como la adquisición de leche a bajo costo y de buena calidad, así como la adquisición de productos en tiendas con mejores precios como son el ISSSTE y la UNAM.
- Solicitar apoyo por parte de trabajo social para que reevalúen nivel económico hospitalario.
- Identificar con la usuaria oportunidades de trabajo de acuerdo a nivel educativo, tiempo disponible y apoyos familiares.
- Implicar al esposo de la usuaria en la toma de decisiones para el mantenimiento del hogar.

Evaluación:

- Comenta que sería una buena idea irse a vivir con su familia a la casa de su suegra, pero que eso podría quebrar la buena relación con ella en el futuro.
- Refiere solicitar en el futuro su credencial para la adquisición de leche subsidiada por el gobierno.
- Su esposo acude a trabajo social y le realizan un nuevo estudio socioeconómico, se reclasifica a nivel 2.
- Comenta que en su comunidad existe un grupo de bolsa de trabajo y acudirá en cuanto le sea posible y ello no repercuta en la atención a su hijo.
- Su esposo comenta que la apoya en las decisiones que tome la usuaria en cuanto a que ella trabaje, pero no le gustaría que descuidara a su hijo. Es probable que busque otro trabajo con mejores ingresos.



5.5. PLAN DE ALTA DE ENFERMERÍA.

Servicio de Gineco-obstetricia. H. Gral. Dr. Manuel Gea González.	
Nombre de la usuaria: <u>Victoria E. J.</u>	Fecha: <u>25 de enero de 2006.</u>
<p>1. CUIDADOS GENERALES :</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Baño y cambio de ropa diario.▪ Lavarse las manos antes y después de ir al baño.▪ Aseo de genitales con jabón neutro (evitar benzal y baños de tina), secarlos con un pañuelo desechable de adelante hacia atrás. <i>Disminuye el riesgo de transferir microorganismos del recto a la vagina y reduce la fricción.</i>▪ Limpiarse de adelante hacia atrás cuando evacue u orine. <i>Disminuye el riesgo de transferir microorganismos del recto a la vagina.</i>▪ Cambio de toalla femenina cada 4 hr valorando cantidad y olor del sangrado. <i>Acudir con el médico en caso de presentar flujo abundante, mal olor y fiebre.</i>▪ Retirarse la toalla de adelante hacia atrás. <i>Disminuye el riesgo de transferir microorganismos del recto a la vagina.</i>▪ Mantener las mamas limpias y lubricadas con la misma leche materna. <i>Esto evitará la formación de grietas.</i>▪ Utilizar sostén adecuado, realizar masaje con agua caliente durante el baño <p>2. EJERCICIO :</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Caminar más de 30 minutos al día. <i>La deambulacion favorece la circulación, el funcionamiento de la vejiga y el intestino, y la cicatrización de la herida quirúrgica.</i> <p>3. DIETA :</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Baja en sal. Evitar los embutidos (jamón, salchicha, queso de puerco, etc.) y los alimentos enlatados.▪ Sin grasas. Evitar los alimentos fritos, procurar cocinar con grasas de origen vegetal (aceite de girasol, soya, olivo o margarina).▪ Sin irritantes como el chile y otros condimentos.▪ Tomar abundantes líquidos (más de 3 L/día) y comer mucha fibra.▪ Procurar el consumo de lácteos ya que favorecerán el aporte de calcio que necesita durante la lactancia.▪ Evitar el consumo de refrescos y azúcares refinados.▪ Disminuir el consumo de pan, tortilla y pastas. <p>4. SEXUALIDAD :</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Evitar relaciones sexuales por vía vaginal durante 40 días. <i>Ello evitará el riesgo de infecciones durante el puerperio.</i>▪ Hablar con la pareja para buscar opciones de intimidad diferentes. <p>5. HERIDA QUIRÚRGICA :</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Durante el baño lavar la herida con jabón neutro.▪ No cubrirla, mantenerla limpia y seca.▪ Acudir al centro de salud en los próximos diez días para el retiro de puntos.▪ Acudir al servicio de urgencias en caso de presentar dolor, ardor, inflamación, supuración, elevación de la temperatura en herida, y desprendimiento de puntos antes de la fecha indicada.	



6. CONCLUSIONES.

Una vez más se ha comprobado que la utilización del método característico del profesional de enfermería para brindar los cuidados necesarios con enfoque humanístico y conocimiento científico sigue siendo el Proceso Atención de Enfermería.

En la práctica clínica, la utilización conjunta del PAE con el modelo conceptual de Virginia Henderson hace que sea más sencilla la valoración y la identificación de necesidades carentes en el usuario, siendo la atención brindada de forma holística e individualizada.

El PAE demuestra en forma concreta el ámbito de la práctica de enfermería, definiendo nuestro papel en comparación de otros profesionales de la salud. Esto destaca claramente que el campo de la enfermería va más allá de la sola ejecución de la prescripción médica y que se realiza una valoración más detallada de las necesidades del individuo ejecutando acciones que son propias de nuestra profesión.

En mi práctica profesional la aplicación del PAE y el modelo elegido me han ayudado a sistematizar los cuidados que brindo al usuario ya que la atención que brindaba con anterioridad la realizaba de forma rutinaria y cuidaba más del manejo de la tecnología que del paciente en sí mismo. Esto me ha permitido brindar una atención con calidad humana, ya que la mayoría de las enfermeras que laboramos en las áreas críticas pensamos que la atención debe estar enfocada solo en las alteraciones fisiológicas que ponen en peligro la vida del usuario y no nos percatamos que además de ello existen alteraciones que ponen en riesgo la *calidad de vida* de la persona, y que además la mayoría de las veces son éstas las que alteraron su salud física. Por otro lado, el uso de un plan estandarizado, un modelo sencillo y un lenguaje propio como lo es la taxonomía de la NANDA, nos permitió comunicarnos entre compañeras de trabajo para lograr los objetivos de atención en cada usuario.



7. SUGERENCIAS.

Dado que hoy día la enfermera debe estar capacitada para brindar los cuidados adecuados y de alta calidad es necesaria la documentación de procesos de atención de enfermería con la finalidad de sustituir los manuales de procedimientos existentes en los servicios de hospitalización.

Tanto para los estudiantes de enfermería como para los profesionales que laboramos en el área clínica es importante seguir desarrollando habilidades y destreza en la elaboración de los procesos de atención de enfermería debiendo contribuir en la aportación de material didáctico propio de la profesión.



9. GLOSARIO.

Anemia: Estado de la sangre en el que hay deficiencia de eritrocitos (glóbulos rojos) por unidad de volumen, de la cantidad de hemoglobina o del valor total.

Cesárea: Extracción del feto a través de una incisión en la pared abdominal.

Crono: Serie de contracciones rápidas rítmicas de un músculo que ocurre de manera involuntaria en respuesta al estiramiento muscular.

Convulsión: Contracción involuntaria y violenta de los músculos voluntarios.

Creatinina: Producto final del metabolismo que se encuentra en músculos y sangre y se excreta por orina.

Desprendimiento Prematuro de Placenta Normo Inserta (DPPNI): Separación prematura de una placenta de implantación normal completa o parcial que con mucha frecuencia se considera una urgencia médica.

DIU (Dispositivo Intrauterino): Aparato pequeño que se inserta dentro de la cavidad uterina para evitar la concepción. Puede ser de diversas formas (espiral, asa, anular) y de diferentes materiales.

Diuresis: Excreción de orina.

Diurético: Sustancia que favorece la excreción de orina.

Dolor: Sensación localizada de lesión. En la práctica clínica, puede definirse como todo lo que la persona que lo experimenta dice que es, cada vez lo que diga.

Eclampsia: Complicación grave que se presenta en el embarazo o en el puerperio inmediato que se caracteriza por hipertensión, edema, proteinuria, convulsiones y coma.

Edema: Hinchazón anormal debido al acúmulo de grandes cantidades de líquido en los tejidos.

Embarazo: Estado de gestación. La duración normal del embarazo en la mujer es de 280 días, 10 meses lunares o 9 meses de calendario.

Embolia: Bloqueo súbito de una arteria o vena por un coágulo sanguíneo o alguna otra obstrucción que fue llevada hasta ahí por el torrente sanguíneo.

Encefalopatía: Cualquier enfermedad degenerativa del cerebro.

Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF): Frecuencia cardíaca del feto. Por lo general puede escucharse hacia la mitad del embarazo y varía entre 120 y 160 lat/min.

Fondo uterino: Porción redonda superior del útero entre los puntos de inserción de las trompas de Falopio.

Ginecología: Rama de la medicina que estudia y trata las enfermedades de las mujeres, en especial de los órganos genitales.

Hematocrito: Porcentaje de volumen de eritrocitos en la sangre total. Antes correspondía al procedimiento que se utilizaba para determinar su número; ahora es el resultado de dicha determinación.

Hipertensión: Aumento persistente de la presión arterial.

Hipertensión Inducida por el Embarazo (HIE): Diagnóstico que se utiliza para describir el síndrome de hipertensión, edema y proteinuria evidente en algunas embarazadas. La preeclampsia y la eclampsia son dos categorías de la HIE.

Hipertónico: 1.-Que tiene una presión osmótica elevada. 2.- Que tiene un tono muscular anormalmente elevado.

Hipocalcemia: Reducción del calcio sanguíneo inferior a lo normal.

Hipotensión: Presión arterial baja en forma anormal.

Hipovolemia: Disminución anormal del volumen de líquido (plasma) circulante en el cuerpo.

Ictericia: Trastorno que se caracteriza por hiperbilirrubinemia y la adquisición de un color amarillento de piel, ojos y mucosas.

Lactancia: Acto o período de amamantar; secreción de leche; tiempo o período de secreción de leche.

Loquios: Secreción proveniente de genitales durante la primera o segunda posparto.

Manchado: Presencia de manchas sanguinolentas provenientes de vagina entre los períodos menstruales.

Preeclampsia: Trastorno que se encuentra durante el embarazo o en las etapas iniciales del puerperio, se caracteriza por hipertensión, edema y proteinuria.

Proteinuria: Presencia de proteínas en la orina.

Posparto: Después del parto o nacimiento, en referencia a la madre.

Puerperio: Período que está entre la terminación del parto y el regreso del útero a sus condiciones normales alrededor de seis semanas



10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- Atkinson L, Murray M. *Proceso de Atención de Enfermería*. Ed. McGraw-Hill-Interamericana. 5a edición. México, 1996.
- Atkinson L, Murray M. *Proceso de Atención de Enfermería*. Ed. McGraw-Hill-Interamericana. 5a edición. México, 1996.
- Benson and Peroll. *Manual de Obstetricia y Ginecología*. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana. 10ª Edición. México, 2003.
- Beischer, N. A. et al. *Obstetricia y Neonatología*. Ed. Leveno, K, J, et al. Williams. Manual de Obstetricia. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana. 1ª Edición. México, 2004. 1ª Edición. México, 2000.
- Carpenito, L. J. *Manual de Diagnósticos de Enfermería*. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana. 9ª Edición. México, España, 2003.
- CCFI (Comité consultivo para la formación de enfermeras de la Unión Europea). *Informe y recomendaciones sobre la formación de las enfermeras responsables de cuidados generales en la Unión Europea*. (XVII/E/9432/796-ES, Bruselas 10 de octubre de 1997).
- Cox, H. C. et al. *Clinical Applications of Nursing Diagnosis: Adult, Child, Women's, Mental health, Gerontic and Home Health Considerations*. 2 th Ed. Editorial F. A. Davis Company. U.S.A., 1993.
- Cunningham et al. *Williams Obstetrics*. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana. 21ª edición. Estados Unidos, 2001.
- Diccionario Enciclopédico ilustrado práctico*. Ed. Norma. México, D.F., 1999.
- Leveno, K, J, et al. Williams. *Manual de Obstetricia*. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana. 1ª Edición. México, 2004.
- Fernández F. C, et al. *El modelo de Henderson y el Proceso de atención de Enfermería*. Ed. Masson-Slavat. Barcelona, España. 1995.
- Griffit JW, Christensen P. J. *Proceso de Atención de Enfermería. Aplicación de teorías, guías y modelos*. Ed. El Manual Moderno. México, 1986.
- INCMNSZ. *Manual de terapéutica médica. Urgencias médicas*. Ed. McGraw-Hill 6ª edición, México, 2006.
- Kerouac S., Arque B. M. *El pensamiento enfermero*. Ed. Masson. Barcelona; México, 1996.
- Kozier Bárbara, et. al. *Fundamentos de Enfermería, conceptos y prácticas* Vol II. Ed. Mc Graw-Hill-Interamericana. 7ª edición. Madrid, España. 2005.
- Lindhermer, M. D. *Hipertensión en el Embarazo*. Ed. McGraw-Hill Interamericana. 1ª Edición. México, 2001.
- Luis Ma. T. *Aplicación del Proceso de Enfermería. Guía Práctica*. Ed. Mosby/Doyma, Madrid, España. 1996.
- Luis R. Ma T, Fernández F. C, Navarro Ma. V. *De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI*. Ed. Masson. 2ª edición. Madrid, España. 2000.
- Luis R. Ma. T. *Diagnósticos de enfermería. Aplicación práctica*. Ed. Rol de Enfermería. España, 1991.
- Luis R. Ma. T. *Diagnósticos enfermeros. Un instrumento para la práctica asistencial*. Ed. Mosby, Doyma Libros. Barcelona, España, 1996.
- Lowdwermlk, D. Perry, S., Bobak, I. *Enfermería Maternoinfantil, Vol. I y II*. Ed. Harcourt/Océano. 6ª Edición. España, 2001.
- Iyer P. W., et. al. *Proceso de Enfermería y diagnóstico de enfermería*. Ed. Mc Graw-Hill-Interamericana. 2ª edición. Madrid, España. 1993.
- Iyer Patricia, et. al. *Proceso de Enfermería y diagnóstico de enfermería*. Ed. Mc Graw-Hill-Interamericana. 3ª edición. Madrid, España. 1995.
- McClaskey, J. C., et. al. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). Nursing Interventions Classification (NIC)*. Ed. Harcourt Brace. 3ª edición. Madrid, España, 2001.
- Marriner A. *Modelos y teorías de enfermería*. Ediciones Rol; 1ª Edición. Barcelona, España, 1989.



- Martin, T. S., et. al. *Normas de cuidados del paciente. Guía de planificación de la práctica asistencial conjunta*. Ed. Harcourt Brace. 6ª edición. Madrid, España, 1997.
- Mattson, S. y Smith, J. *Enfermería Maternoinfantil*. Ed. McGraw-Hill Interamericana. 2da. Edición. México, 2001.
- Olds, S., London, M., Ladewig, P. *Enfermería Maternoinfantil*. Ed. McGraw-Hill Interamericana. 4ª Edición. México, 1995.
- Oto Isabel, et. al. *Enfermería, Enfermería Médico-quirúrgica, Necesidad de O₂*. Ed. Masson. 2ª edición. Barcelona, España.
- Phaneuf M. *Cuidados de Enfermería. El proceso de Atención de Enfermería*. Ed. McGraw-Hill-Interamericana. Madrid, España, 1993.
- Ramírez, A. F. *Obstetricia para la enfermera profesional*. Ed. Manual Moderno. 1ª Edición. México, 2002.
- Reeder, S. J. *Enfermería Maternoinfantil*. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana. 3ª Edición. México, 1995.
- Riopelle L., et. al. *Cuidados de Enfermería, un proceso centrado en las necesidades de la persona*. Ed. Mc Graw-Hill-Interamericana 1ª edición. Madrid, España. 1993.
- Rodríguez Luis M. T. *Diagnóstico de enfermería de la NANDA. Definiciones y clasificación*. Ed. Mosbi-Doyma. Barcelona, 1993.
- Rodríguez S. M. A. *Proceso Enfermero. Aplicación actual*. Ed. Cuellar. 2ª edición. Jalisco, México, 2002.
- Roper, Logan, Tierney. *Modelo de Enfermería*. Ed. Mc Graw-Hill-Interamericana. 3ª edición. México, D. F. 1993.
- Scout, J. R. Danforth. *Tratado de Obstetricia y Ginecología*. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana. 8ª Edición. México, 2005.

Consultas electrónicas:

UNI.Net. *Principios de Urgencias, Emergencias y Cuidados Críticos. Capítulo 1. 17. Hipertensión en el embarazo*.

Disponible en:

[//www.uninet:/Obstetricia%20II/1_17_7_%20EI%20espectro%20clinico%20entre%20preeclampsia%20y%20eclampsia.htm](http://www.uninet:/Obstetricia%20II/1_17_7_%20EI%20espectro%20clinico%20entre%20preeclampsia%20y%20eclampsia.htm)

Fecha de consulta: 09/enero/2006.

Aniore H. N. *Teoría de las Necesidades Humanas. Proceso de Atención de Enfermería*.

Disponible en:

http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_diagn_enfermer_3.htm.

Fecha de consulta: 28/agosto/2006.

Comisión Asesora en Cuidados y Desarrollo Profesional Hospital Regional Universitario Carlos Haya (CACDPHRUCA). *Manual para el correcto manejo de planes de cuidados*.

Disponible en:

<http://www.carloshaya.net/denfermeria/media/Cuidados/Manual%20planes%20cuidados.pdf>.

Fecha de consulta: 28/agosto/2006.

Roldán T. A., Fernández M. S. *Proceso de Atención de Enfermería*

Disponible en: <http://tone.udea.edu.co/revista/sep99/proceso.htm>.

Fecha de consulta: 23/ago/06.