



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**MUJER ADULTA JOVEN CON ALTERACIÓN EN LA NECESIDAD DE
HIDRATACIÓN RELACIONADA CON CIFRAS ELEVADAS DE TENSIÓN
ARTERIAL Y MANIFESTADA POR COMPLICACIÓN DEL EMBARAZO**

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA QUE PARA OBTENER EL TÍTULO
DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA PRESENTA:**

**MARÍA DE LA PAZ BAUTISTA CRUZ
NO. DE CUENTA: 402121857**

**DIRECTOR ACADÉMICO
LIC. ENF. FEDERICO SACRISTAN RUIZ**

MÉXICO, D.F., OCTUBRE DE 2008.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

*Le agradezco a el director Académico Lic. Federico Sacristan Ruiz
por la orientación y dirección en el presente trabajo.*

A MIS HIJOS.

Son mi inspiración para seguir adelante

MI ESPOSO

Por su apoyo y comprensión.

A MI FAMILIA

Que en todo momento estuvieron pendientes de mi proyecto.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
OBJETIVOS	4
METODOLOGÍA	5

CAPÍTULO I

1. MARCO TEÓRICO	9
1.1. ENFERMERÍA Y LAS FUNCIONES PRINCIPALES	9
1.2. EL CUIDADO ENFERMERO	14
1.3. TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON	19
1.4. EL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	23
1.5. ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA	28
1.6. TRASTORNO HIPERTENSIVO	68
1.7. HIPERTENSIÓN ARTERIAL INDUCIDA POR EL EMBARAZO	69
1.8. FISIOPATOLOGÍA	74
1.9. PREECLAMPSIA	76
1.9.1. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	76

CAPITULO II

2. APLICACIÓN DEL PROCESO	
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	84
2.1 PRESENTACIÓN DEL	
CASO CLÍNICO.....	84
PLANEACIÓN, EJECUCIÓN.....	87
Y EVALUACIÓN	
CONCLUSIONES.....	103
SUGERENCIAS.....	106
GLOSARIO.....	107
BIBLIOGRAFÍA.....	109

INTRODUCCIÓN

La hipertensión es la complicación médica más común del embarazo, aunque para algunos autores es la segunda complicación médica del embarazo sólo después de la anemia, es más frecuente en jóvenes durante el primer embarazo y en nulíparas de mayor edad, hipertensas previas y diabéticas. Cada tres minutos muere una mujer en el mundo debido a la preeclampsia. Afecta entre 3-10% de los embarazos, es la principal causa de muerte materna en el mundo y en Estados Unidos representa al menos el 15% de las muertes relacionadas con embarazo.

En México, también es la complicación más frecuente del embarazo. La incidencia es de 20.8 por cada 1000 nacimientos vivos y es además la primer causa de ingreso de pacientes embarazadas a las unidades de terapia intensiva, la mortalidad por complicaciones del embarazo ocupa el 15º lugar en la mortalidad hospitalaria general.

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

En el hospital General de Actopan Hidalgo en un periodo de un año se atendieron 89 usuarias con problemas de hipertensión arterial inducida por el embarazo

La cantidad de usuarias fue sorprendente por que al comparar con otros años anteriores se ha aumentado el numero de personas atendidas, estas circunstancias fueron las que me motivaron a la revisión del caso y a la realización de este proceso atención de enfermería basado en el modelo de Virginia Henderson, dando un enfoque holístico en todos y cada uno de los cuidados que las personas necesitan, al final se presenta una serie de documentos que me permitieron recopilar datos.

Así como el conocimiento que la preeclampsia puede provocar si esta no se controla a tiempo. En este trabajo se consideraron tres capítulos importantes. Los dos primeros son de aspecto general de introducción, objetivos, y metodología.

El tercero, se refiere al concepto de enfermería, las funciones, enfatizando el cuidado enfermero, donde se menciona desde cuando existen los cuidados, en la teoría de Virginia Henderson se describen las principales funciones de enfermería y las catorce necesidades, también habla del proceso atención enfermería que se refiere a la definición, las etapas del proceso, también se menciona la patología .

El caso clínico basado en las necesidades de la usuaria con enfermedad hipertensiva, inducida por el embarazo. por ultimo se realiza el plan de alta, mencionando las acciones que debe realizar la persona en su hogar , para prevenir posibles complicaciones.

OBJETIVOS

GENERAL

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

ESPECÍFICOS

- Valorar la información que ella tiene con respecto a su embarazo y enfermedad adicional de preeclampsia para desarrollar los cuidados de enfermería orientados a que conozca más acerca de dicha enfermedad.
- Ejecutar los cuidados de enfermería con eficacia y eficiencia en la satisfacción de sus necesidades de salud.

- Evaluar las fases del proceso enfermero y los cuidados en función de su recuperación.
- Planear los cuidados de enfermería a corto plazo para implementarlos durante su estancia hospitalaria con seguimiento de su caso hasta la resolución o control del problema adicional a su embarazo para mejorar su calidad de vida.

METODOLOGÍA

El presente documento se realiza mediante los pasos de revisión de un proceso, seleccionando el tema de enfermedad hipertensiva del tercer trimestre del embarazo, para realizar este proceso de atención de enfermería se requirió de una búsqueda de información al respecto, una clasificación de dicha información.

Posteriormente se seleccionó la información más reciente y de mayor importancia para proceder a la redacción de dicho proceso basándonos en el esquema de trabajo.

Subsecuentemente se va ha ir describiendo cómo se realiza el proceso atención de enfermería. basado en el

modelo de Virginia Henderson. Inicialmente con una entrevista, el elemento principal de la interrelación humana entre el personal de salud y la paciente, que sin ésta no se podría obtener un resultado satisfactorio. Puntos de la entrevista: iniciación. Punto importante que inicia desde el saludo, presentación, solicitud de la colaboración y autorización para la aplicación del método, brindando seguridad y confianza. Cuerpo.- etapa en la que el personal conoce a la persona y a sus familiares más cercanos, por medio de la historia clínica otorgada por la ENEO, obteniendo datos relacionados con la enfermedad, medidas higiénico dietéticas que mantiene, escolaridad, control prenatal, etcétera. Corroborando los datos obtenidos con el método de la observación, en este método nos auxiliamos del sentido de la vista, otro método utilizado desde su ingreso al servicio, es la exploración física utilizando las técnicas de inspección, palpación, percusión y auscultación, basándose estos datos en la historia clínica.

En el proceso de valoración se intenta conocer tanto como sea posible dentro de las limitaciones que imponga cada situación específica sobre la propia persona su familia. Para poder realizarlo se tomaron en cuenta los signos y síntomas que la persona manifestó que sería el problema,

éste se unió con la etiología de dichos signos y síntomas y esto se entrelazaron con las palabras relacionando con y manifestado por y así se realizaron los diagnósticos, posteriormente se fueron jerarquizando de acuerdo a la necesidad de la persona.

Teniendo los diagnósticos de enfermería se plantearon los objetivos de cada diagnóstico, esto con el propósito de satisfacer y eliminarlo paulatinamente. Los objetivos que se plantearon fueron a corto plazo, para disminuir el costo-beneficio a la persona y para poder lograr el objetivo se tuvieron que realizar determinadas actividades de enfermería.

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

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

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

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

1.1. ENFERMERÍA Y LAS FUNCIONES PRINCIPALES

La primera definición de enfermería fue dada por Florence Nightingale en 1859. En las *Notes on Nursing* se define la enfermería como "la encargada de la salud personal de alguien... y lo que la enfermería tiene que hacer... es poner al cliente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él"¹.

Los teóricos de la enfermería son profesionales que desarrollan conceptos y propuestas específicas, concretas, que intentan justificar fenómenos de interés para la profesión. Con frecuencia los profesionales de la enfermería extraen teorías de modelos que reflejan los objetivos y filosofía de la profesión. Estos modelos se basan en los principios, valores y opiniones que guían la práctica de la enfermería. Los teóricos de la enfermería desarrollan definiciones de ella basadas en el modelo y describen actividades necesarias para conseguir los objetivos.

¹ IYER Patricia W. Taptich Bárbara J. "Proceso y Diagnóstico de Enfermería" Ed. Internacional, D. F. México, 1997. Pág. 2, 20 Op. Cit. P3

Enseguida se mencionaran las diferentes definiciones desarrolladas por los teóricos más importantes.

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

		conducta constituye una amenaza para la salud física o social, o en las que existe una enfermedad.
Martha Rogers	Seres humanos unitarios.	Una ciencia con un conjunto organizado de conocimientos abstractos, a la que se ha llegado por la investigación científica y el análisis lógico; es un arte en el uso imaginativo y creativo del conjunto de conocimientos al servicio del ser humano.
	Autocuidado	Una preocupación por las necesidades del individuo, para las actividades de autocuidado y su prestación y tratamiento de forma continuada, para mantener la vida y la salud, recuperarse de enfermedades o de lesiones y enfrentarse a su efecto.

Imogene King	Sistemas de interacción	Un proceso de acción, reacción e interacción por el cual cliente y profesional de enfermería comparten información sobre sus percepciones en la situación de enfermería; incluye la promoción de la salud, el mantenimiento y restablecimiento de la salud, el cuidado del enfermo y del lesionado y la atención al moribundo.
Betty Newman	Sistemas	Se ocupa de mantener estable el sistema del cliente mediante la precisión en la valoración de los efectos y de los posibles efectos de los factores de estrés ambientales, y de ayudar a los ajustes de clientes necesarios para un nivel óptimo de bienestar.

Sister Callista Roy	Adaptación	Un sistema de conocimientos teóricos que prescriben un proceso de análisis y acciones relacionados con la atención de la persona enferma o potencialmente enferma; es necesaria cuando el estrés no habitual o el debilitamiento de los mecanismos de afrontamiento hacen que los intentos normales de la persona para el afrontamiento sean ineficaces.
------------------------	------------	--

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

Las funciones de enfermería en la práctica se puede dividir en independiente e interdependiente.

Independientes. Son aquellas actividades consideradas dentro del campo diagnóstico y de tratamiento de la enfermería, no necesariamente requieren de una orden médica. Como son: la valoración del paciente, la realización de un diagnóstico.²

Interdependientes. Son aquellas que se realizan conjuntamente con otro miembro del equipo médico.

1.2. EL CUIDADO ENFERMERO

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

En la conservación de la vida surgen preguntas sobre lo bueno y lo malo y a medida que los grupos sociales ratifican su práctica de cuidados habituales, designan toda responsabilidad primero al chamán y luego el sacerdote como guardianes de las tradiciones y de todo lo que

² IYER Patricia W. Taptich Bárbara J. Proceso y Diagnóstico de Enfermería Ed. Internacional, D. F. México, 1997. Pág. 5,6

contribuye a mantener la vida y ellos estaban designados para interpretar y decidir lo que es bueno o lo que es malo.³

Los grupos sociales comprendieron que el cuidado es indispensable en la perpetuidad de todo grupo social y en ocasiones la supervivencia del grupo social es alterada por los avances tecnológicos, socioeconómicos y culturales, dando lugar a la fragmentación de la aplicación de los cuidados donde se requieren de profesionales.⁴

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

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

³ COLLIERE M. Françoise. "Promover la unidad de la práctica de los mejores cuidadores a los cuidados de enfermería" Ed. Interamericana, 1996, P. 208.

⁴ IYER Patricia W. Taptich Bárbara J. Proceso y Diagnóstico de Enfermería Ed. Internacional, D. F. México, 1997. Pág. 5,6

práctica un medio de saneamiento que tenían que ser investigados y estudiados.

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

También con el surgimiento de las teorías de los cuidados de enfermería, se inicia la influencia de los conocimientos sobre la práctica de enfermería, de su organización y su utilización, dado que los cuidados no podían responder simplemente a la claridad, sino a un enfoque de los problemas sociales basados en la reflexión, donde las enfermeras deben adquirir por sí mismas una capacidad de pensar y aplicar sus bases científicas. Reconocer y utilizar los cuidados en diferentes situaciones, dando lugar a los roles de cada miembro, tanto cuidador como persona cuidada.⁵

⁵ COLLIERE M. Francoise. "Promover la unidad de la práctica de los mejores cuidadores a los cuidados de enfermería" Ed. Interamericana, 1996, P. 208.

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

Florence Nightingale define el cuidado como un acto de vida cuyo significado está en desarrollar las capacidades del ser humano en su cotidianidad en el proceso de vida-muerte, y en estado de salud o enfermedad con el objeto de compensar o suplir la alteración de sus funciones o enfrentar el proceso de muerte.⁶

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

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

⁶ *Ibidem.*;

Cuidar. Es una variedad de actividades dirigidas a mantener, conservar la vida y permite que se continúe y se reproduzca, pero del mismo modo es un acto individual que se tiende a dar a cualquier persona que requiera ayuda para asumir sus necesidades vitales.⁷

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

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

El proceso de los cuidados de enfermería está enfocado e identificar la naturaleza de las necesidades vividas por una o varias personas y procedente de un encuentro entre dos

⁷ IYER Patricia W. Taptich Bárbara J. Proceso y Diagnóstico de Enfermería Ed. Internacional, D. F. México, 1997. Pág. 5,6

personas que contribuyen a una cortitos-propia de una situación en particular con la ayuda de los conocimientos científicos permite comprender y continuar intentando el empleo de ellas para cuidar.

1.3. TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON

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

Virginia Henderson nació en 1897, originaria de Kansas city, ingreso 1918 a la escuela de enfermería del ejercito en Washington y se graduo en 1921, ocupo cargos de docente, supervisora pedagógica e impartió cursos sobre técnicas de análisis en enfermería. Reinscribio la quinta y sexta edición de Textbook of the Principles and Practice of Nursing, en el descubre el concepto sobre la función de la enfermería. se ha traducid en mas de 25 idiomas. Virginia Henderson se ha hecho merecedora de mas de nueve títulos doctorales y fue elegida miembro honorario de America Academy of Nursing. en 1988 recibió mención de honor por sus contribuciones a la investigación. Virginia Henderson falleció de muerte natural en marzo de 1996. a la edad de 98 años.

Virginia Henderson fue influenciada por varias teoricas como Annie W.Goodrich, Caroline Stackpole, Ida Orlande, etc.

Donde se menciona la importancia de mantener el equilibrio fisiológico importancia de la higiene y la asepsia, y el objetivo del esfuerzo de rehabilitación era recuperar la independencia del usuario. Virginia Henderson definió los principales conceptos de enfermería, persona, salud, y entorno.

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

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

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

Virginia Henderson menciona que la relación enfermera-paciente va desde una relación muy dependiente a la practica independiente y que siempre trabaja por un objetivo

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

Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teorica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado facilitando a si la definición del campo de actuación enfermero basándose en las catorce necesidades básicas las cuales son.

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

.Estudiar describir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

Virginia Henderson define la necesidad como la exigencia vital que debe satisfacer con el fin de conservar un equilibrio físico, psicológico, sociocultural, espiritual, y de naturaleza física o estar relacionados con el entorno.

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

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

Las catorce necesidades actualmente se caracterizan de la siguiente manera.

1.- Necesidad de Oxigenación

2.- Necesidad de Nutrición e hidratación

- 3.-Necesidad de eliminación.
- 4.- Necesidad de Moverse y mantener una buena postura.
- 5.-Necesidad de Descanso y sueño.
- 6.- Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.
- 7.- Necesidad de termorregulación.
- 8.- Necesidad de Higiene y protección de la piel.
- 9.-Necesidad de evitar los peligros.
- 10.-Necesidad de comunicarse.
- 11.-Necesidad de vivir según sus creencias y valores.
- 12.- Necesidad de trabajar y realizarse.
- 13.- Necesidad de jugar participar en actividades recreativas.
- 14.-Necesidad de Aprendizaje.

1.4. EL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

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

El proceso del cuidado tiene sus orígenes cuando por primera vez fue considerado como un proceso. Hall en 1995 lo describió como un proceso distinto. Jonson (1950 en), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963) desarrollaron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución) en 1967 Yura y Walsh fueron los primeros en describir un proceso de cuatro etapas (valoración, planeación, ejecución y evaluación). A mediados de la década de los 70 Blach (1974), Roy (1975), Mundinger y Jauron (1975) y Aspinall (1976), establecieron las cinco actuales etapas al añadir la diagnóstica. Como todo método el proceso de cuidado configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí.⁸

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

⁸ IYER Patricia W. Taptich Bárbara J. Proceso y Diagnóstico de Enfermería Ed. Internacional, D. F. México, 1997. Pág. 9

DEFINICIÓN

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

Es un método sistemático y organizado para brindar cuidados eficaces y ciencias orientados al logro de un objetivo.⁹

Objetivos¹⁰

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

La importancia es que:

- Asegura la atención individualizada.

⁹ IYER Patricia W. Taptich Bárbara J. Proceso y Diagnóstico de Enfermería Ed. Internacional, D. F. México, 1997. Pág. 11

¹⁰ <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm>

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

El proceso de enfermería define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad, el usuario es beneficiado ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería para el profesional, se produce un aumento de la satisfacción así como de la profesionalidad, por lo tanto el proceso proporciona ventajas para el usuario y para la enfermera.¹¹

Para el usuario:

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

Para la enfermera:

- Satisfacción en el trabajo.
- Crecimiento profesional.

¹¹ IYER Patricia W. Taptich Bárbara J. Proceso y Diagnóstico de Enfermería Ed. Internacional, D. F. México, 1997. Pág. 9

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

Finalidad. Que se dirige a un objetivo.

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

Dinámico. Porque está sometido a continuos cambios.

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

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

Base teórica. Porque se ha ideado a partir de una amplia base de conocimientos, incluyendo ciencias y humanidades y sobre todo si se puede aplicar a cualquiera de los modelos teóricos de la enfermería.

1.5. ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA

Para reforzar su importancia como la clave para los restantes pasos del proceso de enfermería.

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

- Las convicciones de profesionales: conforman la actitud y las motivaciones de profesional, lo que piensa, siente y cree sobre la enfermería, el hombre, la salud y la enfermedad.
- Los conocimientos profesionales: debe tener una base de conocimientos sólidos que permita hacer una valoración del estado de salud integral del paciente, la familia y la comunidad.
- Habilidades: en la valoración se adquiere con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.
- Comunicarse de forma eficaz: implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje.

- Observar sistemáticamente. Se refiere a la utilización de formularios o días que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.
- Diferenciar entre signos inferencias y confirmar las impresiones: su signo es un hecho que uno percibe a través del uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Para poder obtener información mediante la valoración se puede recurrir a la entrevista, la observación y la exploración física, éstos nos proporcionan un enfoque lógico, sistemático y continuo.

A. Entrevista

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

La entrevista tiene cuatro objetivos los cuales son:

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

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

1. **Introducción.** Es principalmente para saludar, permite presentarnos explicarle al usuario el porqué de esta entrevista.
2. **Núcleo o cuerpo.** El cual está caracterizado por el diálogo principal.
3. **Cierre.** Se informa el término y se agradece su colaboración.

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

- a) **Interferencias cognitivas.** Consiste en que el problema del usuario no es percibido por el entrevistador.
- b) **Interferencia emocional.** Consiste en una reacción emocional adversa del usuario o del entrevistador.
- c) **Interferencia social.** Las diferencias sociales conllevan el profesional una mejor conexión emocional a una mejor implicación y a prestar menos información al usuario.

Para realizar la entrevista se deben de conocer las técnicas verbales que existen como son:¹²

El interrogatorio. Permite obtener información, aclara respuestas y verificar datos.

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

Las frases adicionales. Estimula la continuidad del proceso verbal de la entrevista.

También esta la técnica no verbal que facilitan o aumentan la comunicación mientras se desarrolla la entrevista, estos componentes no verbales son capaces de transmitir un mensaje con mayor efectividad incluso que las palabras habladas, las más comunes son, expresiones faciales, la forma de estar y la posición corporal, los gestos, el contacto físico y la forma de hablar.¹³

¹² IYER Patricia W. Taptich Bárbara J. Proceso y Diagnóstico de Enfermería Ed. Internacional, D. F. México, 1997. Págs. 54, 55 y 57.

¹³ IYER Patricia W. Taptich Bárbara J. Proceso y Diagnóstico de Enfermería Ed. Internacional, D. F. México, 1997. Pág. 5,6

El entrevistador requiere de cualidades para poder realizar una entrevista con mejores logros, estas cualidades son empatía, calidez, concreción y respeto.¹⁴

- **Empatía.** Es la capacidad de comprender correctamente nuestro interlocutor. Esta consta de dos momentos, uno en el que el entrevistador es capaz de interiorizar la situación emocional del usuario y en el que le da a entender que la comprende.
- **Calidez.** Es la proximidad afectiva entre el usuario y el entrevistador. Se expresa sólo a nivel no verbal.
- **Concreción.** Es la capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos mutuos y compartidos de la entrevista.
- **Respecto.** Implica el aprecio de la dignidad y valor del paciente y el reconocimiento como persona.

B. Observación

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

¹⁴ Ibídem;

sentidos pueden ser indicios positivos o negativos en un determinado usuario.¹⁵

C. Exploración Física

A través de ella se obtiene una serie de datos, que nos permiten valorar el estado de salud del individuo. La exploración física comprende desde la cabeza a los pies, por sistemas, aparatos y por patrones funcionales de salud que emplean cuatro técnicas principales.¹⁶

- 1) **Inspección.** Se refiere a la exploración visual del paciente para determinar respuestas normales o anormales. Es también más sistemática y detallada que la observación ya que define características como forma, tamaño localización anatómica, color, textura, movimientos, simetría, etcétera.
- 2) **Palpación.** Se utiliza el sentido del tacto para determinar textura, temperatura, posición y tamaño de órganos, ésta puede ser superficial o profunda. Las manos son el instrumento de la palpación, utilizándose partes concretas para valorar características particulares el dorso de la mano es la

¹⁵ IYER Patricia W. Taptich Bárbara J. Proceso y Diagnóstico de Enfermería Ed. Internacional, D. F. México, 1997. Págs. 60,61 y 62.

¹⁶ *Ibíd*em;

parte más útil para valorar la temperatura y ya que la piel en esta zona es más fina y permite discriminar entre diferencias de temperatura, las puntas de los dedos se utilizan para determinar textura y tamaño, dada la concentración de terminaciones nerviosas en ellas.

- 3) **Percusión.** Es donde la superficie del cuerpo es golpeada para producir sonidos o vibraciones, se emplea para estimar el tamaño y forma de los órganos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates aparece sobre el hígado y el bazo. Híper sonoros, aparecen cuando percutir no sobre el pulmón normal lleno de aire y timpánicos, se encuentran al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.
- 4) **Auscultación.** En ésta se escuchan los sonidos producidos por el cuerpo y sirve para valorar el funcionamiento de diversos órganos.

La exploración física se puede realizar de forma independiente, sin embargo el método más eficaz exploración física sería un enfoque global que incluya una combinación de técnicas para poder realizar un ex

valoración física se puede realizar desde la cabeza a los pies (céfalo-caudal), por sistemas, aparatos y por patrones funcionales de la salud.

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

Por sistemas/aparatos. Nos ayuda a especificar qué sistemas precisan más atención.

Por patrones funcionales de salud. Permite la recogida ordenada para centrarnos en áreas funcionales concretas.

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

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

Factores ambientales. El ambiente en el que tiene lugar la recopilación de datos afecta con frecuencia a la capacidad del usuario y el profesional de enfermería para poder partir

para en este proceso, el área física puede organizar de manera que permita una interacción cara a cara con moda entre el profesional de enfermería y el usuario o su familiar. Deberá asegurarse en la intimidad ya que se le tendrá que preguntar muchas cuestiones personales y realizar una observación y exploración física al usuario, esto se puede conseguir buscando un sitio tranquilo o cerrando la puerta.¹⁷

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

Técnicas verbales. Son utilizadas con mayor frecuencia se considera la anamnesis, la reflexión y las declaraciones complementarias. Si utilizan éstas mediante la entrevista, teniendo mayor éxito en la obtención de información.¹⁸

Técnicas no verbales. Estas pueden también facilitar la comunicación durante la recopilación de datos, los componentes no verbales de una interacción enfermería y

¹⁷ IYER Patricia W. Taptich Bárbara J. Proceso y Diagnóstico de Enfermería Ed. Internacional, D. F. México, 1997. Págs. 64, 66 y 68.

¹⁸ IYER Patricia W. Taptich Bárbara J. Proceso y Diagnóstico de Enfermería Ed. Internacional, D. F. México, 1997. Págs. 64, 66 y 68.

usuario transmiten un mensaje de forma más eficaz que las palabras verbales.¹⁹

Validación de datos. Toda la información recolectada tiene que ser validada para estar seguros de que ésta sea correcta y así poder evitar errores, para esto es necesario revalorar al paciente con los datos que no se está seguro.²⁰

Organización de datos:

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

Registro de la valoración. Después de que se está seguro que la información está validada se tiene que registrar para facilitar la prestación de una asistencia de calidad. Teniendo todo esto se puede pasar a la siguiente etapa.²¹

¹⁹ Ibídem;

²⁰ IYER Patricia W. Taptich Bárbara J. Proceso y Diagnóstico de Enfermería Ed. Internacional, D. F. México, 1997. Pág. 85

²¹ IYER Patricia W. Taptich Bárbara J. Proceso y Diagnóstico de Enfermería Ed. Internacional, D. F. México, 1997. Pág. 85.

D. Diagnóstico

Es la segunda etapa del proceso que inicia al concluir la valoración y constituye una función intelectual compleja, al requerir de diversos procesos mentales para establecer un juicio clínico sobre la respuesta del individuo, familia y comunidad.²²

El diagnóstico de enfermería define realmente la práctica profesional, su uso aclara que es lo que se hace y en qué se diferencia ésta la labor de la de los otros miembros del equipo de salud; ahorra tiempo al mejorar la comunicación entre los miembros del equipo y asegura cuidados eficientes que permiten tener conocimiento concreto de los objetivos del cuidado.²³

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

²² Rodríguez S. Bertha "Proceso enfermero" Edit. Cuéllar. Guadalajara, Jal. 2002; pág. 52

²³ IYER Patricia W. Taptich Bárbara J. Proceso y Diagnóstico de Enfermería Ed. Internacional, D. F. México, 1997. Pág. 9

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

Dimensiones interdependientes. Se refiere a aquellos problemas cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la salud. Esto se describen como problemas colaborativo se o interdependientes y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto.²⁴

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

Los componentes de las categorías diagnosticadas aceptadas por la NANDA para la formulación y descripción diagnóstica (1990 se, 90 conferencias se aceptaron, 90

²⁴ Rodríguez S. Bertha "Proceso enfermero" Edit. Cuéllar. Guadalajara, Jal. 2002; pág. 58

categorías diagnósticas. Cada categoría tiene cinco componentes.²⁵

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

²⁵ Rodríguez S. Bertha "Proceso enfermero" Edit. Cuéllar. Guadalajara, Jal. 2002; Pag. 58

Para realizar un diagnóstico se tiene que seguir cuatro pasos fundamentales que son:²⁶

- a) Razonamiento diagnóstico, que consiste en aplicar el pensamiento crítico para la solución de problemas mediante un enlistado, una agrupación, una comparación de todos los datos significativos, también se tiene que hacer una revaloración de la información obtenida.
- b) Formulación de diagnósticos para poder realizar los, se tiene que seguir los lineamientos de fases, las cuales se inician con la identificación de problemas donde se analizarán los datos significativos que se puedan confirmar, posteriormente se formulará el problema en el cual se tomará en cuenta si es un diagnóstico de enfermería o un problema interdependiente.

Existen varios tipos de diagnósticos los cuales son:

Diagnóstico real. Describe la respuesta actual de una persona, una familia o una comunidad. Consta de tres

²⁶ IYER Patricia W. Taptich Bárbara J. Proceso y Diagnóstico de Enfermería Ed. Internacional, D. F. México, 1997. Pág. 90.

partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores casuales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S).²⁷

Diagnóstico de alto riesgo. Describe un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad sean más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situaciones iguales o similares. Para respaldar un diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. La descripción concisa del estado de salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo". Consta de dos componentes formato PE: problema (P) más etiología/factores causales o contribuyentes (E).²⁸

Diagnóstico posible. Son enunciados que describen un problema sospechoso para el que se necesitan datos adicionales. Consta de dos componentes PE: problema (P) más etiología/factores causales o contribuyentes (E).²⁹

Diagnóstico de bienestar. Es un juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar

²⁷ IYER Patricia W. Taptich Bárbara J. Proceso y Diagnóstico de Enfermería Ed. Internacional, D. F. México, 1997. Págs. 94, 95 y 96.

²⁸ IYER Patricia W. Taptich Bárbara J. Proceso y Diagnóstico de Enfermería Ed. Internacional, D. F. México, 1997. Págs. 94, 95 y 96.

²⁹ *Ibídem*;

y estado actual eficaz. Son enunciados de una sola parte. Obteniendo sólo la denominación. No contiene factores relacionados. Para estructurar un diagnóstico hay que tener en cuenta una serie de directrices.³⁰

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

³⁰ <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm>, día 28/06/07. Pág. 23.

➤ No indique dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos.

- c) Una vez formulados los diagnósticos de acuerdo al problema, éstos tienen que ser validados mediante una corroboración de que éstos sean ciertos.
- d) Una vez validados se deben de registrar las notas de enfermería y en los planes de cuidados para iniciar con la etapa de la planeación.

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

PLANEACIÓN

Tercera fase del proceso enfermero donde se establecen los cuidados de enfermería que conducen al usuario prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.

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

Durante la fase de planeación se elaboran los objetivos y las intervenciones de enfermería. Los objetivos indican lo que será capaz de hacer el usuario como objetivo de las acciones de enfermería. Las intervenciones de enfermería describen la forma en que el profesional puede ayudar al usuario a conseguir los objetivos.³¹

Los pasos o etapas de la planeación son las siguientes.

A. El establecimiento de prioridades.

Posterior a la valoración y a la etapa de diagnóstico se concluye determinando el diagnóstico enfermero, lo que hace indispensable la identificación de los problemas de salud en los cuales se debe centrar la atención y realizar acciones inmediatas. El criterio puede ser útil como guía para establecer prioridades como la jerarquización de las necesidades, se hace según la teoría o marco concepto dual

³¹ Rodríguez S. Bertha "Proceso enfermero" Edit. Cuéllar. Guadalajara, Jal. 2002; pág. 73

de cuidados de enfermería escogido por la práctica de enfermería, utilizando la teoría de Maslow, para guiar el suministro de atención de enfermería, el profesional debe aliviar el dolor del usuario (necesidad fisiológica) antes de fomentar la higiene matutina (autocuidado); satisfacer las necesidades que el sujeto de atención siente más importantes, siempre y cuando no interfieran con el tratamiento médico o con la supervivencia y considerar el efecto de problemas potenciales futuros al establecer prioridades.³²

A). Determinación de los objetivos

Son una parte indispensable dentro de la etapa de planeación ya que con ellos mide el éxito de un plan determinado. También se puede llamar metas, su propósito es definir la forma en que el profesional de enfermería y el usuario saben que la respuesta humana identificada en la exposición diagnóstica ha sido prevenida, modificada o corregida.³³

³² Rodríguez S. Bertha "Proceso enfermero" Edit. Cuéllar. Guadalajara, Jal. 2002; Pag. 74

³³ Rodríguez S. Bertha "Proceso enfermero" Edit. Cuéllar. Guadalajara, Jal. 2002; Pag.75

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

Existen dos tipos de objetivos

1. Objetivos de enfermería.
2. Objetivos del usuario.

Para poder realizar cualquiera de estos dos se tienen que seguir normas para la descripción de dicho objetivo, éstas son:³⁴

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

³⁴ <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm>. Pág. 58

Objetivos de Enfermería

Éstos no suelen escribirse en el plan de cuidados, en cualquier caso deben responder a preguntas sobre capacidades, limitaciones y recursos del individuo que pueden fomentar, disminuir o dirigir.³⁵

Los objetivos se describen en tiempo por ejemplo:

Objetivos a corto plazo. Son los resultados que se pueden lograr de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días. Éstos son especialmente para establecer una atención inmediata en situaciones de urgencias cuando los pacientes son inestables y los resultados a largo plazo son inciertos.³⁶

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

Objetivos a largo plazo. Son los resultados que se requieren de un tiempo largo.

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

³⁵ Rodríguez S. Bertha "Proceso enfermero" Edit. Cuéllar. Guadalajara, Jal. 2002; Pag. 79

³⁶ *Ibídem*;

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

Objetivos del usuario. Esto se anotan en términos de lo que se espera que haga el usuario, es como conductas esperadas, los objetivos cuentan con tres características que son: debe de ser alcanzables, deben de ser medibles y ser específicos en cuanto a su contenido.

Determinación de acciones de enfermería

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

Las características son:

- Deben de ser coherentes con el plan de atención.
- Estar basadas en principios científicos.
- Ser individualizadas para cada situación.
- Proveer un ambiente terapéutico seguro.
- Generar las oportunidades de enseñanza al sujeto de atención.

- Utilizar los recursos necesarios adecuados.
- Indicar las precauciones que se deben tomar y las consecuencias que se deben prever.
- Indicar la hora y la duración en que deben desarrollarse las acciones de enfermería.
- Siempre deben quedar escritas para poder verificar el cumplimiento de éstas.

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

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

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

Acciones independientes. Son las actividades que puede llevar a cabo el personal de enfermería sin una

indicación del médico, éstas son las respuestas que el personal de enfermería está autorizado a tratar en virtud de su educación y su experiencia.

Las actividades de enfermería más habituales de la planeación de los cuidados de enfermería, en torno a los diferentes tipos de diagnóstico enfermero y a los problemas interdependientes.³⁷

El diagnóstico enfermero real:

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

Para el diagnóstico enfermero de alto riesgo:

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

Para él diagnóstico enfermero posible:

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

³⁷ <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm>. Pág. 24 /consulado

Para el diagnóstico enfermero de bienestar:

- Enseñar conductas que ayuden a conseguir mayor nivel de bienestar

Para problemas interdependientes:

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

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

Documentar el Plan de Cuidados

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

corto, mediano y largo plazo, considerando que si son alcanzables, medibles y específicas las actividades deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen a los problemas.³⁸

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

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

El plan de cuidados se puede estructurar de varias formas, dependiendo del sistema que se utilice en el centro. Habitualmente consiste en tres componentes diagnóstico de enfermería, objetivos e intervenciones de enfermería, las intervenciones de enfermería proporcional al equipo de salud un anteproyecto para realizar los objetivos establecidos y resolver la respuesta humana alterada. Para conseguir cada

³⁸ Rodríguez S. Bertha "Proceso enfermero" Edit. Cuéllar. Guadalajara, Jal. 2002; Pag. 86

resultado se debe escribir una serie de intervenciones de enfermería, para que sean eficaces, se escribirán de la forma más clara y concisa posible, para evitar confusiones con la repetición de actividades, las intervenciones deben describir quien las va a ejecutar, en caso de que no sea el personal de enfermería. Cuando las acciones de enfermería dependen de actividades previas, se numerarán para seguir la secuencia designada.³⁹

Todas las intervenciones deben constar de:

Firma y fecha para identificar cuando fueron escritas para reflejar la responsabilidad profesional, deben incluir verbos de acción concretos y nombrar actividades concretas para conseguir los objetivos esperados, deben definir quién, qué, dónde, cuándo, cómo y con qué frecuencia tendrán lugar las actividades identificadas.⁴⁰

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

³⁹ Rodríguez S. Bertha "Proceso enfermero" Edit. Cuéllar. Guadalajara, Jal. 2002; Pág. 86

⁴⁰ Rodríguez S. Bertha "Proceso enfermero" Edit. Cuéllar. Guadalajara, Jal. 2002; Pág. 86 y 87

Individualizados: Se documentan desde el principio en formularios divididos en columnas con los encabezados habituales de diagnóstico de enfermería, objetivos e intervenciones, sus ventajas de estos son que permite la documentación de los diagnósticos de enfermería, los objetivos y de las intervenciones más adecuadas a un determinado usuario.⁴¹

Estandarizados: Facilitan la preparación y el uso de los planes de cuidado, consiste en diagnóstico de enfermería reales, de alto riesgo o de bienestar objetivos e intervenciones que están impresos en un formulario de plan de cuidados. Esto se pueden organizarse con el diagnóstico de enfermería. Sus ventajas: habitualmente son desarrollados por expertos clínicos que han investigado meticulosamente la bibliografía reducen la cantidad de tiempo invertido en escribir planes, proporciona información concreta de un determinado usuario, necesita menos tiempo para rellenarlos.⁴²

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

⁴¹ Rodríguez S. Bertha "Proceso enfermero" Edit. Cuéllar. Guadalajara, Jal. 2002; Pág. 86 y 87

⁴² *Ibíd*em;

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

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

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

EJECUCIÓN

Es el comienzo del plan de cuidados de enfermería, para conseguir objetivos concretos. Esta comienza después de haberse desarrollado el plan de cuidados y está enfocada en

el inicio de aquellas intervenciones de enfermería y que ayudan al usuario a conseguir los objetivos deseados.⁴³

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

Preparación.

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

- Revisión de las intervenciones de enfermería para poder determinar si son suficientes para el usuario y si son compatibles con las intervenciones de otros profesionales de la salud.
- Análisis del conocimiento de enfermería y de las habilidades necesarias.
- Reconocimiento de las complicaciones potenciales asociadas actividades de enfermería.
- Preparación de un entorno seguro que conduzca a los tipos de actividades necesarias.

⁴³ IYER Patricia W. Taptich Bárbara J. Proceso y Diagnóstico de Enfermería Ed. Internacional, D. F. México, 1997. Págs. 224

INTERVENCIÓN.

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

1. **Refuerzo de las cualidades:** El personal de enfermería contempla al usuario como ser completo se estudia las cualidades del usuario, sus problemas y las relaciones con los demás.
2. **Ayudan las actividades de la vida diaria:** Muchos usuarios necesitan la atención de enfermería porque existe algún problema que interfiere con su capacidad para cuidar de sí mismo, por ejemplo del baño, el uso del W.C., el vestido, la alimentación y la deambulación.
3. **Supervisión del trabajo de otros profesionales de enfermería:** El profesional es legalmente responsable de la prestación de los cuidados enfermería, se delega la tensión en la persona adecuada y utilizando su conocimiento sobre las necesidades del usuario y la capacidad de los miembros del equipo.

4. **Comunicación con otros miembros del equipo de salud:** El personal de enfermería es responsable de coordinar la atención del usuario para asegurar la continuidad y un enfoque organizado que rozaba los problemas del usuario.
5. **Educación:** El proceso de enseñanza-aprendizaje para el usuario, incluye la adquisición de nuevos conocimientos, actitudes, habilidades y cambios de conducta.
6. **Prestación de cuidados:** Para conseguir los objetivos del usuario.

El razonamiento crítico es una parte importante de la ejecución. El personal de enfermería que utilizan razonamiento crítico para ejecutar los cuidados de enfermería está constantemente anticipando problemas, revisando el enfoque de los cuidados, según las respuestas del usuario y resolviendo problemas para superar obstáculos.⁴⁴

Documentación

La ejecución de intervenciones de enfermería debe ir seguida de una documentación completa y exacta de los acontecimientos que tienen lugar en esta etapa del proceso

⁴⁴ OP. CIT P 247

de enfermería. Hay cinco tipos principales de asistencia de conservación de registros utilizados en la documentación de la atención del usuario.⁴⁵

Gráficas narrativas: Continúan siendo utilizadas por algunas instituciones, la información se registra cronológicamente en periodos de tiempo concretos. El registro clínico se divide en secciones según la fuente de los datos. Cada disciplina registra información en una sección diferente. Sus ventajas que facilita el acceso a la localización de los formularios y de la posterior documentación de cada disciplina, como método más antiguo de creación de gráficas, es el que resulta más familiar a los profesionales de enfermería, no exige la organización de las anotaciones por materias sino que está organizada en función del tiempo.⁴⁶

Registros orientados al problema: Incluye la recopilación de datos. La identificación de respuestas del usuario, el desarrollo y ejecución del plan de cuidados y la evaluación de la consecución de objetivos. La información está enfocada en los problemas del usuario y es integrada y

⁴⁵ Rodríguez S. Bertha "Proceso enfermero" Edit. Cuéllar. Guadalajara, Jal. 2002; Pág. 90.

⁴⁶ IYER Patricia W. Taptich Bárbara J. Proceso y Diagnóstico de Enfermería Ed. Internacional, D. F. México, 1997. Págs. 251 y 252.

registrada por todas las disciplinas, utilizando un formato constante. Éste tiene dos componentes principales:

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

Sus ventajas de este registro son la que facilita una atención de calidad porque todo el tiempo de salud está enfocado en los mismos problemas identificados, todas las disciplinas que participan en la atención del usuario tienen un rápido acceso a los datos que reflejan el plan de cuidados y resulta más fácil la evaluación de los cuidados.⁴⁷

Gráfica focus: Es un método de organizar la información según las notas de enfermería, que incluyen tres

⁴⁷ IYER Patricia W. Taptich Bárbara J. Proceso y Diagnóstico de Enfermería Ed. Internacional, D. F. México, 1997. Pág. 252

componentes: el uso de un enfoque para designar la nota de evaluación de enfermería, la organización de la nota de evaluación en las categorías de datos, acciones y respuestas, y hojas de curso clínico para datos de documentación.⁴⁸

Esta gráfica se realiza para ampliar los datos reunidos en una hoja de curso clínico para registrar un acontecimiento no habitual o inesperado, documentar la respuesta del usuario a la atención médica o de enfermería o a la enseñanza, documentar el plan de alta, describir el estado del usuario en el momento del traslado de una unidad de enfermería a otra o en el momento de la alta para describir de forma completa las necesidades del usuario.⁴⁹

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

Registros computarizados: Estos registros se pueden documentar utilizando varios enfoques. Las notas de

⁴⁸ IYER Patricia W. Taptich Bárbara J. Proceso y Diagnóstico de Enfermería Ed. Internacional, D. F. México, 1997. Pág. 256.

⁴⁹ IYER Patricia W. Taptich Bárbara J. Proceso y Diagnóstico de Enfermería Ed. Internacional, D. F. México, 1997. Pág. 256, 258 y 287.

valuación pueden estar estructuradas por ser abiertas, los componentes de una nota de valuación pueden ser frases simples o descripciones de atención más detalladas.⁵⁰

EVALUACIÓN.

Es la última etapa la cual se utiliza para juzgar cada parte del proceso de enfermería. Consiste en la comparación sistemática y planeada entre el estado de salud del usuario y los resultados esperados. Evaluar es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios. Los dos criterios más importantes que valora el personal de enfermería son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones.⁵¹

Aspectos generales y funcionamiento del cuerpo:

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

Señales y síntomas específicos:

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

⁵⁰ IYER Patricia W. Taptich Bárbara J. Proceso y Diagnóstico de Enfermería Ed. Internacional, D. F. México, 1997. Pág. 256, 258 y 287.

⁵¹ *Ibíd*em;

Conocimiento:

- Entrevista con el usuario.
- Cuestionarios.

Capacidad psicomotora (Habilidades).

- Observación directa durante la realización de la actividad.

Estado emocional:

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

Situación espiritual (Modelo Holístico de la salud)

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

Esta consta de tres partes:

- **La evaluación del logro de objetivos:** Es un juicio sobre la capacidad del sujeto de atención para desempeñar el cumplimiento señalado dentro del objetivo del plan de atención. Su propósito es decir si el objetivo se logró. Este puede ser mediante dos formas un logro total cuando el usuario es capaz de

realizar el cumplimiento en el tiempo establecido en el enunciado del objetivo. El otro es un logro parcial ocurre cuando el usuario está en el proceso de lograr el resultado esperado o puede demostrar el comportamiento pero no también como se esperaba. Cuando el usuario no ha conseguido el resultado esperado se afirma que no hubo logro.

- **La revaloración del plan:** Es el proceso de cambiar o eliminar diagnósticos de enfermería, objetivos y acciones con base en los datos que proporciona el usuario.
 - **La satisfacción del usuario.** La evaluación también se puede llevar a cabo como parte del proceso de enfermería cuando se compara el estado de salud del usuario con los objetivos definidos por el personal de enfermería, como objetivo de ésta se determina si el plan de cuidados es adecuado, realista, actual o si necesita revisión. Si el usuario no ha conseguido los objetivos se dedicará a la resolución del problema para determinar cómo revisar el plan de cuidados.

La evaluación se lleva a cabo planteando una serie de preguntas.⁵²

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

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

1.6. TRASTORNO HIPERTENSIVO EN EL EMBARAZO.

El embarazo puede inducir hipertensión arterial en mujeres previamente normotensas o puede agravar el trastorno en aquellas quienes tienen una enfermedad hipertensiva de fondo; en cualquiera de los casos la causa es desconocida. El edema generalizado, proteinuria o ambos, acompaña con frecuencia a la hipertensión arterial

⁵² IYER Patricia E TAPICH Bárbara J. "proceso y diagnóstico de enfermería" editorial latinoamericana México D.F. 1997 P. 288

inducida o agravada por el embarazo. Puede producirse convulsiones en relación con la hipertensión arterial, en especial si se desconoce que es hipertensa. Los trastornos hipertensivos que complican el embarazo son comunes, constituyen un elemento de la triada que junto con hemorragia e infección, continúa siendo la causa de un número grande de muertes maternas en Estados Unidos de Norteamérica. La mayor parte de los resultados adversos del embarazo relacionados con la hipertensión arterial se pueden prevenir con supervisión prenatal adecuada y tratamiento cuando es necesario.

1.7.HIPERTENSION ARTERIAL INDUCIDA POR EL EMBARAZO.

La hipertensión inducida por el embarazo se divide en tres categorías: 1.- Hipertensión arterial sola, 2.- Preeclampsia y 3.- Eclampsia. El diagnóstico de preeclampsia se fundamenta en el desarrollo de hipertensión arterial, además de proteinuria o edema que es generalizado y franco o ambas cosas. La preeclampsia se caracteriza de manera atípica por estas mismas anomalías además de convulsiones que son precipitadas por la hipertensión arterial inducida por el embarazo. Es poco común que se desarrolle

preeclampsia antes de las 20 semanas de gestación y de ordinario es el caso de mola hidatiforme o degeneración molar apreciable. La preeclampsia sin hipertensión arterial crónica de fondo es casi una enfermedad exclusiva de nulíparas; aunque suele afectar a las mujeres en los extremos de la edad reproductora, o sean adolescentes o quienes son mayores de 35 años, en el último grupo con frecuencia refleja hipertensión arterial agravada por el embarazo. En ocasiones se presenta hipertensión arterial fetal. La hipertensión arterial aguda por el embarazo es común en multíparas con enfermedades vasculares, incluyendo hipertensión arterial esencial crónica y diabetes sacarina. O en aquellas con enfermedades renales con existentes.⁵³

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

⁵³ Félix Ramírez A., "Obstetricia para la enfermería profesional", Pag. 219.

de hipertensión arterial inducida por el embarazo, este criterio vago tiene poco valor clínico.

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

La proteinuria es un signo importante de preeclampsia y se define como la presencia de 300 mg o más de proteínas en la orina durante un periodo de 24 horas o 30 a 100 mg/dL (1 a 2 +) o más, en cuanto menos dos muestras de orina tomadas al azar con un intervalo de seis horas o mayor. El grado de proteinuria puede fluctuar de modo amplio durante el transcurso de cualquier periodo de 24 horas, aún en casos graves; por tanto es posible que una muestra siempre tomada al azar no detecte proteinuria significativa.⁵⁴

⁵⁴ Félix Ramírez A., "Obstetricia para la enfermería profesional", Pag. 220.

Cuando la presión arterial aumenta de manera importante durante la segunda mitad del embarazo es peligroso, en especial para el feto, no tomar acción sólo porque aún no se ha desarrollado antes de una proteinuria franca. Por tanto, desde la perspectiva fisiopatológica y epidemiológica, es claro que la hipertensión arterial es sine qua non de la preeclampsia y que desde el momento en que la presión arterial comienza a aumentar, tanto la madre como el feto están en un riesgo ha aumentado. Una vez que la presión arterial excede 140/90 mm Hg se establece el diagnóstico de hipertensión arterial inducida por el embarazo y debe administrarse tratamiento de acuerdo a esta situación. La proteinuria es signo de empeoramiento de la enfermedad hipertensiva, especialmente preeclampsia y cuando es franca y persistente los riesgos maternos y fetal es tal aún más a aumentados.⁵⁵

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

⁵⁵ Ellen Baily Rafsensperger, "Manual moderno", pág. 716

aparición leve puede volverse grave de modo rápido. Pies de página

La presión arterial por sí sola no siempre es un indicador confiable de gravedad; por ejemplo, es posible que un paciente adolescente tenga proteinuria 3+ y convulsiones, mientras que su presión arterial es de 140/85 mm Hg, en tanto que la mayoría de las mujeres con presiones arteriales tan altas como de 180/20 mm Hg no tiene convulsiones. Las convulsiones suelen ser precedidas por una cefalea intensa o incesante, o por perturbaciones visuales. Por tanto se considera que estos síntomas son ominosos.⁵⁶

La proteinuria es un indicador importante de gravedad, ya que de ordinario se desarrolla tarde en el curso de la enfermedad. Sin duda la proteinuria persistente de 2+ o mayor o la excreción urinaria de 4 g o más de 24 horas, son indicadores de una preeclampsia grave. Con afectación renal intensa, la filtración glomerular puede estar alterada y la concentración de creatinina en el plasma puede volverse anormal alta, o puede comenzar a aumentar. Se supone que el dolor epigástrico o en el cuadrante superior derecho resulta de necrosis hepatocelular y edema que expira la

⁵⁶ Félix Ramírez A., "Obstetricia para la enfermería profesional", Pag. 716.

cápsula de Glisson. La tromboatopenia es característica del empeoramiento de la preeclampsia, y es causada con probabilidad por hemólisis microangiopática generado por vastos espasmos intensos. Mientras más intensa sea la frecuencia e intensidad de estas aberraciones, más grave es la enfermedad y mayor la necesidad de terminación del embarazo.⁵⁷

En la hipertensión inducida por el embarazo descuidada o con menos frecuencia los casos fulminantes puede desarrollar eclampsia. Las convulsiones son de gran mal y pueden presentarse por primera vez antes del trabajo de parto, durante este o posparto. Cualquier convulsión que se desarrolle más de 48 horas después del parto tiene mayor probabilidad de deberse a alguna otra lesión del sistema nervioso central.⁵⁸

1.8. FISIOPATOLOGÍA

El vaso espasmo es básico en la fisiopatología de la preeclampsia-eclampsia. La construcción vascular causa resistencia al flujo sanguíneo y explica el desarrollo del hipertensión arterial. Los cambios vasculares junto con la

⁵⁷ Ibídem;

⁵⁸ Félix Ramírez A., "Obstetricia para la enfermería profesional", Pag. 716.

hipoxia local de los tejidos circundantes, parece que conduce a hemorragia, necrosis y otras perturbaciones de órgano terminal que han sido observadas en ocasiones con la preeclampsia grave.⁵⁹

La hemoconcentración es común en mujeres con preeclampsia y eclampsia graves. Puede esperarse que la mujer de estatura promedio tenga un volumen sanguíneo de cerca de 5000 mL durante las últimas semanas de un embarazo normal en comparación con cerca de 3500 mL en ausencia de embarazo. Sin embargo con la eclampsia puede anticiparse que se pierde gran parte o la totalidad de 1500 mL de sangre agregados, que están presentes en condiciones normales, en la fase tardía del embarazo. Por tanto, la mujer con eclampsia es sin duda sensible a la terapéutica energética con líquidos administrados con el propósito de expandir el volumen de sangre reducido a valores normales del embarazo: también es sensible a una pérdida aún normal en el parto.⁶⁰

⁵⁹ Grant Norman F. "Manual de ginecología y obstetricia", págs. 545-551.

⁶⁰ Grant Norman F. "Manual de ginecología y obstetricia", págs. 545-551.

1.9. PREECLAMPSIA

Las dos características principales de la preeclampsia, hipertensión arterial y proteinuria son anormalidades sobre las cuales la mujer embarazada no suele tener conciencia. Para cuando se presentan síntomas como cefalea, alteraciones visuales o dolor epigástrico, el trastorno es casi siempre grave. De ahí que sea clara la importancia de los cuidados prenatales a la detección y tratamiento tempranos de la pre eclampsia.⁶¹

1.9.1. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

A). SÍNTOMAS Y SIGNOS.

1. **Hipertensión arterial.** El desarrollo básico en la preeclampsia es el vasospasmo arteriolar y por tanto no es sorprendente que el signo de advertencia más confiable sea un incremento en la presión arterial. La presión arterial diastólica es probablemente un signo pronóstico más confiable que la sistólica y cualquier presión diastólica persistente de 90 mm Hg es

⁶¹ Ibídem.

anormal. El quinto ruido de Korotkoff se usa como el nivel de medición.⁶²

2. **Aumento de peso.** Un aumento súbito de peso puede preceder al desarrollo de preeclampsia, de hecho el aumento de peso excesivo en algunas mujeres es el primer signo. El aumento de peso cercano a 450 g por semana es normal, pero cuando este aumento excede mucho más de 900 g en cualquier semana o cerca de 2725 g en un mes debe sospecharse preeclampsia en desarrollo. El aumento súbito en el exceso de peso es característico de la preeclampsia, más que un incremento distribuido durante la gestación. El aumento de peso súbito y excesivo es atribuible casi por completo la retención anormal de líquidos y puede demostrarse como regla general antes de que se presenten signos de edema en sitios de declives tales como párpados y de dos. En los casos de preeclampsia o eclampsia fulminantes la retención de líquidos puede ser extrema y en esas mujeres no es excepcional un aumento de peso de 450 g o mayor.⁶³

3. **Cefalea.** No es común en los casos más leves pero es frecuente en los graves a menudo es frontal, pero

⁶² Grant Norman F. "Manual de ginecología y obstetricia", págs. 545-551.

⁶³ Ibídem;

puede ser occipital y es resistente al alivio con analgésicos ordinarios. En las mujeres que desarrollan eclampsia la primera convulsión es casi invariablemente presidida por una cefalea intensa.

4. **Dolor abdominal.** El dolor epigástrico o del cuadrante superior derecho suele ser síntoma de preeclampsia grave y puede indicar convulsiones inminentes. Puede resultar del estiramiento de la cápsula hepática, quizá por edema y hemorragia.⁶⁴
5. **Trastornos visuales.** La preeclampsia puede estar acompañada por un espectro de trastornos visuales que van desde un ligero borramiento de la visión a escotomas o ceguera parcial o completa. Se originan de vasospasmos isquemia y hemorragias petequiales dentro de la corteza occipital. En algunas mujeres los síntomas visuales pueden causarse a partir de espasmo arterial retiniano, isquemia y edema y en casos poco frecuentes desprendimiento de la retina.

B). HALLAZGOS DE LABORATORIO.

El grado de proteinuria varía de modo considerable en la preeclampsia, no sólo de un caso a otro sino también la misma mujer de una hora a otra. La variabilidad señala hacia

⁶⁴ Grant Norman F. "Manual de ginecobstetricia", págs. 545-551.

una causa funcional (vasospasmo) más que orgánica. En la preeclampsia primaria la proteinuria puede ser mínima o estar ausente. En los tipos más graves, la proteinuria suele ser demostrable y tiene concentraciones como 10 g por 24 horas. La proteinuria casi siempre se desarrolla más tarde que la hipertensión arterial y de ordinario después del aumento excesivo de peso.⁶⁵

Tratamiento. Preeclampsia de grado leve a moderado.

Los objetivos básicos del tratamiento en cualquier gravidez complicada por hipertensión arterial inducida por el embarazo son: 1.- terminación del embarazo con el menor traumatismo posible para la madre y el feto, 2.- nacimiento de un lactante que se desarrolle subsecuentemente; 3.- restauración completa de la salud de la madre. En ciertos casos de preeclampsia, es especial en mujeres a término o cerca de este, estos tres objetivos pueden cumplirse de modo adecuado mediante la inducción cuidadosa de trabajo de parto.⁶⁶

Por lo tanto el dato de información más importante para el éxito del tratamiento de cualquier embarazo pero en especial

⁶⁵ Grant Norman F. "Manual de ginecología y obstetricia", págs. 545-551.

⁶⁶ Héctor Mondragón Castro, "Obstetricia básica ilustrada", Págs. 325-329.

aquel complicado por hipertensión arterial es la edad del feto.

A). Reposo en Cama

No hay sitio para la terapéutica ambulatoria en el tratamiento de la hipertensión arterial inducida o agravada por el embarazo, es esencial el reposo en cama durante la mayor parte del día se ha además, estas mujeres deben examinarse cuando menos dos veces por semana y se les debe instruir de manera detallada sobre los síntomas que deben informar. Con aumento menor de presión arterial, la respuesta a este régimen con frecuencia es inmediata, pero la paciente debe ser colaboradora y el obstetra prudente.⁶⁷

B). Hospitalización

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

⁶⁷ Héctor Mondragón Castro, "Obstetricia básica ilustrada", Págs. 325-329.

C). Tratamiento obstétrico.

El tratamiento del embarazo complicado por preeclampsia dependerá de: 1. Su intensidad determinada por la presencia o ausencia de las anormalidades, 2. Duración de la gestación y 3. El estado de cuello uterino. Por fortuna, muchos casos son los suficientes leves y están tan cerca del término que pueden tratarse de manera conservadora hasta el inicio espontáneo del trabajo de parto o cuando el cuello uterino se vuelve favorable para la inducción del trabajo de parto. No obstante el abatimiento completo de todos los síntomas y signos no es común sino hasta después del parto, casi sin duda la enfermedad de fondo persistirá hasta después del parto.⁶⁸

Tratamiento Preeclampsia Grave

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

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

⁶⁸ Héctor Mondragón Castro, "Obstetricia básica ilustrada", Págs. 325-329.

La preeclampsia grave existe terapéutica anticonvulsivante y antihipertensiva ordinaria seguida por el parto. El tratamiento es idéntico al de la eclampsia. Los objetivos principales son controlar las convulsiones, evitar hemorragia intracraneana y lesiones graves a otros órganos vitales y lograr el nacimiento de un niño sano.⁶⁹

Cuadro 1

Indicadores de gravedad de la hipertensión inducida por el embarazo

Anormalidad	Leve	Grave
Presión arterial diastólica.	<100 mm	110 mm Hg o
Proteinuria.	Hg	mayor
Cefalea.	de huellas a	Persistente 2+
Transtornos visuales.	1+	o mayor
Dolor abdominal superior.	ausente	presente
Oliguria.	ausente	ausente
Convulsiones.	ausente	ausente
Creatinina sérica.	ausente	ausente
Trombocitopenia.	ausente	ausente
Hiperbilirrubinemia.	normal	ausente
Evolución de enzimas	ausente	ausente

⁶⁹ Héctor Mondragón Castro, "Obstetricia básica ilustrada", Págs. 325-329.

hepáticas.	ausente	presente
Retraso de crecimiento fetal.	mínima	ausente
En edema pulmonar	ausente	claro
	ausente	presente

CAPITULO II.
APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE
ENFERMERÍA

2.1 PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Nombre. MJO

Edad. 29 años.

Estado civil. Unión libre.

Religión. Católica.

Escolaridad. Primaria.

Ocupación. Hogar.

Peso: 64 kg.

Fecha de ingreso. 3 de noviembre 2007.

Diagnóstico médico. Preeclampsia

Antecedentes familiares patológicos. Abuelos paternos y maternos finados por causas desconocidas, padre vivo de 62 años, cursa con HTA controlada.

Antecedentes personales patológicos. Sin importancia, con esquema completo de vacunación.

Antecedentes ginecológicos. Ha presentado tres embarazos de los cuales dos partos, cero abortos, cero cesárea, fecha de última regla 24 de febrero de 2007, fondo uterino 31 cm, situación del producto longitudinal, presentación cefálica, frecuencia cardíaca fetal 132 por minuto sin actividad uterina, los signos vitales de la paciente es temperatura 36.2 °C presión arterial 170/100 mm Hg, frecuencia cardíaca 84 por minuto, frecuencia respiratoria 32 por minuto.

A la exploración se observa, conscientes, inquieta cooperadora, cabeza: mucosas orales deshidratadas, cuello y tórax: sin datos patológicos, glándulas mamarias útiles para lactancia, abdomen semi globoso a expensas de útero gestante, sin actividad uterina, piel deshidratada, con presencia de estrías muy marcadas, extremidades con presencia de edema, resto sin alteraciones.

Menciona que el día de hoy (03/11/07) por la madrugada inició con la cefalea pero ésta fue aumentando progresivamente, náusea hasta llegar al vómito en dos ocasiones, por lo cual acude al hospital para ser atendida, se le informa que tiene que ser hospitalizada para controlar la presión arterial, se canaliza con solución hartman 1000 ml,

carga rápida, se valora grados de deshidratación y se continúa con otra solución hartman 100 ml carga rápida, posteriormente solución mixta 100 ml para cuatro horas, se administran hipotensores como hidralazina 50 mg, vía oral (VO) cada seis horas alfa-metildopa 50 mg VO cada 12 horas, también se administra corticosteroide como dexametasona con una dosis de impregnación de 160 mg dosis única, posteriormente continuar con 80 mg cada ocho horas, antibiótico como ampicilina 1 g cada seis horas, al administrarla hipotensores, a la hora se valora presión arterial 160/90 mm Hg, se instala sonda vesical con cuantificación de diuresis cada hora y vigilancia de presión arterial al igual cada hora, se solicitan exámenes de laboratorio BH, lo que se encuentra alterado son las plaquetas 193.000% TP, TPT, sin ninguna alteración, EGO se reporta con proteínas +++ y bacterias +++.

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

2.2 PLANEACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Etiquetas Diagnosticas de la NANDA.

2.2.1 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

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

Objetivo: Mantener un equilibrio hidroelectrolítico a través de la administración de líquidos intravenosos y por vía oral.

Cuidados

venopuncion de una vena periférica para inicio de hidratación.

Fundamentacion

. La administración de líquidos y electrolitos por vía intravenosa requiere de atención especial para evitar infecciones, reacciones pirógenas, infiltración local sobrecarga circulatoria, trombo flebitis, embolia o choque por goteo rápido.

Cuidados

- Administración de líquidos parenteral es, solución Hartman de 100 ml, carga rápida.

Fundamentación

- Los electrolitos contribuyen a mantener la relación de presión osmótica.

Cuidados

- Proporcionar líquidos orales y asegurar la ingesta de tres o cuatro vasos al día.

Fundamentación

- Los electrolitos compuestos se disocian en iones en una solución y se convierten en conductores de electricidad. Están constituidos por ácidos base y soluciones. Su distribución es en el espacio extracelular se expresan en miliequivalentes por litro de líquido.

Cuidados

- Medir los líquidos que ingresan al organismo.

Fundamentación

- El control de ingestión de agua depende del mecanismo de la sed mediado por los receptores hipotálamo y cosas y estimulado por el incremento de la osmolaridad sérica (la pernatremia o hiperglucemia), su reducción suprime la sed (hiponatremia).

Cuidados

- Vigilar la ingesta de la dieta hiposódica.

Fundamentación

- La planificación con éxito del cuidado nutricional es una estrategia multidisciplinaria a través del cuidado cotidiano.

Proporcionar proteínas adecuadas: Cinco gramos por kilogramo por 24 horas. Para la preeclampsia incipiente y leve.

Fundamentación

- Las proteínas plasmáticas intervienen en el movimiento de líquido intravascular y extra vascular.

Cuidados

- Vigilar estado de conciencia.

Fundamentación

- Las pacientes con deficiencia prolongada de líquidos y electrolitos muestran alteraciones de la conciencia, causada por la disminución del volumen del líquido intravascular que provoca una menor perfusión de las células cerebrales.

Evaluación

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

2.2.2 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Alto riesgo de lesiones relacionada con la enfermedad hipertensiva del embarazo (Daño neurológico).

Objetivo: Disminuir los signos y síntomas relacionados con el daño neurológico.

Cuidados

- Valorar la presión arterial cada una a cuatro horas utilizando el mismo brazo con la mujer en la misma posición y registrarla en hoja correspondiente.

Fundamentación

- La presión arterial puede variar cada hora. Se eleva como resultado de una mayor resistencia vascular periférica por vaso con selección periférica y espasmo arteriolar.

Cuidados

- Administración de hipotensores prescritos (alfa-metil dopa, hidralazina). Sin interrumpir la administración de líquidos intravenosos.

Fundamentación

- La alfa-metil dopa retardada la transmisión de impulsos por los nervios adrenérgicos. Disminuye las resistencias vasculares periféricas, pero sin alterar la perfusión renal ni el gasto cardiaco. La hidralazina produce la dilatación directa de la musculatura lisa vascular especialmente las arterias. Disminuye las resistencias vasculares periféricas, aumentando el flujo renal cerebral.

Cuidados

- Verificar los reflejos tendinosos profundos dos veces por turno en busca de hiperreflexia al clono.

Fundamentación

- La obtención de reacciones reflejas permite que la enfermera valore la integridad de las vías sensoriales y motoras de los reflejos y de los segmentos específicos de la médula espinal. La hiperreflexia indica y rentabilidad del sistema nervioso central.

Cuidados

- Fomentar el reposo en cama. Alentar a la mujer a que descanse en una habitación oscura y silenciosa.

Fundamentación

- El reposo reduce los estímulos externos. La habitación tranquila ayuda a reducir la estimulación del sistema nervioso central.

Cuidados

- Administración de corticosteroides suprarrenales prescritos (dexametasona).

Fundamentación

- Los esteroides tienen importantes efectos farmacológicos como analgésicos, antiinflamatorios, antialérgicos y antipiréticos.

Cuidados

- Vendaje elástico de miembros pélvicos.

Fundamentación

- El vendaje de miembros pélvicos mantiene una tensión adecuada y disminuye el edema.

Cuidados

- Pesar diariamente, el peso de 1 kg/sem o más durante el segundo trimestre o de 0. 5 kg/sem o más en el segundo trimestre es sugestivo de hipertensión inducida por el embarazo.

Fundamentación

- El aumento de peso y el edema son consecuencia de la retención de sodio y agua.

Evaluación

Con la administración de hipotensores se logra estabilizar la hipertensión, se eliminó un hipotensor, únicamente se sigue administrando hidralazina con el mismo horario y dosis, se continúa vigilando tensión arterial cada dos horas, el edema de miembros pélvicos no ha disminuido pero tampoco ha aumentado.

2.2.3 Diagnóstico de enfermería

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

Objetivo

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

Cuidados

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

Fundamentación

- La explicación sobre las ventajas de la oxigenoterapia y la participación esperada de la paciente disminuyese estado tensional.
- La liberación de secreciones y otro tipo de obstáculos nasales, incrementa el flujo de oxígeno, a aumentar los niveles de oxígeno circulante y mejora la tolerancia a la actividad.
- El libre tránsito de las vías respiratorias es básico para la respiración, favorece la oxigenación y es fundamental en el inicio de la relajación.
- Los latidos del feto tienen una frecuencia cardíaca entre 120 a 160 por minuto rítmico de buena intensidad.
- Los períodos de reposo van al cuerpo un periodo de bajo gasto energético, reduce el consumo de oxígeno y disminuye el riesgo de hipoxia aumentando la tolerancia a la actitud.

Evaluación

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

2.2.4 Diagnóstico de enfermería

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

Objetivo

Mantener a la paciente afebril durante su estancia hospitalaria.

Cuidados

- Monitoreo de signos vitales sobre todo la temperatura.
- Obtener muestras de orina para examen general y cultivo.
- Administrar tratamiento antibiótico por vía intravenosa (ampicilina 1 g cada seis horas).

Fundamentación

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

Evaluación

La paciente se mantuvo afebril.

2.2.5 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

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

Objetivo

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

Cuidados

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

Fundamentación

- Planificar y jerarquizar puede ayudar a mantener la integridad familiar y a reducir el estrés.

- La orientación anticipada puede alertar a sus familiares de los posibles problemas antes de su aparición.

Evaluación

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

2.2.6 Diagnóstico de enfermería

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

Objetivo

Lograr que a la paciente le disminuyan las molestias ocasionadas por mala postura.

Cuidados

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

Fundamentación

- El reposo en cama reduce los estímulos externos.
- El decúbito lateral reduce la presión sobre la vena cava e incrementa el flujo sanguíneo renal y placentaria, reduciendo el edema en la presión arterial.

Evaluación

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

2.2.7 Diagnóstico de enfermería

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

Objetivo

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

Cuidados

- Valorar la información que tiene la paciente sobre su enfermedad.

- Describir la hipertensión inducida por el embarazo, sus consecuencias para la paciente y el feto.
- Enseñarle a identificar los factores de riesgo que puedan controlarse.

Fundamentación

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

Evaluación

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

2.2.8 Diagnóstico de enfermería

Déficit y actividades recreativas, relacionadas con su hospitalización.

Objetivo

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

Cuidados

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

Fundamentación

- El personal de enfermería puede emplear sus conocimientos de información hacia la paciente para planear su intervención.
- Los pacientes son más proclives a incrementar la actividad y seguridad cumpliendo con el plan de ejercicio si están asesorados por un profesional sanitario.
- El material de lectura le sirve de distracción.

Evaluación

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

CONCLUSIONES

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

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

Con relación a los cuidados de enfermería, se considera que fueron adecuadas, pero que se les debe brindar continuidad para que en forma global puedan derivar en los mejores

resultados para la paciente, para que se incorpore a su vida cotidiana con el menor número de complicación posible o recuperada totalmente.

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

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

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

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

SUGERENCIAS

El proceso atención de enfermería es un instrumento que en la actualidad para la enfermera profesional implica cambiar y crecer en el ámbito laboral, ya que es de gran utilidad para llevar un buen manejo de nuestro cliente. Y lo debemos saber elaborar todas y cada una de las enfermeras, donde implique independencia, disposición a correr riesgos y responsabilidades de los propios actos, así como autodeterminación y autoreglamentación.

Con la aplicación del proceso se delimita el campo de acción específico de la enfermería y con ello se demuestra que la enfermería realiza numerosas acciones que van más allá del cumplimiento de una prescripción médica.

Es por eso que exhorto a todas las compañeras a llevarlo a cabo y así poder representar un poder potencial dentro del hospital.

GLOSARIO

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

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

Femorocutáneo. Relativo al fémur o muslo y la piel.

Gametogénica. Fase del ciclo evolutivo del plasmodio en el hombre, con formación de gametos sitios masculinos y femeninos.

Genitocrural. Relativo a los órganos genitales y muslo.

Hiperglucemia. Exceso de glucosa en la sangre.

Hipernatremia. Cantidad muy abundante de sodio o de sus sales en la sangre.

Hiponatremia. Deficiencia de sales de sodio en la sangre.

Infundibulo pélvica. Excavación pélvica.

Mesosalpinx. Repliegue peritoneal que sostiene la trompa de Falopio.

Pampini Form. En forma de pámpano.

Retiniano. Perteneiente o relativo a la retina.

Osmolaridad. Concentración disoluto por unidad de solvente.

BIBLIOGRAFÍA

COLLIERE, Marie Francois, "Promover la vida", editorial interamericana, primera edición, 1996, pp. 208.

ELLEN Baily, LLOYD Mry, "Manual de la enfermería" editorial océano, edición original. Pp. 1168.

FERNÁNDEZ Ferrer Carmen "el proceso de atención de enfermería". Editorial masón-Salvat, primera edición, España 1993 pp. 542.

GRANT Norman F. "Manual de ginec obstetricia", editorial manual moderno. Primera edición, 1995pp. 545-551.

IYER Patricia W. TAPTICH B. J. Bernocchi. "Proceso y diagnóstico de enfermería". Editorial interamericana, tercer edición, México, Distrito Federal, 1997, pp. 444.

MARRINER Tomwy Alligood, "Modelos y teorías de enfermería". Mosloy – Editorial Harcourt Brace, cuarta edición, España 1998. Pp. 649.

MERCADO Salvador "¿cómo elaborar una tesis, tesina, informes, memorias, seminario de investigación y

monografías?". Editorial Limusa tercera edición, México 2002.

MONDRAGON C. Héctor. "Ginecología básica ilustrada" editorial Trillas, tercer edición agosto 2000,pp. 478.

NANDA, "Diagnósticos enfermeros definiciones y clasificaciones". Editorial Edide,S. L. edición 2007-2008, pp. 288.

OLDS, London, Ladewig "Enfermería materno infantil. Editorial interamericana, cuarta edición, 1995.

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

RODRÍGUEZ S. Bertha "proceso enfermero". Ediciones Cuéllar, segunda edición, Guadalajara Jalisco, 2002, p. p. 276.

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