



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

---

---

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA  
APLICADO A UNA MUJER CON UN EMBARAZO DE 38.9 SDG CON  
ALTERACION EN LAS NECIDADES DE: ELIMINACION Y  
PREVENCION DE PELIGROS.

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
P R E S E N T A.  
**MIRIAM PEREZ CORTEZ**

No. CUENTA: 4 0 6 1 1 7 3 0 8



ASESORA: PROFESORA ANGELINA RIVERA MONTIEL

MEXICO, D.F.

2009



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## **INDICE**

### INTRODUCCIÓN

I. Objetivos	5
1.1 General	5
1.2 Específicos	5
II. MARCO DE REFERENCIA	6
2.1 Proceso de Atención de Enfermería	6
2.1.1 Concepto	6
2.1.2 Antecedentes	7
2.1.3 Valoración	10
Concepto	10
Objetivo	11
Tipos de valoración	11
Fuentes de Información	12
Métodos y técnicas de valoración	12
Instrumentos de registro	13
2.1.4 Diagnóstico de Enfermería	14
Concepto	14
Antecedentes (NANDA)	14
Clasificación	16

Componentes (Estructura NANDA): Factores relacionados, características definitorias	17
Formato PES	23
2.1.5 Planeación	25
Concepto	25
Objetivo	25
Clasificación de las intervenciones	25
Criterios de resultado (concepto y objetivo)	
2.1.6 Ejecución	26
Concepto	26
Objetivo	26
2.1.7 Evaluación	27
Concepto	27
Objetivo	28
2.2 Necesidades Fundamentales de Virginia Henderson	29
2.2.1 Antecedentes de formación	29
2.2.2 Elementos más Importante de su Teoría	31
Necesidad	32
Independencia	33
Dependencia	33
Rol de Enfermería	34

Tipos de rol de enfermería	34
Causas de dependencias (físicas, psicológicas, espirituales, culturales)	35
Las 14 necesidades de Virginia Henderson.	35
2.2.3 Preeclampsia	35
2.2.4 Ansiedad.	45
2.2.5 Dolor	48
III.-METODOLOGIA	49
3.1 Valoración	49
3.2 Diagnostico de Enfermería	49
3.3 Planeación	49
3.4 Ejecución	50
3.5 Evaluación	50
IV APLICACIÓN DEL PROCESO	51
Conclusiones	69
Sugerencias	71
Bibliografía	72

## **I.-OBJETIVOS.**

### **I. 1I.-OBETIVOS GENERALES**

-Aplicar conocimientos adquiridos con la finalidad de identificar los diagnósticos precisos de enfermería a la persona a afectada con este padecimiento.

-Aplicar el proceso atención enfermería en forma metodológica con la finalidad de que las intervenciones de enfermería contribuyan a limitar el daño, evitar complicaciones integrar al paciente al núcleo familiar y social.

-Aplicar el proceso atención enfermería con la finalidad de buscar formas de mejorar la satisfacción mediante los cuidados de salud.

-A través de Proceso de Atención de Enfermería, ayudar a la embarazada a satisfacer su necesidad de alteración en el estado de salud relacionado a preclampsia

### **I.2.-OBJETIVOS ESPECIFICOS**

-Aplicar los pasos de proceso atención de enfermería como son: valoración, diagnóstico, planeación y ejecución.

-Elaborar un plan de cuidados organizado en forma prioritaria.

-Fundamentar las acciones de enfermería para conocer los efectos positivos y negativos hacia el paciente.

-Limitar el daño y evitar complicaciones mediante la aplicación del proceso.

## **II.-MARCO DE REFERENCIA.**

### **2. I-PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.**

#### **2. I.I-CONCEPTO:**

El proceso de atención de enfermería es un método sistemático para brindar cuidados eficaces y eficientes orientados al logro de objetivos. Es organizado y sistemático porque consta de cinco pasos secuenciales e interrelacionados que son: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. En los cuales se realizan acciones intencionadas, pensando para maximizar los resultados a largo plazo. Esta caracterizado por su humanidad porque el plan de cuidados se desarrolla y se pone en práctica, de tal forma que los intereses e ideales únicos del paciente y de las personas significativas para él, reciban la mayor consideración. El proceso atención de enfermería, se basa principalmente en la idea de que el éxito de los cuidados se mide por el grado de eficiencia, el grado de satisfacción y progreso del paciente. El proceso de enfermería, tal y como se describe se basa en principios y reglas que se ha comprobado efectivos en la promoción de calidad de los cuidados, la eficiencia y satisfacción del paciente, si se dedica el tiempo necesario para aprender y aplicar estos principios en las situaciones de la vida diaria, se podrá mejorar la capacidad para solucionar los problemas, tomar decisiones y maximizar las oportunidades y recursos, se podrá tener satisfacción para lograr los objetivos fáciles de los cuidados de enfermería, que son:

- Promover, mantener, o en el caso de enfermedades terminales lograr una muerte tranquila.
- Permitir a las personas manejar sus propios cuidados de salud.
- Proporcionar unos cuidados de calidad y a un coste efectivo.
- Buscar la forma de mejorar la satisfacción mediante los cuidados de salud.

En concreto el proceso de enfermería es un método empleado por las enfermeras para efectuar el diagnóstico y tratamiento de problemas de salud reales y potenciales. El proceso de enfermería se centra en dos tipos de problemas de salud:

1.- Los que las enfermaras tratan independientemente, problemas relacionados con el funcionamiento humano a consecuencia de los efectos de la enfermedad, traumatismos o cambios vitales.

2.- Los que las enfermaras tratan en colaboración con los médicos, problemas relacionados con la estructura y función de los órganos o sistemas que requieren acción prescritas por los médicos.

## **ETAPAS**

1.-Valoración.

2.-Diagnostico.

3.-Planificación

4.-Ejecución.

## **2.1.2- ANTECEDENTES**

La Primera Escuela de enfermería de Salud Pública en Gran Bretaña, o la del Dr. Calmette en Francia, hay que considerar sobretodo la de Lilian Wald en EE.UU., la enfermera que transformó a la enfermera visitadora en enfermera comunitaria, y quien acuñaría el termino “enfermera de salud publica”: Las enfermeras se verían involucradas en un nuevo campo: se investigarían los casos de inquilinos desahuciados, los niños que no asistían a la escuela etc. Y es que si Florence Nigghtingale creó la idea de la enfermería científica, Wald lo llevará a la práctica definiendo claramente el concepto de enfermera para el ciudadano. No fue la primera en poner enfermeras de distritos en el terreno pero sí en que su sistema se basara en la independencia del servicio de enfermería. Pionera de la enfermera al servicio de la comunidad, fundadora del New York City’s Visiting Nurse Service y del Centro socio sanitario de la calle Henry, (instituciones aun en vigor), primera presidenta de la Organización Nacional de Enfermeras de Salud Pública, promotora e impulsora de la figura de la enfermera comunitaria escolar, líder influyente en la nación estadounidense, abanderó causas desde 1893 hasta su muerte en 1940.

En España destaca una figura: la de Concepción Arenal (1820 – 1893), considerada como fundadora de la visita domiciliaria en España. Sus planteamientos se concentraban en sintonía con los defendidos por el colectivo de mujeres que colaboraron con el movimiento sanitarista británico (1850 \_18909. Sin



embargo, las ideas anglosajonas no tuvieron mucho eco entre las enfermeras españolas; al menos las que fueron puestas en práctica nunca tuvieron el carácter global de profesionalidad, continuidad o dedicación que se dio en dichos países, tardando muchas décadas en hacerse realidad la actividad profesional de la visitadora sanitaria.

La lucha de las enfermeras por definir el campo de la profesionalización y con el objetivo de obtener un estatus profesional enfocó sus investigaciones hacia el desarrollo del diagnóstico de enfermería. De esta forma la American Nursing Association (ANA) apoyó e impulsó el diagnóstico de enfermería puesto que el campo de acción iba aumentando en la promoción de la salud y por ello se destacaba la necesidad de obtener comunicación más apropiada entre los profesionales de enfermería y así asegurar la atención y un cuidado integral que es la meta de este proceso.

Aunque el Proceso de Enfermería está siendo utilizado por las enfermeras desde hace dos décadas, ha sido en los últimos 5\_10 años que se ha experimentado un enorme desarrollo. Linda Carpenito, señala que la maestría y eficiencia de la actuación de enfermería depende de la utilización exacta del Proceso de Enfermería, así mismo completa que una enfermera experta en esta técnica de solución de problemas puede actuar con habilidad y éxito con sus clientes en cualquier escenario donde se desarrolle su práctica.

En la actualidad existen diversas publicaciones sobre el Proceso de Enfermería, que muestran deferentes enfoques de su aplicación, pero son escasos los que profundizan en cada una de sus etapas.

En los últimos años el Proceso Atención Enfermería, ha sido ratificado como el método de elección para el cuidado de enfermería: por ejemplo la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1997, declara que El proceso Atención de Enfermería es un término que se aplica a un sistema de intervenciones propias de enfermería sobre la salud de los individuos, las familias, las comunidades o ambos.

En el caso de México, la Secretaria de Educación Pública y la Dirección General de Profesiones (1999), publican el documento denominado "Progresión XX \_ XXI de las profesiones" en él se menciona que El Proceso Atención de Enfermería será el instrumento utilizado por la totalidad del personal a través del cual se aplicará la lógica del conocimiento científico, el razonamiento para el trabajo de enfermería, en el mismo documento se refiere que el egresado En el programa de enfermería en el siglo XXI.... Empleará con habilidad el método de enfermería.

De igual manera, el impacto que tiene el Proceso Atención de Enfermería para la práctica profesional se ve reflejado en las políticas referentes a la calidad del Cuidado.

Actualmente el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) ha elaborado la Clasificación Internacional para la practica de enfermería (ICNP), la cual es un sistema de lenguaje unificado que aporta la terminología necesaria para representar los diagnósticos, las intervenciones y los resultados de enfermería, con el propósito de dar soluciones regionales, nacionales e internacionales para normalizar la terminología de esta disciplina.

Por otro lado, a partir de las políticas internacionales de globalización de mercados y apertura de fronteras, México, Estados Unidos y Canadá llevaron acabo la firma del Tratado de Libre Comercio (TLC), originando la movilidad profesional, circunstancia que condicionó que nuestro país redefiniera sus políticas en materia de servicios profesionales, propiciando que el gobierno federal impulsara la Cruzada Nacional por los Servicios de Salud, a partir de la cual la Secretaria de Salud emprendió estrategias y líneas de acción para garantizar la calidad profesional, que en el caso particular de enfermería han sido promovidas a través de la Comisión Interinstitucional de Enfermería (CIE).

## **2. I.3.-VALORACIÓN.**

### **CONCEPTO**

La valoración es el primer paso de la identificación del problema cuando se reúne toda la información que permita formar una idea clara del estado de salud del paciente. Durante la fase de valoración, se realizan actividades específicas que le ayudaran a encontrar la información que se necesita para comprender los problemas y tomar decisiones sobre el plan de cuidados, estas actividades son:

**RECOGIDA DE DATOS:** Reunir la información sobre el paciente.

**VALIDACION DE DATOS:** Asegúrese de que la información que posee sea exacta.

**ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS:** Organizar los datos en grupo de información que ayudaran a identificar patrones de salud o enfermedad.

**IDENTIFICACION DE PATRONES O COMPROBACION DE LAS IMPRECIIONES INICIALES:** Tomar una decisión tentativa sobre lo que pueden significar ciertos patrones de información para comprender mejor la situación.

**COMUNICACIÓN O ANOTACION DE LOS DATOS:** Comunicar y registrarlas anomalías para acelerar el tratamiento, registrar los datos de la valoración para comunicar el estado actual de salud. La información recogida en este contacto inicial proporciona la base para determinar el estado de salud actual y establecer un plan inicial de cuidados. La información reunida en los encuentros posteriores no solo le aportara datos sobre la situación de salud, sino también como responde la persona al plan de cuidados.

La recogida completa de datos implica la utilización de muchos recursos diferentes no obstante se deben considerar al paciente como la principal fuente de información. En concreto se resume las fuentes para reunir datos:

- Paciente/cliente (fuente de información).
- Familia/otras personas significativas.
- Registros de enfermería.
- Registro de médicos.
- Consultas verbales/escritas.
- Registro de los estudios diagnósticos.
- Bibliografía relevante.

Habitualmente, la recogida completa de datos se lleva acabo en tres fases:

1. antes de ver al paciente: esto es leer la historia del paciente para familiarizarse con los tipos de problemas que podría encontrar.
2. Mientras esta con el paciente: entrevistar, examinar y observar al paciente, mientras se realiza la valoración.
3. Después de ver al paciente: se revisan los recursos que se han utilizado y determinar que otras fuentes que pueden ofrecer información adicional.

### **OBJETIVO**

Crear una base de datos sobre respuestas de un cliente ante la salud o enfermedad con el fin de los cuidados de enfermería que necesita el cliente.

### **TIPOS DE VALORACIÓN**

La recogida completa de datos incluye dos tipos de valoración de enfermería:

1.-Valoración de los datos básicos: se realiza durante la entrevista inicial con el paciente para reunir información sobre todo los aspectos de su estado de salud. Esta información, también llamada base datos de referencia. La valoración de los datos básicos debería ser planificada, sistemática y completa para promover la recogida de datos sobre todo los aspectos de salud del paciente.

2.-Valoración focalizada: se realiza para reunir información detallada sobre un problema específico, se denomina así para reunir información específica sobre un solo aspecto o problema, es el principal método de la valoración cotidiana. Es decir, tras identificar un problema tendrá que realizar valoraciones focalizadas periódicas para controlar su estado.

3.-Valoración de urgencia: se realiza durante cualquier crisis fisiológica o psicológica del cliente, identifica problemas que amenazan la vida.

4.-Valoración después de un tiempo, se realiza varios meses después de estudio inicial su finalidad es comparar la evolución del cliente con los datos basales obtenidos anteriormente.

## **METODOS Y TECNICAS DE VALORACIÓN**

Como establecer una valoración en donde haya una relación de confianza.

Organizarse: si se sabe lo que quiere hacer será más competente, estará más confiada y será capaz de centrarse en el paciente en lugar de dedicar su atención a organizarse. No es muy conveniente fiarse de la memoria, es más preciso tener un plan escrito o impreso para guiar las preguntas que se formularan.

Planificar tiempo suficiente: la entrevista al ingreso del paciente es de entre media hora y una hora. Si esta de responsable con otros pacientes, pida a otra enfermera que la apoye atendiendo su trabajo.

Asegure la intimidad: se debe proporcionar al paciente un entorno tranquilo, privado, sin interrupción o distracción.

Centre su atención: dedique unos minutos a vaciar su mente de otra preocupación (otros deberes, otros pacientes o preocupaciones personales).

Véase así misma como segura, afectuosa y atenta: contemplarse bajo esta perspectiva le ayudara hacer segura, afectuosa y atenta, así transmitirá al paciente que hay interés.

Cuando inicie la entrevista es importante no olvidar una serie de pasos que se muestra a continuación:

- Diga la persona su nombre y posición.
- Verifique el nombre de la persona y pregúntele como le gusta que le llamen.
- Explíquelo brevemente su propósito.

Durante la entrevista se debe:

- Mantener un buen contacto.
- No tener prisa.
- Detecte las claves del comportamiento no verbal.
- Guardar las preguntas delicadas o personales hasta conocer a la persona.

¿Cómo escuchar a los pacientes mientras se les valora?

- Sea un oyente empático.
- Emplee expresiones suplementarias: que ayuden a la persona a demostrarle que usted la está escuchando y que la motiven a seguir.
- Preste atención a los sentimientos como a las palabras.
- Hágale notar a la persona cuando el lenguaje corporal envíe un mensaje contradictorio con lo que dice verbalmente.
- Deje que la persona acabe las frases.
- Sea paciente si la persona tiene un bloqueo de la memoria.
- Evite el impulso de interrumpir.
- Permita pausas en la conversación.

## **INSTRUMENTOS DE REGISTRO**

Hay varias formas de organizar y diseñar un instrumento de valoración para mantener un enfoque de enfermería. Hay dos factores principales que influyen en la manera de organizar y diseñar un instrumento de valoración:

1.-El modelo o teoría de enfermería que la escuela o centro haya adoptado (p.ej., teoría de auto cuidado, respuestas humanas, etc.).

2.-Las necesidades y problemas que se encuentran comúnmente en una unidad específica (p.ej., el instrumento de la unidad de maternidad es distinto del de la unidad de geriátrica, por las necesidades y problemas que se encuentran con más frecuencia son distintos).

Cómo se organiza un instrumento de valoración y qué información se obtiene al completarlo influye en su habilidad para recoger datos relevantes.

Disponer de un instrumento basado en un modelo de enfermería y adoptado para recoger información específica sobre los problemas más frecuentes puede ser la clave para obtener los datos pertinentes.

- **Informes médicos:** historia clínica, exploración física, notas sobre la evolución y consultas.
- **Informes sobre el tratamiento de otros profesionales sanitarios:** asistencias sociales, especialistas en nutrición, dietistas o fisioterapeutas.
- **Datos de laboratorio:** pruebas de laboratorio y pruebas diagnósticas complementarias.

## 2. I.4.- DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

### CONCEPTO

Juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud reales o potenciales y a procesos de vida. Los diagnósticos de enfermería proporcionan la base para la selección de intervenciones de enfermería con el fin de lograr los objetivos que son responsabilidad de la enfermera (NANDA 1990).

**OBJETIVO:** identifican las respuestas reales o posibles que se considera ocasionan problemas al paciente.

### ANTECEDENTES (NANADA)

Acontecimientos clave que han influido en la evolución del papel de la enfermera como diagnosticadora.

1985            Se crea la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), cuando el The National Conference Group for the Clasificación of the Nursing Diagnosis pasa a denominarse

NANADA y se abre a la participación de todas las enfermeras (Hurley, 1986). Se crea un comité para la taxonomía con el fin de determinar un método de agrupación de los diagnósticos para estudiar las diferencias y similitudes entre ellos. Los miembros de NANDA incluyen enfermeras de EE.UU. Canadá. La NANDA se reúne cada dos años para presentar el trabajo del comité permanente, intercambiar ideas y problemas, proporcionar educación continuada y presentar los nuevos diagnósticos sometidos a su consideración. Tras la conferencia, de los miembros votan por correo la aceptación de cada diagnóstico para su estudio.

- 1986 Los miembros de la NANDA aprueban la Taxonomía I, que consiste en nueve <<patrones de respuesta humana >> como método para clasificar los diagnósticos con propósito de estudio de investigación. Se promueve el uso de esta taxonomía entre los miembros para su valoración, perfeccionamiento, revisión y expansión. Muchas enfermeras asistenciales prefieren utilizar los patrones funcionales de salud de Gordon, consideran de mayor utilidad en el área clínica.
- 1987 Mientras que algunos autores han definido el diagnóstico de enfermería en sus publicaciones, los representantes profesionales muestran su preocupación por el hecho de que no existe un consenso o definición oficial. Teniendo en cuenta que las enfermeras deben ejercer su práctica dentro de ámbito de la enfermería tal como lo definen las leyes, Gordon y Carpenito advierten que las enfermeras deben utilizar el término diagnóstico de enfermería sólo cuando se refieran a problemas que requieran intervenciones independientes; Carpenito recomienda emplear el término problema interdependiente cuando se trate de problemas que requieran prescripción médica (Carpenito, 1987; Gordon, 1987).
- 1990 Con el voto de la mayoría de sus miembros, la NANDA acepta una definición formal para el diagnóstico de enfermería. La NANDA define el diagnóstico de salud. La ANA confirma el trabajo de la NANDA como la taxonomía diagnóstica oficial, y somete a la Organización Mundial de la Salud (OMS) una lista de los diagnósticos de enfermería bajo el título de <<Condiciones

que requieren cuidados de enfermería>>) para su posible inclusión en la revisión en la revisión de la Internacional Clasification of Diseases (10ª ed.) (Fitzpatrick, 1991; Warren & Hoskins, 1990).

- 1991 La ANA publica los Standards of Clinical Nursing Practice, una revisión de los estandares publicados en 1973, que aborda los estandares de cuidados (valoración, diagnóstico, identificación de objetivos, planificación, ejecución y evaluación) y de ejercicio profesional (calidad de los cuidados, valoración del trabajo realizado, educación, ética, colaboración, investigación y utilización de los recursos):
- 1992 En la conferencia de la NANDA, los asistentes expresan cuatro preocupaciones principales: a) La necesidad de que la NANDA contemple todos los problemas que la enfermera s diagnostican, no sólo aquellos que requieren una actuación independiente de las enfermeras, b) La necesidad de una terminología sencilla que pueda por otras profesiones y traducirse con más facilidad a otros idiomas, c) La necesidad de recordar a las enfermeras asistenciales que la lista de la NANDA consta de <<diagnósticos aceptados>>, d)La necesidad de seguir investigando para validar y perfeccionar los diagnósticos aceptados en la lista. Entre los miembros de la NANDA hay enfermeras de España, Francia, Japón, Australia y Holanda. Estos países han creado sus propias organizaciones para estudiar los diagnósticos de enfermería. Brody, Cardenito, Jones y Fitzpatrick (1992) publican un artículo de opinión en el que abordan el problema de las diversas interpretaciones del término diagnóstico de enfermería. Resaltan dos cosas: a) La definición de la NANDA, que vincula los diagnósticos con las actuaciones y los resultados, busca específicamente identificar y diferenciar los diagnósticos de enfermería de otros juicios clínicos que hacen las enfermeras; b) Los diagnósticos de enfermería deberían atizarse sólo para los problemas en los que las enfermeras asumen la responsabilidad total de coordinar el tratamiento para lograr los objetivos; si el problema requiere compartir esa responsabilidad, debería considerarse como un diagnóstico interdependiente. Sugieren titular la lista de la NANDA Condiciones que requieren cuidados de enfermaría y diferenciar entre diagnósticos de enfermería y



diagnósticos interdependientes. La mayoría de las enfermeras prefieren utilizar los términos de diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes en vez de diagnóstico interdependiente.

- 1993 El Consejo Internacional de Enfermería (CIE) organiza un grupo de trabajo (The International Council Of Nursing Practice) para elaborar un documento que incluya los diagnósticos de enfermería, objetivos y actividades publicados en cualquier país (comunicación verbal de L. Cardenito, agosto de 1993).

**CLASIFICACIÓN DE DIAGNOSTICO:** Hay 7 ejes del modelo de diagnostico enfermero NANDA.

- EJE 1 concepto diagnostico
- EJE 2 sujeto del diagnostico (persona, familia o comunidad)
- EJE 3 juicio (deteriorado, inefectivo)
- EJE 4 localización (vejiga, auditivo cerebral).
- EJE 5 edad (lactante niño, adulto)
- EJE 6 tiempo (agudo, crónico, intermitente).
- EJE 7 estado del diagnostico: real, de riesgo, de salud, de promoción a la salud)

**ETIQUETAS DIAGNÓSTICAS DE LA NANDA SEGÚN LAS NECESIDADES HUMANA (Publicación-2006-2008)**

- **DIAGNOSTICOS DE LA NANDA**  
CODIGOS DIAGNÓSTICOS  
Taxonomía II  
1. RESPIRACIÓN  
Gasto cardíaco, disminución del  
00030 Intercambio gaseoso, deterioro del  
00031 Vías aéreas, limpieza ineficaz de las  
00032 Patrón Respiratorio ineficaz  
00033 Respiración espontánea, deterioro de la  
00034 Destete del ventilador, respuesta disfuncional al  
00036 Asfixia, riesgo de  
00039 Aspiración, riesgo de

## II. ALIMENTACION / HIDRATACION

### CODIGOS DIAGNÓSTICOS

#### Taxonomía II

00001 Desequilibrio Nutricional por exceso  
02 Desequilibrio Nutricional por defecto

00003 Riesgo de desequilibrio Nutricional por exceso  
00025 Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos  
00026 Líquidos, exceso de volumen de  
00027 Líquidos, déficit de volumen de  
00028 Líquidos, riesgo de déficit de volumen de  
00048 Deterioro de la dentición  
00102 Déficit de auto cuidado, alimentación  
00103 Deglución, deterioro de la  
00104 Lactancia materna ineficaz  
00105 Interrupción de la Lactancia materna  
00106 Lactancia materna eficaz  
00107 Alimentación ineficaz del lactante, patrón de  
00134 Nauseas

## III. ELIMINACION

### CODIGOS DIAGNÓSTICOS

#### Taxonomía II

00011 Estreñimiento  
00012 Estreñimiento subjetivo  
00013 Diarrea  
00014 Fecal, incontinencia  
00015 Riesgo de Estreñimiento  
00016 Eliminación Urinaria, deterioro de la  
00017 Incontinencia urinaria: de esfuerzo  
00018 Incontinencia urinaria: refleja  
00019 Incontinencia urinaria: de urgencia  
00022 Incontinencia urinaria de urgencia, riesgo de  
00020 Incontinencia urinaria: funcional

00021 Incontinencia urinaria: total  
00023 Urinaria, retención  
00110 Déficit de Auto cuidado, uso del WC

#### IV. MOVILIZACIÓN

##### CODIGOS DIAGNÓSTICOS

Taxonomía II

00040 Síndrome Desuso, riesgo de  
00085 Movilidad física, deterioro de la  
00086 Disfunción Neurovascular periférica, riesgo de  
00088 Deterioro de la de ambulación  
00089 Deterioro de la movilidad en silla de ruedas  
00090 Deterioro de la habilidad para la traslación  
00091 Deterioro de la movilidad en la cama  
00092 intolerancias a la Actividad  
00093 Fatiga  
00094 Intolerancia a la Actividad, riesgo de

#### V. REPOSO / SUEÑO

##### CODIGOS DIAGNÓSTICOS

Taxonomía II

00095 Patrón de Sueño, deterioro del  
00096 Depravación de sueño

#### VI. VESTIRSE

##### CODIGOS DIAGNÓSTICOS

Taxonomía II

00109 Déficit de Auto cuidado, vestido / acicalamiento

#### VII. TEMPERATURA

##### CODIGOS DIAGNÓSTICOS

Taxonomía II

00005 Temperatura corporal, riesgo de desequilibrio de la

00006 Hipotermia  
00007 Hipertermia

00008 Termorregulación ineficaz

## VIII. HIGIENE / PIEL

### CODIGOS DIAGNÓSTICOS

Taxonomía II

00024 Perfusión Tisular, inefectiva. (Especificar: renal, cerebral, cardiopulmonar, gastrointestinal, periférica)  
00044 Integridad Tisular, deterioro de la  
00045 Mucosa Oral, deterioro de la  
00046 Integridad Cutánea, deterioro de la  
00047 Integridad Cutánea, riesgo de deterioro de la  
00108 Déficit de Auto cuidado, baño / higiene

## IX. SEGURIDAD

### CODIGOS DIAGNÓSTICOS

Taxonomía II

00004 Infección, riesgo de  
00009 Disreflexia autónoma  
00010 Disreflexia autónoma, riesgo de  
00035 Lesión, riesgo de  
00037 Intoxicación, riesgo de  
00038 Traumatismo, riesgo de  
00041 Respuesta alérgica al látex  
00042 Riesgo de respuesta alérgica al látex  
00043 Protección Inefectiva  
00049 Capacidad adaptativa intracraneal disminuida  
00050 Perturbación del campo de energía  
00060 Procesos Familiares, interrupción de los  
00061 Rol de cuidador, cansancio en el desempeño del  
00062 Rol de cuidador, riesgo de cansancio del  
00071 Afrontamiento defensivo  
00072 Negación ineficaz  
00078 Régimen Terapéutico, manejo inefectivo del  
00079 Incumplimiento del tratamiento (especificar)

00080 Manejo inefectivo del régimen terapéutico familiar  
00081 Manejo inefectivo del régimen terapéutico de la comunidad

00082 Manejo efectivo del régimen terapéutico  
00087 Riesgo de lesión peri operatoria  
00100 Retraso en la recuperación quirúrgica  
00101 Incapacidad del adulto para mantener su desarrollo  
00111 Crecimiento y desarrollo, retraso en el  
00112 Riesgo de retraso en el desarrollo  
00113 Riesgo de crecimiento desproporcionado  
00114 Estrés del Traslado, síndrome de  
00128 Confusión aguda  
00129 Confusión crónica  
00130 Trastorno de los procesos de pensamiento  
00131 Deterioro de la memoria  
00132 Dolor agudo  
00133 Dolor crónico  
00135 Duelo disfuncional  
00136 Duelo anticipado  
00137 Aflicción crónica  
00138 Violencia dirigida a otros, riesgo de  
00139 Auto mutilación, riesgo de  
00140 Violencia autodirigida, riesgo de  
00141 Síndrome Post-traumático  
00142 Violación, síndrome traumático de la  
00143 Violación, síndrome traumático de la: reacción compuesta  
00144 Violación, síndrome traumático de la: reacción silente  
00145 Síndrome postraumático, riesgo de  
00146 Ansiedad  
00148 Temor  
00149 Síndrome de estrés del traslado, riesgo de  
00150 Riesgo de suicidio  
00151 Auto mutilación  
00152 Impotencia, riesgo de  
00153 Riesgo de baja autoestima situacional  
00155 Riesgo de caídas

## X. COMUNICACIÓN

### CODIGOS DIAGNÓSTICOS

## Taxonomía II

00051 Comunicación verbal, deterioro de la  
00052 Interacción Social, deterioro de la  
00053 Aislamiento Social  
00054 Riesgo de soledad  
00058 Riesgo de deterioro de la vinculación entre los padres y el lactante  
00059 Disfunción Sexual  
00063 Procesos familiares disfuncionales: Alcoholismo  
00065 Patrones Sexuales inefectivos  
00069 Afrontamiento inefectivo  
00073 Afrontamiento familiar incapacitante  
00074 Afrontamiento familiar comprometido  
00076 Disposición para mejorar el afrontamiento de la comunidad  
00077 Afrontamiento inefectivo de la comunidad  
00122 Trastorno de la Percepción Sensorial, (Especificar: visual, auditiva, cinestesia, gustativa, táctil, olfatoria)  
00127 Síndrome de deterioro en la interpretación del entorno  
00154 Vagabundeo  
00123 Desatención unilateral

## XI. RELIGION / CREENCIAS

### CODIGOS DIAGNÓSTICOS

#### Taxonomía II

00066 Sufrimiento Espiritual  
00067 Riesgo de sufrimiento espiritual  
00068 Disposición para mejorar el bienestar espiritual  
00083 Conflicto de Decisiones, (especificar)  
00124 Desesperanza  
00125 Impotencia  
00147 Ansiedad ante la muerte

## XII. TRABAJAR / REALIZARSE

### CODIGOS DIAGNÓSTICOS

#### Taxonomía II

00055 Desempeño Inefectivo del Rol

00056 Deterioro Parental  
00057 Deterioro Parental, riesgo de  
00064 Rol Parental, conflicto del  
00070 Adaptación, deterioro de la  
00084 Conductas generadoras de Salud, (especificar)  
00098 Mantenimiento del Hogar, deterioro en el  
00099 Mantenimiento inefectivo de la Salud  
00118 Imagen corporal, trastorno de la  
00119 Baja Autoestima crónica  
00120 Baja Autoestima situacional  
00121 Identidad personal, trastorno de la

### XIII. ACTIVIDADES LÚDICAS

#### CODIGOS DIAGNÓSTICOS

Taxonomía II

00097 Actividades recreativas, déficit de

### XIV. APRENDER

#### CODIGOS DIAGNÓSTICOS

Taxonomía II

00075 Afrontamiento familiar: disposición para mejorar el

00126 Conocimientos deficientes, (especificar)

#### 1.- Enunciado del problema (Etiqueta diagnóstica)

El objetivo de la etiqueta diagnóstica, describe el problema de salud o la respuesta del individuo, para el cual se está administrando el tratamiento de enfermería, guía a la elaboración de objetivos y de criterios de resultado tras las intervenciones de enfermería.

Toda etiqueta diagnóstica aprobada por la NANDA lleva una definición que explica las características de la respuesta humana que se está considerando.

Las definiciones o (calificadores) son palabras que se han añadido a algunas etiquetas de la NANDA, y para completar el significado del enunciado diagnóstico:

- Alteración: Se ha producido un cambio con respecto a la situación inicial.
- Deterioro: Evolución peor, debilitamiento, lesión, deterioro, reducción.
- Disminución: menor tamaño, menor cantidad, menor grado.
- Inefectivo o ineficaz: Que no produce un efecto deseado.
- Agudo: Grave o corta duración.

- Crónico: De larga duración, recurrente, constante.

## 2.-Etiología: (Factores relacionados y factores de riesgo)

El componente etiológico del diagnóstico identifica una o más causas probables del problema de salud, orienta el tratamiento de enfermería y permite a la enfermera individualizar la atención del cliente. En la etiología pueden incluirse comportamientos del cliente, los factores ambientales o la interacción de ambos.

La NANDA utiliza el término factor relacionado para describir la etiología o causa probable de los diagnósticos de enfermería reales.

El factor de riesgo se utiliza para describir la etiología de diagnósticos de enfermería de riesgo (potenciales) porque no hay signos subjetivos ni objetivos.

## 3.- Características definitorias

Son el conjunto de signos y síntomas que indican la presencia de una etiqueta diagnóstica concreta, sugieren criterios de resultados y también pueden orientar a las intervenciones de enfermería.

En el caso de diagnósticos reales, las características definitorias son signos y síntomas del cliente.

En el caso de diagnósticos de riesgo, las características definitorias son las mismas que la etiología: los factores de riesgo que determinan que el paciente sea más vulnerable de lo "normal" al problema.

## TIPOS DE DIAGNOSTICOS:

### a) REAL

Es un juicio sobre la respuesta de un paciente a un problema de salud que existe en el momento de la valoración de enfermería.

Se basa en la presencia de los signos y síntomas asociados. Son ejemplo de ello el *patrón respiratorio ineficaz y ansiedad*.

### b) RIESGO

O potencial según definición de la NANDA, es un juicio clínico de que un paciente es más vulnerable a un determinado problema que otros, en situación igual o parecida.

### c) DE SALUD

Se refiere a una respuesta saludable por parte de un paciente que desea un mayor nivel de salud.



Estructura del diagnóstico de enfermería.

**LOS COMPONENTES ESENCIALES DE LOS DIAGNÓSTICO ENFERMEROS SON, EN BASE AL FORMATO PES, SON LOSSIGUIENTES:**

**PROBLEMA DE SALUD:** es el título o etiqueta, es la descripción concisa del problema.

**ETIOLOGÍA:** son los factores que en esa situación contribuyen a causar el problema.

**SIGNOS Y SÍNTOMAS:** son las manifestaciones que con frecuencia se ven en ese diagnóstico en particular.

**2.1.5.- PLANEACIÓN**

**CONCEPTO**

Tercera fase del proceso de enfermería, en la cual la enfermera y el paciente desarrollan los objetivos / resultados y las estrategias de enfermería para prevenir, reducir o aliviar los problemas de salud del paciente.

**OBJETIVO:** identificar los factores que deben tener en cuenta, la enfermera para establecer prioridades en el plan de cuidados.

**TIPOS DE INTERVENCION:**

➤ **INDEPENDIENTE:**

Son las actividades que las enfermeras están autorizadas a emprender sobre la base de sus conocimientos y habilidades. Comprenden los cuidados físicos, la evaluación continua, el apoyo y el consuelo emocional, la docencia, el asesoramiento, el cuidado del entorno y la referencia a otros profesionales sanitarios.

➤ **DEPENDIENTE**

Son las que se realizan por orden del médico o bajo su supervisión, o bien según procedimientos sistematizados. Las ordenes del medicas suele consistir en prescribir medicamentos, terapias

intravenosas, pruebas de diagnóstico, tratamientos, dietas y actividad.

➤ **INTERDEPENDIENTE.**

Son acciones que la enfermera lleva a cabo en colaboración con otros miembros del equipo de asistencia sanitaria, como fisioterapeutas, asistentes sociales, dietólogos y médicos.

**CRITERIOS DE RESULTADOS:** Es el establecimiento de objetivos de acuerdo a los resultados.

**OBJETIVO:** la enfermera establece los objetivos para cada diagnóstico enfermero. Un objetivo es la evolución del paciente o una modificación en su comportamiento deseadas. Conseguir un objetivo es resolver el problema identificado en el diagnóstico enfermero

## **2.1.6. EJECUCION**

### **CONCEPTO**

Es la fase en la que la enfermera pone en marcha el plan de cuidados de enfermería. La enfermera realiza o delega las órdenes de enfermería que fueron desarrolladas en la fase de planificación y después concluye la fase de ejecución registrando las actividades de enfermería y las respuestas de los clientes.

**OBJETIVO:** realizar las intervenciones identificadas en el plan de cuidados.

Los pasos de la ejecución son:

#### **Preparación la cual consiste en:**

1. En revisar que todas las acciones, estén de acuerdo con las características del usuario y que sean compatibles con la intervenciones de otros profesionales de atención sanitaria.
2. Analizar y estar seguros que se tienen los conocimientos y habilidades para realizar las actividades planeadas.
3. Tener presente las complicaciones que se pueden presentar al ejecutar las actividades planeadas.
4. Crear un ambiente confortable y seguro al cliente durante la ejecución.

5. Delegar cuidados enfermeros se apeguen a “tarea correcta, persona correcta, comunicación correcta, y evaluación correcta” (Alfaro 1999:160).

➤ **Intervención:**

Como las respuestas humanas y fisiológicas, son cambiantes es preciso la revaloración del cliente, familia o comunidad, para estar seguros de que las intervenciones de enfermería son apropiadas. Cada acción de enfermería debe ser resultado de una valoración y de la aplicación del pensamiento crítico.

➤ **Documentación:**

Es el registro que realiza la enfermera (o) en las notas de enfermería, en calidad de documento legal permanente del cliente y como requisito indispensable de todas las instituciones de salud.

El propósito de los registros de enfermería, es mantener informados a otros profesionales del área de la salud sobre los datos de valoración del cliente,

Cuidados proporcionados y respuestas del cliente o familia; ser “base para la evaluación, investigación y mejora de la calidad de los cuidados” “respaldar legalmente las actuaciones de la enfermera” y servir para estimar “el pago de los servicios prestados”

Existen gran diversidad de registros de enfermería en las diferentes unidades de atención para el cuidado de la salud, sin embargo deben reunir ciertas características universales como: fecha y hora, datos de valoración, intervenciones de enfermería, resultados obtenidos, nombre y firma de la enfermera(o). A si mismo las notas deben ser legibles, concisas, claras, completas, relevantes y oportunas.

**Habilidades de enfermería en la ejecución:**

✓ Habilidades cognitivas: (intelectual) Incluye la solución de problemas, toma de decisiones, razonamiento crítico y pensamiento creativo.

✓ Habilidades interpersonales: Es la capacidad de la enfermera que utiliza al comunicarse directamente con otras personas, las habilidades interpersonales son necesarias para todas las actividades de enfermería, incluye

conocimientos transmisibles, actitudes, sentimientos, interés y apreciación de los valores culturales del cliente y de su estilo de vida.

✓ **Habilidades técnicas:** Son habilidades manuales como la manipulación de equipamiento, administración de inyecciones, realización de vendajes movilizar al cliente etc. Las habilidades técnicas requieren de conocimiento y destreza manual.

### **2.1.7- EVALUACIÓN**

**CONCEPTO:** Quinta etapa del proceso de enfermería, durante la cual se determina hasta que punto se han logrado los objetivos; se analiza cada una de las etapas previas para identificar los factores que favorecen o dificultan el progreso, y se modifica o finaliza el plan de cuidados según esté indicado.

La última fase del proceso de enfermería, corresponde a una actividad continua mediante la cual se determina hasta que punto se han alcanzado los objetivos propuestos previamente y los resultados de la aplicación del plan de cuidados, a la par que se incorporan nuevos datos surgidos de la evolución del estado del paciente.

La fase de evaluación debe tomar en consideración los resultados obtenidos con las intervenciones y las reacciones del paciente a los cuidados y su grado de satisfacción, así como el análisis crítico de todo el proceso en desarrollo.

**OBJETIVOS:** la enfermera determina el progreso del cliente hacia el logro de sus objetivos o resultados como la eficacia del plan de cuidados de enfermería

Evaluación de las respuestas al cliente:

- Identificar evaluación esperada.
- Obtener datos relacionados con la evolución esperada.
- Comparar los datos con la evolución esperada y juzgar si se han conseguido los objetivos.
- Relacionar las acciones de enfermería con la evolución del cliente.
- Obtener conclusiones sobre el estado del problema.
- Revisar y modificar el plan de cuidados del cliente.

#### **Estándar: Evaluación**

La enfermera evalúa los progresos del cliente hacia la consecución de objetivos.

**Criterios de medición:**

1. La medición es sistemática y continua.
2. Se documentan las respuestas de los clientes a las intervenciones.
3. La eficacia de la intervención se evalúa con relación a la evolución.
4. Los datos de valoración continua se utilizan para revisar los diagnósticos, evolución y plan de cuidados en función de las necesidades.
5. Se documentan las revisiones de diagnósticos, evoluciones y plan de cuidados.
6. Los clientes, otras personas significativas y los profesionales sanitarios estarán implicados en el proceso de evaluación cuando este indicado.

**2.2.-NECESIDADES FUNDAMENTALES DE VIRGINIA HENDERSON.****2.2.1.-ANTECEDENTES DE FORMACIÓN.**

Virginia Avenel Henderson

(1897-1996)

Datos biográficos: Nació en Kansas City Missouri el 19 de marzo de 1897, a la edad de 21 años en el año 1918 inicio sus estudios de enfermería en la escuela de enfermería del ejército en Washington.

En el año de 1921 se gradúa y trabaja como enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York posteriormente inicia su carrera como docente en el año de 1922. Cuatro años después ingresa al Teachers College de la Universidad de Colombia donde obtuvo los títulos de licenciada en 1932 y magister en arte en 1934.

En 1929 ocupa el cargo de supervisora pedagógica en la clínica Strong Memorial Hospital de Rochester de Nueva York del año de 1948 hasta 1953 realizo la revisión de la quinta edición del Textbook of the Principles and Practice of Nursing de Berta Harmer publicado en 1939. En 1953 publico la sexta edición de este libro que contenía la Definición de enfermería de Virginia Henderson.

De 1959 a 1971 trabajo en el proyecto dirigido por Leo W. Simmons, quien edito durante cinco años una encuesta nacional sobre la investigación en enfermería la cual fue publicada en 1964.

Virginia Henderson era una enfermera muy comprometida con su profesión, para ella lo más importante era ayudar al individuo sano o enfermo a que realizara aquellas actividades que contribuían a su salud por lo cual se toma como Modelo Enfermero, porque gracias a sus principios fisiológicos psicopatológicos podemos definir a la enfermería con términos funcionales basándonos en sus conceptos y definiciones y por supuesto en sus catorce necesidades básicas que ella elabora así mismo según su prioridad. Así mismo, el concepto de enfermería de Henderson es complejo, posee numerosas variables y diferentes relaciones explicativas y descriptivas su trabajo había fluido en el desarrollo de programas de estudio y ha contribuido a potenciar la investigación. En la actualidad en las áreas

hospitalarias, se pone en práctica su definición de enfermería y la aplicación asistencial del método científico que permite a las enfermeras, prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática conocida como Proceso Atención de Enfermería (PAE). Este método está compuesto por cinco pasos que son: Valoración, Diagnostico, Planeación, Ejecución y Evaluación. Tiene sus orígenes por primera vez desde que se considero como proceso HALL (1955) Jason (1959), Orlando (1961) y Vie den bunch (1963).

Durante la década de 1980, permaneció activa como asociada emérita de investigación en la universidad de Yale.

Recibe nueve títulos doctorales honoríficos de las siguientes universidades:

- Catholic university
- Pace university
- University of Rochester
- University of western notary
- Yale university
- Old dominion university
- Boston college
- Thomas Jefferson university
- Emery university

Es honrada con el primer premio Christian Reedman, con el premio Mary Adelaide Netting de la national league For nursing de la association of integrated and degree courses in nursing, Londres y de la royal collage of nursing de Inglaterra.

1983 recibió el premio Mary Tolled Wright Founders de la sigma Theta Tau internacional por su labor de liderazgo, uno de los más altos honores de esta sociedad.

La biblioteca internacional de enfermería de la siga de Theta Tau fue bautizada con el nombre de Virginia Henderson.

-1988 en la convención de la American nurses asociación (Ana) recibió una mención de honor especial por sus contribuciones a las investigaciones, la formación y a la profesionalidad en la enfermería a lo largo de su vida.

Virginia Avenel Henderson fallece a la edad de 99 años en su casa de muerte natural, el 30 de noviembre de 199

### **2.2.2 ELEMENTOS MÁS IMPORTANTES DE SU TEORÍA.**

Los elementos más importantes de su teoría son:

- La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.

- Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.
- Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados enfermeros", esferas en las que se desarrollan los cuidados.
- Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow , las 7 necesidades primeras están relacionadas con la Fisiología , de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad , la 10ª relacionada con la propia estima , la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto-actualización.

Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas, la autora identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que comporten todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales.

Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud (dependiente). Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionado a una falta de conocimientos.

V. Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello.

Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores:

**Permanentes:** edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física.

**Variables:** estados patológicos: Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que V. Henderson denomina cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a



través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

Describe la relación enfermera - paciente, destacando tres niveles de intervención: como sustituta, como ayuda o como compañera.

Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado, facilitando así la definición del campo de actuación enfermero, y a nivel más práctico, la elaboración de un marco de valoración de enfermería en base a las catorce necesidades humanas básicas.

Aunque Henderson no da una definición sobre los componentes del metaparadigma, algunas autoras han interpretado su teoría y han definido:

**PERSONA:** Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad.

La persona es una unidad corporal/física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales.

La mente y el cuerpo son inseparables. El paciente y su familia son considerados como una unidad.

Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia. Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana.

**ENTORNO:** Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

**SALUD:** aunque no da una definición de salud, se ha considerado a la independencia como un sinónimo. La calidad de la salud, más que la vida en sí misma, es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de Enfermería. Equipara salud con independencia.

**INDEPENDENCIA:** La capacidad de la persona para satisfacer por si misma sus necesidades básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

**DEPENDENCIA:** La ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades; o puede ocurrir actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes.

## **TIPOS DE DEPENDENCIA**

### **CAUSAS DE DEPENDENCIA**

- **CONCEPTO**

Son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades.

- **TIPOS DE DEPENDENCIA**

1. **Falta de fuerza:** capacidad del individuo para lleva a termino las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.
2. **Falta de conocimiento:** en lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.
3. **Falta de voluntad:** incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportuna para satisfacer las 14 necesidades. Estas 3 causas pueden dar lugar a: dependencia total o parcial y a temporal o permanente.

### **CAUSAS DE DEPENDENCIA:**

**Factores Biofisiológicos:** Hacen referencia a las condiciones genéticas de la persona y al funcionamiento de sus aparatos o sistemas u órganos, de acuerdo a su edad, etapa de desarrollo y estado general de salud.

**Factores Psicológicos:** Se refieren a sentimientos, pensamientos, emociones, inteligencia, memoria psicomotricidad, nivel de conciencia, sensopercepcion y habilidades individuales y de relación (estrategias o habilidades de afrontamiento).

Factores socioculturales: Se refieren al entorno físico de la persona, ya sea el próximo referente a la casa, trabajo u hospitalario etc. O el más lejano referente al de la comunidad donde vive el individuo (clima, orografía, contaminación, etc.). El entorno sociocultural, incluye lo relativo a los valores y normas que proporciona la familia, escuela leyes y políticas por la que se rige la comunidad de referencia.

**ROL DE ENFERMERIA:** Acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificado en la persona.

- **TIPOS**

1. **Rol autónomo:** las prescripciones que realiza la enfermera son de su exclusiva responsabilidad, correspondiendo a su campo autónomo de actuación.
2. **Rol interdependiente:** ejerce en base a su trabajo de colaboración con otros profesionales del equipo de salud y que se deriva generalmente de situaciones de salud del cliente.  
Existen prescripciones de otros profesionales, generalmente el médico, aunque la enfermera aporta sus conocimientos y sus habilidades para llevar a cabo estas prescripciones.
3. **Rol dependiente:** no trabaja en solitario sino que forma parte de un equipo de salud. Significa que la enfermera también cumple las órdenes prescritas y lleva a cabo los tratamientos determinados, generalmente por el médico.

## **NECESIDADES**

### **LAS NECESIDADES HUMANAS BÁSICAS SEGÚN HENDERSON.**

**Henderson identifico 14 necesidades fundamentales:**

- 1º.- Respirar con normalidad.
- 2º.- Comer y beber adecuadamente
- 3º.- Eliminar los desechos del organismo.
- 4º.- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
- 5º.- Descansar y dormir.
- 6º.- Seleccionar vestimenta adecuada

- 7º.- Mantener la temperatura corporal.
- 8º.- Mantener la higiene corporal.
- 9º.- Evitar los peligros del entorno.
- 10º.- Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
- 11º.- Ejercer culto a Dios, acorde con la religión.
- 12º.- Trabajar de forma que permita sentirse realizado.
- 13º.- Participar en todas las formas de recreación y ocio.
- 14º.- Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

### **2.2.3.-PREECLAMPSIA:**

La preeclampsia es el trastorno hipertensivo más frecuente del embarazo. Se caracteriza por el desarrollo de hipertensión, proteinuria y edema. Como en las primeras fases de la enfermedad puede haber solo hipertensión, esta última es la base del diagnóstico.

La preeclampsia se define como una elevación de la presión arterial sistólica de 30 mm Hg por encima del valor inicial, un aumento de la presión arterial diastólica de 15 mm Hg por encima del valor inicial, o ambos. Estos cambios de la presión arterial deben observarse en al menos dos ocasiones, con al menos 6 horas de diferencia, para poder, establecer diagnósticos. En ausencia de valores previos, se aceptan unas cifras de presión arterial de 140/90 mm Hg ( Roberts, 1999).

La preeclampsia se clasifica como leve o grave y consiste en una alteración progresiva que evoluciona hacia su forma más grave, **la eclampsia**, con convulsiones generalizadas o coma. El desarrollo de una convulsión se considera eclampsia. En general, la eclampsia aparece en las 10 últimas semanas de la gestación, durante el parto o en las primeras 48 horas del puerperio. Aunque el nacimiento del feto se considera el único tratamiento curativo conocido de la preeclampsia, esta puede controlarse con un diagnóstico precoz y un tratamiento meticuloso.

### **ETIOLOGIA**

Se piensa que la preeclampsia está causada por mediadores de inflamación o toxinas que secreta la placenta y que actúan en el endotelio vascular. Se piensa que el síndrome en algunos casos, es causado por una placenta implantada poco profunda que se torna hipoxica, ocasionando una reacción inmune caracterizada por la secreción aumentada de mediadores de inflamación desde la placenta y que

actúan sobre el endotelio vascular. La implantación superficial puede que sea consecuencia de una relación del sistema inmune en contra de la placenta. Se piensa que algunos casos de preeclampsia la madre carece de receptores para las proteínas que la placenta usa para inhibir la respuesta del sistema inmune materno diseminada que desempeña un papel preponderante en el desarrollo de la patología, destrucción eritrocitaria.

**ENDOCRINAS Y METABOLICAS:** El sistema renina – angiotensina 11, están disminuidos provocando retención de sodio.

**FETALES:** compromiso fetal como consecuencia de la disminución de la perfusión útero – placentaria.

### **FISIOPATOLOGIA DE LA PREECLAMPSIA**

La causa de la preeclampsia no se conoce, pese a decenios de investigación. Anteriormente la enfermedad se denominaba “toxemia”, porque se creía debida a una toxina producida por el cuerpo de la mujer embarazada. Como esta teoría no ha sido demostrada, el término ha dejado de utilizarse. Durante el embarazo normal las prostaglandinas están aumentadas, ello determina un mantenimiento de la presión de las resistencias vasculares periféricas, provocando vaso dilatación, por disminución de las resistencias vasculares periféricas.

En la hipertensión inducida por el embarazo existen alteraciones de la síntesis de las prostaglandinas invirtiendo el proceso anteriormente descrito, generando la base fundamental de síndrome que es la vasoconstricción por aumento de las resistencias vasculares periféricas y finalmente siendo este aumento de las resistencias directamente proporcional al aumento de los valores de presión arterial diastólica.

El vaso espasmo provoca alteración en la pared de los vasos, generándose estrechamiento y dilataciones segmentarias; dependerán del nivel del vaso espasmo, los niveles e la presión, la hemorragia y finalmente la muerte.

Se piensa que la preeclampsia está causada por mediadores de información o toxinas que secrete la placenta y que actúa en el endotelio vascular, y que síndrome, en algunos casos, es causado por una placenta implantada poco profunda, que se torno hipoxia, ocasionando una relación inmune caracterizada por la secreción aumentada de medidores de la información desde la placenta y que actúan sobre el endotelio vascular. La implantación superficial puede que sea consecuencia de una relación de sistema inmune en contra de la placenta. Esta teoría enfatiza en papel de la inmunidad materna y se refiere a evidencias que

sugieren una falla en la tolerancia materna a los antígenos paternos establecidos en el feto y la placenta. Se dice que en algunos casos de preeclampsia, la madre carece de receptores para las proteínas que la placenta usa para inhibir la respuesta del sistema inmune materno en su entorno. Esta hipótesis es consistente con evidencias que demuestran que los abortos espontáneos son trastornos inmunológicos.

Algunas de las teorías que han intervenido, explican como aparece la preeclampsia, han vinculado el síndrome en la presencia de los siguientes:

- Daño a las secuelas endoteliales.
- Rechazo inmune a la placenta.
- Perturbación inadecuada de la placenta.
- Reactividad vascular alterada.
- Desbalance entre protacina, óxido nítrico y tromboxano.
- Reducción en el índice de filtrado glomerular con retención de sal y agua.
- Disminución del volumen intravascular.
- Aumento en la irritabilidad en el sistema nervioso central.
- Coagulación intravascular.
- Isquemia uterina.
- Factores dietéticos, incluyendo de vitaminas.
- Factores genéticos.

Actualmente se entiende que la preeclampsia es un síndrome con dos etapas la primera de ella siendo alternamente variable, lo cual predispone a la placenta a la hipoxia, seguido por la liberación de factores solubles son las causantes de las lesiones clásicas, como las del endotelio del riñón, inflamatorias, etc. La susceptibilidad materna es sin duda una de las variables involucradas en la instalación del síndrome.

La interacción de otros factores, como el nivel económico, el estado psicosocial, nutricional y factores ambientales específicos, pueden resultar en una sensibilidad a las alteraciones moleculares que se han descubierto causando la preeclampsia.

- ❖ La preeclampsia afecta a todos los órganos y sistemas principales del cuerpo y provoca los siguientes cambios fisiopatológicos:
- ❖ En el embarazo normal, se producen un descenso de la resistencia vascular periférica y un aumento de la resistencia materna a los efectos pesores de la angiotensina II, por lo que la presión arterial desciende. En la preeclampsia, la presión arterial comienza a ascender después de la 20

semana de gestación, probablemente a causa de una pérdida progresiva de la resistencia a la angiotensina 11. Esta respuesta se ha vinculado al cociente entre las prostaglandinas, la prostaciclina y el tromboxano. La primera es un vaso dilatador potente. Disminuye en la preeclampsia, a

- ❖ menudo varias semanas antes de la instauración de los síntomas de la gestación preeclámpsica, cuando las concentraciones de tromboxano aumentan (Mills, DerSIMONIAN, Raymond y cols., 1999).
- ❖ Además, el óxido nítrico, un vaso dilatador potente, contribuye a la resistencia a los vasopresores durante el embarazo. El descenso de la producción de éste compuesto en las mujeres con HTE podría contribuir al desarrollo de la hipertensión (Brach y Poter, 1999).
- ❖ La pérdida de la vaso dilatación normal de las arteriolas de la pared uterina y el espasmo materno simultáneo traen consigo un descenso del riego placentario. El efecto sobre el feto puede consistir en restricción del crecimiento, disminución de la motilidad fetal e hipoxia crónica o sufrimiento fetal.
- ❖ En la preeclampsia, la perfusión renal normal disminuye. Al reducirse la tasa de filtración glomerular (TFG), las concentraciones séricas de la creatinina, BUN y ácido úrico comienzan a aumentar, mientras que la diuresis desciende. Se retiene sodio en cantidades crecientes, con el consiguiente aumento de volumen extracelular, mayor sensibilidad a la angiotensina 11 y edema. La distensión de las paredes capilares de las células endoteliales glomerulares permite el escape hacia la orina de las grandes molecular proteicas, con disminución de sus concentraciones séricas. A su vez, esta caída disminuye la presión coloidosmótica del plasma y favorece el paso de líquido hacia los espacios extracelulares, contribuyendo por tanto al desarrollo del edema.
- ❖ El descenso de volumen de Intravascular incrementa la viscosidad de la sangre, con el consiguiente aumento del hematocrito.

## **ENFOQUE EPIDEMIOLÓGICO**

La incidencia y prevaencia de estas patologías son indicadores que también revelan las condiciones de vida de las mujeres. Son distintas las tasas de mortalidad por esta enfermedad en países desarrollados, que en países pobres. En América Latina es del 36,7 por cada mil nacidos vivos, frecuentemente en

mujeres que no recibieron control médico prenatal adecuado relacionado con baja ingestión de proteínas, calcio, determinados a su vez por una dieta inadecuada.

La tercera parte del total de defunciones maternas se deben a preeclampsia y eclampsia, y es la primera causa de muerte materna en México, se presenta en el 5 a 10% de los embarazos.

La preeclampsia puede ocurrir hasta en 10% de los embarazos, usualmente en el segundo y tercer trimestre y después de la semana 32. Aunque infrecuente, algunas mujeres pueden presentar signos de preeclampsia desde la semana 20. Hasta el 80% de los casos ocurren en primíparas y frecuentemente la incidencia disminuye considerablemente en el segundo embarazo. Se sabe que una nueva paternidad en el segundo embarazo reduce el riesgo, excepto en mujeres con una historia familiar de embarazos hipertensivos, pero al mismo tiempo aumenta el riesgo con la edad materna, por lo que ha sido difícil evaluar el verdadero efecto de la paternidad en el riesgo de preeclampsia.

#### **FACTORES DE RIESGO PRECONCEPCIONALES:**

- Historia familiar de preeclampsia o eclampsia, diabetes mellitus, hipertensión arterial, infertilidad.
- Primigravidez.
- Enfermedades (arteriales, como anemia.)
- Edades extremas, menores de 18 años o mayores de 35 años.
- Múltiparas asociadas con hipertensión arterial crónica.
- Diabetes.
- Obesidad ( IMC menos o igual a 30kg/m<sup>2</sup>)
- Periodo ínter genésico mayor de 10 años.
- Enfermedades renales.
- Lupus eritema toso diseminado.
- Trombo filias.

#### **FACTORES DE RIESGO CONCEPCIONALES:**

- T/A media igual o mayor a 95mm.Hg. en el segundo trimestre (cifra promedio obtenida de la suma de 2 presiones diastólicas mas 1 presión sistólica entre 3)
- Infección de vías urinarias recurrentes.
- Ganancia excesiva de peso.



- Diabetes gestacional.
- Sospecha de restricción de crecimiento uterino.
- Embarazo gemelar o múltiple.
- Iranios.
- Fetos macrosomicos.
- Hidrops /degeneración hidrópica de placenta.

### **CLASIFICACION:**

Preeclampsia leve: tensión arterial (TA) 140/90-160/110 + proteinuria menor de 5g/24h.

Preeclampsia grave: TA mayor o igual a 160/110 + proteinuria mayor o igual a 5g/24h.

### **TRATAMIENTO**

#### **ACCIONES BÁSICAS EN LA CONSULTA:**

- Calcular la edad gestacional.
- Investigar presencia de edema, cefalea, acufenos y fosfenos.
- Medir peso y presión arterial.
- Medición de la altura del fondo uterino.
- Auscultar reflejos osteotendinosos.

### **PRECLAMSIA LEVE**

#### **PRIMER NIVEL:**

- Hacer diagnostico presuntivo de cualquier trastorno hipertensivo.
- No prescribir medicamentos antihipertensivos.
- Referencia a segundo nivel con historia clínica completa, nota de traslado para su manejo y tratamiento hasta la resolución del embarazo.
- Insistir a la paciente sobre la gravedad de su estado para que acuda al segundo nivel en su entorno.

Actualmente se entiende que la preeclampsia es un síndrome con dos etapas, la primera de ellas siendo alternamente variable, lo cual predispone a la placenta a la hipoxia, segunda por la liberación de factores solubles que resultan en muchos de los fenómenos observados clínicamente.

## **SIGNOS Y SINTOMAS:**

- Oliguria menor de 400ml/24h.
- Trastornos mentales.
- Alteraciones de la función hepática y/o trombocitopenia.
- Dolores epigástricos (e puñalada, intensos.)
- Edema pulmonar o cianosis.
- Edema.
- Aumento de peso de 2kg. En una semana.
- Alteraciones en la visión: visión borrosa doble, ver estrellitas luminosas, intolerancia.
- Cefaleas intensas y persistentes.

## **CONSECUENCIAS MATERNAS Y FETALES**

- Maternas.
- Vasculares.
- Hematológicas.
- Endocrinas.
- Metabólicas.

VASCULARES: como el vaso espasmo insuficiencia cardiaca, edema pulmonar.

HEMATOLOGICAS: pueden desarrollar trombocitopenia coagulopatía intravascular.

ANTIHIPERTENSIVOS CONTRAINDICADOS: inhibidores de enzima convertidor de angiotensina, receptores de angiotensina II y Antenor.

## **MEDICAMENTOS PARA PREVENCIÓN DE CRISIS CONVULSIVAS:**

- Sulfato de magnesio: impregnación 4grs. IV diluidos en 250ml. De solución glucosada, pasar en 20 min. Continuar con 1gr. Por hora solo si el reflejo patear está presente la frecuencia respiratoria es mayor de 12 por minutos y la urosis es mayor de 100 MG. en 4hrs.
- Fenobarbital ampolleta de 330mg. IM o IV c/12 hrs.
- Difenhidantoina sódica, impregnación 10 a 15 mg/kg (equivalente a 2 o 3 ampulas de 250mg, a velocidad no mayor de 50mg por minuto.)
- Valorar referencial a tercer nivel.
- Embarazadas menores de 32 semanas.
- 

## **SEGUNDO NIVEL:**

- Clasificación y vigilancia del trastorno hipertensivo.
- TA c/4hrs.
- Pruebas de laboratorio (BH, química sanguínea, tiempos de coagulación, EGO, pruebas de funcionamiento hepático, renal, tamiz metabólico).
- Esquema de valoración pulmonar entre 24 y 34 semanas de gestación (Betametazona o Dehésame zona)
- Valorar el inicio del trabajo del tratamiento antihipertensivo, según persistencia de cifras diastólicas mayores o iguales a 100mm.Hg.
- Medicamentos para tratamientos antihipertensivos.
  - Alfametildopa 250 a 500mg V.O c/6 a 8 hrs.
  - Hidralazina 30 a 50mg. V.O c/6 a 8hrs.
  - Nifedipino 10mg. V.O c/8hrs.
- Valoración, interrupción o continuación del embarazo hasta el término, de acuerdo a condiciones obstétricas.
- Continuar control prenatal en consulta externa de segundo nivel.

## **PREECLAMPSIA SEVERA**

### **PRIMER NIVEL**

- Referencia y traslado urgente a segundo nivel en ambulancia con personal médico acompañante.
- Medidas generales.
- Vena permeable con venoclisis.
- Sonda Foley a permanencia (cuantificar volumen y proteinuria).
- TA cada 10 minutos y frecuencia cardíaca fetal.
- Sin alimentos vial oral.
- Posición en decúbito dorsal.
- Medicamentos antihipertensivo.
  - Nifedipina 10mg vía oral o,
  - Hidrolazina 5mg. IV continuar con bolos de 5 a 10 MG. c/20 minutos, o,
  - Labetanol 20 MG. IV seguido de intervalos de 40 a 80mg C/10minutos.

### **SEGUNDO NIVEL:**

- Hospitalización en terapia intensiva, confirmar diagnóstico y estabilizar cifras tensionales.
- Interrupción del embarazo en un plazo no mayor a 6 horas.
- TA c/10min. Y medidas generales.

- Pruebas de laboratorio (BH química sanguínea, tiempos de coagulación, EGO, pruebas de funcionamiento hepático, renal, tamiz metabólico)
- Medicamentos para crisis hipertensas:
  - Hidralazina un bolo inicial de 5mg. IV continuar con bolos de 5 a 10mg.c/20min.  
Dosis máxima: 30 minutos.
  - Labetanol inicia 20mg. IV, si no hay respuesta bolo 40mg, si no hay respuesta bolo 80mg. dosis máxima: 220mg., también infusión continua IV a 2mg/min. O,
  - Nifedipina 10 MG. VO repetir C/30min, Dosis máxima: 50mg.

### **CUIDADOS DE ENFERMERIA**

Dependerán de la condición clínica actual de cada paciente en particular, pero en términos generales deberán:

#### **EN EL NIVEL PRIMARIO:**

- Promocionar para que las mujeres embarazadas tengan acceso a servicios de salud para realizarse control de su embarazo.
- Trabajar con grupos organizados e incentivar el control del proceso gestacional, destacando la importancia del mismo.
- Informar, educar, comunicar sistemas de alerta para evitar complicaciones.
- Acompañar, escuchar y coordinar el trabajo con la familia.
- Apoyar en la valoración física, general y obstétrica.
- Recolección, envío y valoración de exámenes de laboratorio.
- Registrar datos de importancia clínica que orienten la evaluación y el control de la patología.

#### **EN EL NIVEL HOSPITALARIO:**

- Valoración y registro de signos vitales maternos y fetales.
- Valoración clínica con énfasis en reflejo rotularía.
- Vigilancia de bienestar materno – fetal.
- Observación y alerta de la evolución y manifestaciones clínicas como edema, visión borrosa, escotomas, acufenos, etc.
- Control de ingresos y egresos estrictos.
- Fármaco dependencia de acuerdo con protocolos establecidos, en la administración de sulfato de magnesio y apreso linee.

- Observar para efectos de toxicidad de sulfato de magnesio, rubicundez, depresión respiratorio, cefalea, etc.
- Reposo absoluto de acuerdo con cada caso de hábito lateral izquierdo.
- Proporcionar ambiente tranquilo y oscuro acompañe sus miedos y temores, escuche.
- Mantener a la paciente y familia informada sobre su situación.
- Preparación preoperatorio si se interrumpe el parto por cesaría.
- Coordine actividades con el servicio de neonatología.
- Cuidados postoperatorios.
- Preocupar encuentro oportuno madre – niño, ayudar a la lactancia y alimentación.
- Si la separación madre – hijo es inminente, manténgalos mutuamente informados.

## **RESPONSABILIDAD DE LA ENFERMERA**

- Manejo correcto y estricto de dosis de medicamentos antihipertensivos y monitores de anti convulsivantes.
- Valorar presión arterial.
- Valorar diuresis.
- Informa al paciente y familia sobre el estado de la paciente y el bebe.
- Escuchar a la paciente y brindarle apoyo emocional.
- Dar cuidados de enfermería de calidad, medidas de higiene y confort.
- Mantener en reposo según indicación.
- Orientación sobre auto cuidados

### **2.2.4 ANSIEDAD**

**ESTRÉS:** El estrés puede ser definido como un estímulo, un hecho de vida que incrementa la vulnerabilidad individual en cuanto a la enfermedad. el estrés puede ser definido como una respuesta cauda por un estímulo nocivo o un factor estresante, se define como la excitación de la mente y de cuerpo ante demandas que lo hacen.

## **Manifestaciones psicológicas:**

Las manifestaciones psicológicas al estrés incluyen la ansiedad, el miedo, cólera, la depresión, comportamientos cognitivos, las respuestas verbales y motoras, y mecanismos de defensa del ego.

**ANSIEDAD:** esta es la respuesta frecuente en el estrés es un estado de intranquilidad mental, aprensión ,terror o un presentimiento o una sensación de desamparo en relación con una amenaza no identificada ,próxima o anticipada, con respecto a uno mismo o a una relación muy importante.

La ansiedad esta relacionada con el futuro, es decir con un suceso previsto, es el resultado de conflictos psicológicos o emocionales. Todo mundo experimenta ansiedad en algún grado, la mayor parte del tiempo. Se necesita de un grado de ansiedad leve o moderada para llevar cabo trabajos creativos y para motivar el comportamiento dirigido al logro de metas.

## **La ansiedad se puede manifestar en cuatro niveles diferentes:**

**Leve:** que produce un estado de excitación ligero que intensifica las capacidades de percepción aprendizaje y creación.

**Moderado:** incrementa el estado de excitación del cliente hasta el punto donde la persona manifiesta sentimientos de tensión, nerviosismo o preocupación.

**Severa:** consume la mayor parte de las energías de la persona y que requiere intervención. La percepción disminuye aun más. La persona es incapaz de centrarse en lo que está sucediendo.

**Pánico:** es un nivel de ansiedad abrumadora y aterradora que provoca en la persona una pérdida de control.

### **LA ANSIEDAD Y PREOCUPACIÓN SE ASOCIAN A 3 O MÁS DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS:**

1. Nerviosismo, inquietud o impaciencia
2. Fatigabilidad (cansancio) fácil
3. Dificultad para concentrarse o poner la mente en blanco
4. Irritabilidad
5. Tensión muscular, temblor, cefalea (dolor de cabeza), movimiento de las piernas e incapacidad para relajarse
6. Alteraciones del sueño: dificultad para conciliar, mantener el sueño o sensación al despertarse de no haber descansado bien (sueño no reparador)
7. Sudoración, palpitaciones o taquicardia, problemas gastrointestinales, sequedad de boca, mareos, hiperventilación (aumento del número de respiraciones por minuto)

La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan un malestar significativo o deterioro en las relaciones familiares, sociales, laborales o de otras áreas importantes de la actividad de la persona.

### **Tratamiento:**

Existen varios tipos de tratamientos y terapias que tienen cierta efectividad para las personas que padecen de ansiedad y pánico. Entre ellos se incluyen:

Fármacos ansiolíticos.

Psicoterapia cognitivo-conductual: ésta debería ser dirigida por un psicólogo competente y experimentado. la terapia incluye técnicas de exposición graduada, confrontación y modificación de creencias negativas o incorrectas, modificación de pensamientos negativos, técnicas para entablar autocharlas positivas, técnicas específicas para tratar con el pánico, etc.

Reducción de estrés: puede incluir técnicas de relajación y respiración, mejor manejo del tiempo, ejercicio físico, yoga, caminar, etc.

Cambios en la alimentación: por ejemplo, la eliminación gradual del café, estimulantes, chocolate, azúcar, tabaco, alcohol, refrescos que contengan cafeína y analgésicos o drogas que contengan ésta.

Algunos pacientes informan reducciones considerables en su ansiedad sólo tomando estas medidas. En casos muy graves tal vez sea necesario utilizar fármacos durante el transcurso de la terapia psicológica, pero siempre bajo la supervisión de un profesional cualificado (psiquiatra). Si la terapia psicológica da los resultados esperados, los fármacos se podrían suspender lo más recomendable es seguir los consejos de un profesional cualificado.

## **2.2.5 EL DOLOR**

El dolor se refiere a la sensación desagradable sui generis que se percibe, se sufre y se acompaña de respuestas reflejas vegetativas y conductuales. Es un estado de alerta, un indicador de lesión o peligro en el organismo; es un síntoma común que da sentido a la existencia humana: es una manifestación con función protectora frente agentes nocivos que permite su localización y, por consiguiente facilita su diagnóstico.

El umbral del dolor es el límite menor posible de perceptibilidad de una sensación. En cada individuo esta percepción es variable, según su estado físico, cultura, experiencia y expectativas.



Ante esto, puede hablarse de dolor, no solo físico, sino también anímico. El físico es producido por la estimulación de receptores nociceptivos o de nervios periféricos; en tanto el anímico se interpreta como un sentimiento de aflicción producida por factores externos desagradables u hostiles (estrés, tabaquismo, cambio atmosférico, depresión, ansiedad, hipocondría).

En ambos casos intervienen los sistemas nerviosos centrales, nerviosos periféricos, nerviosos autónomos y endocrinos, y causan reacciones motoras y psíquicas.

Para determinar las características del dolor, debe considerarse la región afectada, sistema involucrado, cronología, intensidad y etiología.

El dolor tiene múltiples clasificaciones.

La respuesta inmediata determinada por un estímulo externo o interno que provoca un impulso que se transmite de un receptor a un efector que se denomina arco o circuito reflejo. Las respuestas se manifiestan en acciones y en reacciones preventivas y de defensa.

En esta función intervienen neuronas, unidades histológicas y funcionales del sistema nervioso, con propiedades de irritabilidad o excitabilidad y de la conductividad para recibir impulsos nerviosos y transportarlos a otras células, considerando que la conducción es en dirección antero grada, que el oxígeno es necesario, que la fatiga de la transmisión sináptica es un mecanismo protector que tiende a desaparecer la excitabilidad excesiva después de un tiempo y que durante la transmisión existe un cambio del pH del líquido intersticial para aumentar o disminuir la excitabilidad neuronal.

### **III. METODOLOGÍA**

El estudio de caso tiene dos ejes uno metodológico sustentado en el proceso de atención de enfermería y otro conceptual sustentado en la teoría de las 14 necesidades fundamentales de Virginia Henderson.

El eje metodológico, permite a la enfermera identificar la independencia o grado de dependencia que presenta la embarazada en la etapa actual de desarrollo (embarazo). También permite identificar los problemas que están afectando las necesidades de la embarazada, establecer los diagnósticos de enfermería y en

función de ello tomar las decisiones que permitan planear, ejecutar y evaluar las intervenciones de enfermería que ayuden a la señora a mejorar su bienestar.

El eje conceptual, ayuda a la enfermera a centrar su cuidado en la persona y en sus necesidades, considerando los factores físicos, psicológicos, espirituales y culturales.

### **3.1 VALORACIÓN**

La valoración de enfermería se realizó bajo el consentimiento de la mujer, se utilizaron la entrevista, la observación y la exploración física. Los datos obtenidos se registraron en la hoja de valoración de enfermería, la cual esta diseñada por necesidades.

### **3.2 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA**

Los datos obtenidos en la valoración, fueron analizados teniendo como referente el conocimiento y la experiencia. A partir de este análisis se identificaron los problemas que afectaban las necesidades de enfermería y se formularon los diagnósticos de enfermería utilizando las etiquetas diagnósticas de la nanda (última edición publicada) y el formato pes.

### **3.3. PLANEACIÓN**

Con base a los diagnósticos formulados, se tomaron las decisiones que permitieron planear los cuidados de enfermería para mejorar el bienestar de la embarazada.

Las intervenciones fueron de tipo independiente, dependiente e interdependiente; cada una de ellas fue fundamentada en el formato del plan de atención de enfermería por cada diagnóstico, se estableció un objetivo y los criterios de resultado.

El objetivo da claridad a la enfermera de lo que se pretende lograr para mejorar el bienestar de la mujer.

Los criterios de resultado, permiten comparar y analizar los resultados obtenidos después de la intervención con los resultados esperados (planeados en función de la teoría) y retroalimentar el plan de atención.

### **3.4 EJECUCIÓN**

Para la ejecución de las intervenciones, se requirió de la experiencia y conocimiento de la enfermera. También fue necesario la consulta de fuentes secundarias como: artículos impresos y electrónicos, libros y revistas, ya que en su mayoría, las intervenciones fueron de carácter educativo e informativo.

### **3.5 EVALUACIÓN**

Esta se hizo en función del objetivo y de los criterios de resultado; estos rubros dieron la pauta para evaluar el plan de atención inicial y retroalimentarlo. Siendo el proceso de atención de enfermería una opción para la titulación, también se procedió a la búsqueda, lectura y análisis de documentos que permitiera dar un sustento teórico. Instrumentación del proceso de atención de enfermería

## **IV. APLICACIÓN PRÁCTICA DEL PROCESO**

### **4.1 VALORACIÓN.**

#### **1 FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

Nombre: Sofía Vázquez Altamirano. Edad 32 a. Peso: 65kg Talla: 1.50 cm.

Fecha de nacimiento: 6/11/76 Sexo: femenino Ocupación: hogar

Escolaridad: Secundaria terminada.  
Hora 10:00

Fecha de admisión: 05/01/09

Para la ejecución de las intervenciones, se requirió de la experiencia y conocimiento de la enfermera. También fue necesario la consulta de fuentes secundarias como: artículos impresos y electrónicos, libros y revistas, ya que en su mayoría, las intervenciones fueron de carácter educativo e informativo.

### **3.5 EVALUACIÓN**

Esta se hizo en función del objetivo y de los criterios de resultado; estos rubros dieron la pauta para evaluar el plan de atención inicial y retroalimentarlo. Siendo el proceso de atención de enfermería una opción para la titulación, también se procedió a la búsqueda, lectura y análisis de documentos que permitiera dar un sustento teórico. Instrumentación del proceso de atención de enfermería

## **IV. APLICACIÓN PRÁCTICA DEL PROCESO**

### **4.1 VALORACIÓN.**

#### **1 FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

Nombre: Sofía Vázquez Altamirano. Edad 32 a. Peso: 65kg Talla: 1.50 cm.

Fecha de nacimiento: 6/11/76 Sexo: femenino Ocupación: hogar

Escolaridad: Secundaria terminada.  
Hora 10:00

Fecha de admisión: 05/01/09

Procedencia: ginecología

Fuente de información: Primaria

### 1.- RESPIRACIÓN.

La paciente se encuentra sin problemas respiratorios.

### 2.ALIMENTACIÓN/HIDRATACIÓN

Una mala alimentación, refiere dieta rica en carbohidratos, consume en muy poca cantidad las frutas y las verduras, de las carnes la que más consume son las carnes rojas, de agua es de 5 vasos al día.

A la exploración encuentro mucosas orales húmedas, con edema, miembros pélvicos.

### 3.- ELIMINACIÓN

Excretas acostumbradas es de una vez al día, micciones 10 veces al día, en muy poca cantidad, acompañada de dolor y dificultad.

### 4.- MOVILIZACIÓN

Se encuentra somnolienta adinámica, con ligera dificultad para la deambulacion y movilización independiente.

### 5.- REPOSO/SUEÑO

Duerme 10 horas al día regularmente por las noches.

### 7.- TEMPERATURA

Se ha mantenido normotermica con temperaturas de 36.5 a 37°c

### 8.- HIGIENE/PIEL

Acostumbra el baño una vez al día con cambio diario de ropa, actualmente con dificultad para el auto cuidado, con precensia de palidez tegumentaria, hiperpigmentación de la epidermis, y edema de miembros pélvicos.

## 9.- SEGURIDAD

Se encuentra inquieta, refiere preocupación y ansiedad por su estado de salud y la de su bebe, se le informa sobre el riesgo de caídas y de infección, especificando las medidas de seguridad que debe tomar, en el momento se encuentra adinámica, se fatiga con facilidad es por este motivo que se mantiene en vigilancia estrecha.

## 10.- COMUNICACIÓN

La paciente se encuentra callada, pensativa, pero responde a estímulos verbales.

## 11- RELIGIÓN/CREENCIAS

Pertenece a la religión católica.

## 12- TRABAJAR/REALIZARSE

Se dedica exclusivamente al hogar, pero por el momento se encuentra hospitalizada.

## 13.- ACTIVIDADES LÚDICAS

Sale con su esposo y su familia.

## 14.- APRENDER

La paciente no presenta esta necesidad.

### **4.2 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.**

Después de haber realizado la valoración y analizado los datos se concluye que la Sra. presenta dependencia parcial, debido a que presenta dificultades para satisfacer las siguientes necesidades: (en el cuadro pon la necesidad afectada, el

problema que la afecta y el diagnóstico de enfermería) necesidad problema diagnóstico de enfermería.

Necesidad	Problema	Diagnostico de enfermería
2.- eliminación	Alteración de la eliminación urinaria	Exceso de volumen de líquidos relacionado con compromisos de los reguladores manifestados por proteinuria y edema de miembros pélvicos
8.- higiene/piel	Déficit del autocuidado	Déficit del autocuidado relacionado por intolerancia a la actividad manifestado por la incapacidad para la de ambulación higiene personal
9.- seguridad	<p>Ansiedad</p> <p>Dolor agudo</p>	<p>Ansiedad relacionada con su estado de salud, y la de su bebe, manifestado por preocupación, y expresiones verbales..</p> <p>Dolor agudo relacionado con contracciones uterinas y preeclampsia manifestado por gestos de protección y expresiones brevaes.</p> <p>Riesgo de caída relacionado con preeclampsia y el uso de</p>

	<p>Riesgo de caída</p> <p>Riesgo de infección</p>	<p>agentes antihipertensivos.</p> <p>Riesgo que infección relacionado con el procedimiento. I</p>
14.- aprender	Conocimientos deficientes.	Conocimientos deficientes, relacionados, con cuidados durante el embarazo manifestado por mala alimentación.



OBJETIVO: Evitar complicaciones provocadas por exceso de volumen de líquidos realizando un plan que contenga intervenciones oportunas.

Diagnostico de enfermería	Intervención	Fundamentación	Criterio de Evaluación	Evaluación
<p><i>Exceso de volumen de líquidos relacionado con compromiso de los reguladores (hipoproteinemia), manifestado por proteinuria y edema en miembros pélvicos.</i></p>	<p>ID= Monitorización de signos vitales.</p> <p>ID= Control estricto de líquidos.</p>	<p>Restringir la ingestión de líquidos evita el aumento de los signos asociados a la retención de fluidos. (Disnea y sobrecarga circulatoria).</p> <p>El registro de control de líquidos será más preciso si el paciente conoce el procedimiento y se le pide su colaboración, para lo cual debe comprender plenamente por qué se lleva este</p>	<p>Se realizara una hoja de signos vitales para determinar algún cambio significativo que indique datos de alarma.</p> <p>Se elaborara hoja de control de líquidos institucional.</p>	<p>Se encuentra con edema en miembros pélvicos. El balance de líquidos es negativo. Acepta los cuidados para mejorar la circulación.</p> <p>Se mantiene en ayuno. Se interrumpe embarazo vía abdominal sin ninguna complicación agregada.</p>

	<p>ITD= Vigilar los electrolitos séricos, la hemoglobina y el hematocrito.</p>	<p>registro, cómo se hace y por qué tiene importancia para el.</p> <p>Una disminución de la hemoglobina y hematocrito pueden indicar un exceso de volumen intravascular de líquidos. Una elevación del sodio apoya la retención de líquidos. El sodio sérico puede estar disminuido en caso de una retención excesiva de líquidos.</p>	<p>Se tomaran muestras de laboratorios y se valoraran por el medico ginecólogo.</p>	<p>La piel se mantiene integra, posterior a la interrupción del embarazo disminuyo el edema.</p>
--	--	--	---	--

	<p>ID= Inspeccionar y palpar áreas de edema, documentar la localización y el grado de edema en una escala de 1+ a 4+.</p>	<p>La valoración y documentación precisa del edema son esenciales par evaluar los efectos de la terapia es por esto que se deberá identificar el grado de edema del cliente.</p>	<p>Se registrara en la hoja de enfermería el grado de edema del paciente.</p>	
	<p>ID= Proporcionar un cuidado cutáneo adecuado en áreas edematosas.</p>	<p>Los apoyos sobre almohadas disminuyen la presión sobre la piel y mantiene su elasticidad.</p>	<p>Se valorara continuamente la integridad de la piel con la finalidad de prevenir lesiones cutáneas.</p>	
	<p>ID= Proporcionar apoyos con almohadas a las extremidades edematosas por encima del nivel del corazón.</p>	<p>Inspeccionar la piel en busca de zonas eritematosas o pálidas, estos signos indican alteración de la circulación en la sangre.</p>	<p>.</p>	

	ID= Vigilar cambios clínicos en signos de exceso en el volumen de líquidos.	Las secreciones y excreciones también son parte del volumen de líquido total del organismo.		
--	---	---	--	--

**OBJETIVO: Disminuir el grado de dolor mediante técnicas terapéuticas (de relajación).**

Diagnóstico de enfermería	Intervención	Fundamentación	Criterio de Evaluación	Evaluación
<p>Dolor agudo relacionado con contracciones uterinas y preeclampsia manifestado por gestos de protección y expresiones breavales.</p>	<p>ID= Valorar el grado del dolor.</p> <p>ID= Explicar ejercicios de respiración que le ayudaran a relajarse y a disminuir el dolor.</p> <p>ID= Evitar factores que intensifiquen el dolor como ruidos, luz etc.</p>	<p>Una relación que brinda apoyo, atención y ayuda, estimula conductas para disminuir, controlar o aliviar el dolor.</p> <p>Los cambios de posición masaje y ejercicios de respiración favorecen la relajación y potencian los agente farmacológicos.</p> <p>La luz, ruidos son factores que causan alteración del sistema nervioso, mas aun cuando existe</p>	<p>Se valorara en una escala de 1 a 10 la presencia del dolor.</p> <p>Se orientara sobre los ejercicios respiratorios para relajación.</p> <p>Se evitaran al máximo ruidos o factores que causen el incremento del</p>	<p>Refiere que el ambiente tranquilo y el medicamento han disminuido la cefalea. Las contracciones continúan pero se relaja con las respiraciones profundas. Esta consiente que las respiraciones profundas, mejoran la oxigenación de su bebe y le brindan control y seguridad.</p>

	D= Ministración de analgésico prescrito.	<p>cefalea.</p> <p>La administración de medicamentos es una actividad que requiere una preparación eficaz que permita conocer la dinámica general y específica de la aplicación de los mismos.</p> <p>Las dosis pautadas de analgésicos mantienen niveles en sangre y previenen el dolor intenso.</p>	<p>dolor por irritación del sistema nervioso.</p> <p>Se aplicara el analgésico prescrito por el medico para prevenir el incremento de cefalea.</p>	
--	--	---	--	--

**OBJETIVO: Ofrecer una atención para minimizar las necesidades emocionales y espirituales que esta presentando la paciente.**

Diagnóstico de enfermería	Intervención	Fundamentación	Criterio de Evaluación	Evaluación
<p>Ansiedad relacionado con su estado de salud y la de su bebe, manifestado por preocupación y expresiones verbales.</p>	<p>ID=Ayudara al cliente a determinar la fuente de ansiedad.</p> <p>ID=Determinara el nivel de ansiedad.</p>	<p>Una atención basada en la comprensión, aceptación y apoyo, estimula el comportamiento para disminuir, controlar o eliminar problemas emocionales y espirituales.</p>	<p>Se establecerán las circunstancias de la ansiedad para determinar la manera de afrontacion.</p> <p>Se establecerá la escala que identifique en que nivel de ansiedad</p>	<p>La paciente describe que su causa de ansiedad es el estado de salud de ella y de su bebe.</p> <p>La comunicación con la enfermera y los familiares proporcionan</p>

	<p>ID= Estimulara al cliente a verbalizar sus sentimientos y expresar sus emociones.</p>	<p>Estas acciones ayudan al cliente a establecer una comprensión sobre la naturaleza y la causa de la ansiedad. Una vez que se comprende el estrés con precisión, la ansiedad puede disminuir y el cliente puede identificar con más facilidad las estrategias de afrontarlo.</p> <p>Todo mundo experimenta ansiedad en algún grado, la mayor parte del tiempo. Se necesita de un grado de ansiedad leve o moderada para llevar cabo trabajos creativos y para motivar el comportamiento dirigido al logro de metas. La ansiedad se puede</p>	<p>se encuentra el paciente de esta manera se determinara si es necesario la intervención de servicio de psicología.</p> <p>Se establecerá una relación_ enfermera paciente que le permita al paciente crear un ambiente de confianza que le permita expresar sus sentimientos.</p>	<p>seguridad y una actitud positiva y refiere contribuirá para mejorar su salud.</p>
--	--	---	---	--



	<p>ID=Proporcionara seguridad y comodidad.</p> <p>ID=Hablará lentamente y en forma sosegada.</p> <p>ID= Reducirá la estimulación sensorial.</p>	<p>manifestar en cuatro niveles diferentes: Leve, moderado, severo y pánico.</p> <p>Al compartir las preocupaciones y expresar las emociones pueden reducir los sentimientos del cliente en cuanto a sentirse solo y abrumado por situaciones estresantes.</p> <p>Al proporcionar una presencia reafirmante de la sensación de soledad del cliente se le da apoyo en su afrontamiento de la situación.</p>	<p>Se permitirá que la paciente tenga comunicación con un familiar que le brinde seguridad y apoyo.</p> <p>El ambiente hospitalario se debe tornar tranquilo esto le brindara seguridad y apoyo.</p> <p>Se evitara en lo posible la luz y los ruidos excesivos.</p>	
--	---	--	---	--

	<p>ID=Utilizara técnicas de relajación que disminuyan la ansiedad.</p>	<p>El cliente entenderá mejor su situación si se le habla de una manera tranquila.</p> <p>Una estimulación excesiva puede incrementar la ansiedad del cliente.</p> <p>La utilización de técnicas de relajación permite al cliente ejercer control sobre las respuestas de su cuerpo ante la tensión y la ansiedad.</p>	<p>Se elaborara una lista de los ejercicios respiratorios que contribuyan para disminuir el grado de ansiedad.</p>	
--	--	--	--	--

**OBJETIVO: Proteger la integridad del paciente mediante un plan de cuidados sobre caídas intrahospitalarias.**

<b>Diagnóstico de enfermería</b>	<b>Intervención</b> ID = independiente D = dependiente ITD = interdependiente.	<b>Fundamentación</b>	<b>Criterio de Evaluación</b>	<b>Evaluación</b>
Riesgo de caída relacionado con preclampsia, y el uso de agentes antihipertensivos.	D= Vigilancia estrecha no dejarla sola e informar sobre las medidas de seguridad para la prevención de caídas.  ID= Cama con barandal.	La supervisión frecuente reduce la ansiedad y los comportamientos peligrosos del cliente y previene la posibilidad de caídas.  EL uso de barandales es previene la caída accidental del cliente pues funciona como un barrera.	Se orientara sobre las medidas de seguridad para prevenir caídas, manteniéndose siempre en vigilancia estrecha y con la compañía de una familiar las 24 hrs .  Deberán colocarse en camilla o cama con el uso constante de	La paciente no presento caída, en su estancia hospitalaria se indicaron medidas de prevención en su domicilio.

	<p>ITD= Dejar a un familiar las 24hrs del día.</p> <p>ID= Orientar al paciente y familiar sobre las medidas de seguridad para la prevención de caídas.</p>	<p>La enseñanza sobre las precauciones necesarias asegura la colaboración del cliente y las personas allegadas en la prevención de accidentes.</p> <p>El estado general del cliente y los tratamientos cambian continuamente, todos los profesionales sanitarios relacionados con el cliente tienen que ser informados de los riesgos de caídas de para garantizar la continuidad de los cuidados y la seguridad del cliente.</p>	<p>barandales.</p> <p>Se le brindara orientación sobre las medidas para la prevención de caídas como el uso de barandales, pasamanos y silla de ruedas.</p>	
--	--	---	---	--

OBJETIVO:

<b>Diagnóstico de enfermería</b>	<b>Intervención</b> ID = independiente D = dependiente ITD = interdependiente.	<b>Fundamentación</b>	<b>Criterio de Evaluación</b>	<b>Evaluación</b>
Conocimientos deficientes, relacionados, con el embarazo manifestado por mala alimentación, y preclamsia.	<p>ID= Orientar, sobre los riesgos de los futuros embarazos.</p> <p>ITD=Orientar sobre nutrición informar sobre una dieta balanceada rica en aporte de hierro para</p>	<p>El aprendizaje es un cambio en la disposición o capacidad humana que persiste durante un tiempo y cuya justificación no proviene únicamente del desarrollo. El aprendizaje se representa por un cambio de comportamiento.</p> <p>En un cliente con embarazo de alto riesgo, se debe determinar el momento oportuno para hablar se de debe explicar</p>	<p>Se informara sobre la posibilidad de embarazos de alto riesgos futuros por sus antecedentes obstétricos.</p> <p>Se elaborara una lista de los alimentos ricos en hierro y se informara sobre</p>	<p>La paciente comprende los riesgos que tienen en otro embarazo.</p> <p>-entiende que la alimentación debe ser balanceada con abundantes vegetales que son fuente de hierro, además de la ingestión de 2 a 3 litros de agua, lo que mejorar la producción de leche materna y la dilución de la orina disminuirá la presencia de bacterias en el tracto</p>

	<p>la corrección de hierro, además de consumo de abundantes líquidos para mejorar la lactancia materna.</p> <p>ID= Informar sobre métodos de planificación familiar.</p>	<p>los factores de riesgo para ella y el producto. La alimentación balanceada con fuente abundante de hierro y el consumo de al menos 2 litros de agua lo cual le ayudará a prevenir y corregir anemia y los líquidos a prevenir o revertir una infección del trato urinario.</p> <p>Los métodos de Planificación familiar, que le ayudaran a decidir el número de hijos y el espaciamiento.</p>	<p>una dieta balanceada que le ayude a recuperar su hemoglobina, esto en colaboración con el servicio de nutrición</p> <p>Se orientara sobre los métodos de planificación familiar adecuados para ella y se le estimulara para decidir cuantos hijos y cuando tenerlos en forma responsable en coordinación con su pareja.</p>	<p>urinario.</p> <p>Su esposo y ella deciden utilizar el dispositivo como método de planificación familiar.</p> <p>Entienden que la preclamsia es una enfermedad que se presenta durante el embarazo y el presentarlo se convierte en un factor de riesgo para que se repita en el futuro.</p>
--	--	--	--	--

## **CONCLUSIONES**

A través de este proceso metodológico, se logran los objetivos propuestos para mejorar el estado de salud del cliente.

En la actualidad la enfermera profesional aplica cuidados fundamentales y la calidad de atención va encaminada a la prevención, curación e integración de la persona a la familia y a la comunidad.

Esta herramienta es básica y elemental para el funcionamiento del cuidado de cada paciente y debe de ser aplicado en todas las instituciones y por todo el personal de enfermería que labore en ellas.

Se debe fomentar en el profesional de enfermería la investigación sobre nuevos diagnósticos de enfermería y su validación en la práctica clínica ya que estos son elementos útiles para los cuidados de calidad y para la planificación de las intervenciones así como para las actividades de su competencia exclusiva dando con esto un mayor contenido científico y mayor atención y desarrollo de nuestra profesión.

El proceso de atención de enfermería es la mejor forma de adquirir experiencia en la detección y elaboración de diagnósticos de enfermería y es aplicable en todos los niveles de atención de la salud determinando así la elaboración de un plan de cuidados de enfermería integral.

A través de un proceso metodológico, se logran objetivos, propuestas para mejorar el estado de salud de los pacientes.

Es por eso que siendo la Preeclampsia un síndrome grave y muy común en los embarazos, actualmente con tratamientos que logran muchas veces la pronta recuperación de la paciente y del producto si este mismo se ve afectado, con este proceso se aumenta la calidad de atención de los diagnósticos enfermeros que el profesional detalla con el proceso atención de enfermería, consiguiendo que los cuidados sean dirigidos hacia objetivos comunes en la mejor manera así como aquella identificación de los diagnósticos se basan principalmente con las 14 necesidades, tal y como las clasifico Virginia Avenel Hendersón.

En el caso de la paciente la Sra. Claudia Adriana Vázquez Bañuelos y la complicación que tuvo de Preeclampsia leve, se determinan las necesidades Biológicas, Psicológicas y Sociales que afectaban a la paciente a su estado de equilibrio de la salud.

Las investigaciones aplicadas fueron oportunas ya que se siguieron uno a uno de los pasos del proceso Atención de Enfermería como los son: La valoración. Diagnostico, la planeación, la ejecución y la evaluación.



## **SUGERENCIAS**

Se debe fomentar la capacitación del personal de enfermería sobre el manejo de el proceso de atención enfermero.

La materia de proceso atención enfermero debe incluirse como una de las materias principales en la formación de las futuras enfermeras.

Se debe de hacer énfasis en las estudiantes de enfermería sobre la calidad humana de esta profesión, pues son el futuro y no basta solo con adquirir el titulo es necesario que se apliquen los cuidados con calidad y calidez.

Unificar criterios en las instituciones de salud para la elaboración de hojas de enfermería que incluyan el manejo de diagnósticos de enfermería es indudable que el proceso atención enfermero se aplica en todos los niveles de atención pero es necesario plasmarlo en la hoja de enfermería.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Marriner A. Modelos y teorías de enfermería. Barcelona: Ediciones Rol; 1989:305.
2. Carpenito LJ. Planes de cuidado y documentación en enfermería. Madrid: McGraw-Hill, Interamericana; 1994:5.
3. Griffit JW, Christensen PJ. Proceso de Atención de Enfermería. Aplicación de teorías, guías y modelos. México: El Manual Moderno; 1986:6.
4. López P. Proceso de Enfermería. Rev Iberoamericana de Geriatria y Gerontología 1994; 10:37-38.
5. Iyer P, Tapich B, Bernocchi-Losey D. Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería. México: Interamericana McGraw-Hill; 1993:13.
6. Atkinson L, Murray ME. Proceso de Atención de Enfermería. 2ª ed. México: El Manual Moderno; 1983:7.
7. Carpenito LJ. Manual de Diagnóstico de Enfermería. Madrid: McGraw-Hill, Interamericana; 1993: XXVIII.
8. Luis MT. Diagnósticos Enfermeros. Un instrumento para la práctica asistencial. Barcelona: Mosby, Doyma Libros; 1996:6.
9. Luis MT. Diagnósticos de Enfermería. Aplicación práctica. Rol de Enfermería 1991; 14:62.
10. Atkinson L, Murray ME. Proceso de Atención de Enfermería. 5ª ed. México: McGraw-Hill, Interamericana; 1996:60.
11. Atkinson L, Murray ME. Proceso de Atención de Enfermería. 2ª De. México: McGraw-Hill, 1983:32.
12. Phaneuf M. Cuidados de Enfermería. El proceso de Atención de Enfermería. Madrid: Interamericana; 1993:139.