



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA
LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

**ESTUDIO DE CASO DIRIGIDO A UNA MUJER EMBARAZADA DE 34.3
SDG CON ALTERACIÓN EN LAS NECESIDADES: OXIGENACIÓN,
ELIMINACIÓN Y PREVENCIÓN DE PELIGROS**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

MARÍA DE LOS ANGELES ZAVALA DOMINGUEZ

NO. CUENTA: 406114747

MTRA. ANGELINA RIVERA MONTIEL

ASESORA



Noviembre, 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.

AGRADECIMIENTOS

A LA ESCUELA DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA POR LLEVAR A LOS LUGARES MAS APARTADOS LA ENSEÑANZA Y EL CONOCIMIENTO HACIENDONOS PARTICIPES DE LA PROFESIONALIZACION DE ENFERMERIA.

A LA MAESTRA ANGELINA RIVERA MONTIEL POR SU PACIENCIA Y EMPEÑO EN LA ASESORIA DE ESTE PROCESO DE ENFERMERÍA, PUES GRACIAS A ELLO LOGRE CULMINAR ESTE TRABAJO CON ÉXITO.

A MIS AMIGAS LAS CUALES ME BRINDARON SU APOYO INCONDICIONAL IMPULSANDOME AL LOGRO DE MIS OBJETIVOS.

A LA MAESTRA TITA LOPEZ TARANGO POR IMPULSAR EL DESARROLLO HACIA LA PROFESIONALIZACION DE LAS ENFERMERAS DEL ESTADO DE MORELOS.

DEDICATORIAS

A MI FAMILIA POR SU APOYO A PESAR DE LOS MOMENTOS DIFICILES EN LA CUAL ME ENCONTRABA EN ESOS MOMENTOS.

A DIOS ESE SER SUPREMO QUE SE ENCUENTRA CON TODOS LOS SERES HUMANOS EN LOS MOMENTOS DE FELICIDAD Y TRISTEZA.

INDICE	PAGINA
INTRODUCCION	1
I.OBJETIVO	2
1.1.Objetivo general	
1.2.Objetivos específicos	
II. MARCO DE REFERENCIA	3
2.1. Proceso de Atención de Enfermería	
Antecedentes	
Concepto	
Etapas	
2.1.1. VALORACION	4
Concepto	
Objetivo	
Tipos de valoración	
Fuentes de Información	5
Métodos y Técnicas de Valoración	
2.1.2. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	9
Concepto	
Objetivo	
Antecedentes (NANDA)	
Clasificación de diagnósticos	
Etiquetas Diagnosticas Según las	10
Necesidades Humanas	
Diagnósticos de la NANDA	

	v
Tipos de diagnósticos	17
Los componentes esenciales de los Diagnósticos Enfermeros en base al Formato PES	
2.1.3. PLANEACION	18
Concepto	
Objetivo	
Tipos de Intervención	19
Criterios de Resultado	
Objetivo	
2.1.4. EJECUCIÓN	20
Concepto	
Objetivo	
2.1.5. EVALUACIÓN	21
Objetivo	
2.2. NECESIDADES FUNDAMENTALES DE VIRGINIA HENDERSON	23
2.2.1. ANTECEDENTES DE FORMACIÓN DE VIRGINIA HENDERSON	
2.2.2 ELEMENTOS MÁS IMPORTANTES.	
Tipos de dependencia.	26
Causas de dependencia.	
Concepto.	
Rol de enfermería.	27
Tipos de roles.	
2.2.3 NECESIDADES	28

	vi
2.2.4 PRECLAMPSIA	29
Clasificación.	31
Complicaciones.	32
Tratamiento.	33
Antihipertensivos.	
2.2.5 ANEMIA EN EL EMBARAZO	36
Clasificación.	37
Signos y síntomas.	
Tratamiento.	
2.2.6 ANSIEDAD.	39
Concepto.	
Tratamiento.	41
III.- METODOLOGÍA	43
3.1. VALORACION.	
3.2 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.	
3.3. PLANEACION.	
3.4 EJECUCION.	44
3.5 EVALUACION	
IV. APLICACIÓN PRÁCTICA DEL PROCESO.	45
4.1 Valoración	
4.2 Diagnostico de Enfermería.	47
Plan de cuidados.	50
V.- CONCLUSIONES	72
VI.- BIBLIOGRAFIA	73

INTRODUCCION

El Proceso de Atención de Enfermería, es una herramienta indispensable para la toma de decisiones en el cuidado de la persona. En su aplicación práctica desarrollan habilidades y destrezas que conllevan a identificar los problemas que afectan las necesidades de las personas sanas o enfermas; estos problemas pueden ser reales, potenciales y de bienestar para los cuales se planean intervenciones de enfermería en forma prioritaria, con la finalidad de disminuir y solucionar problemas de salud.

La enfermera tiene la responsabilidad de elaborar un plan integral de atención para cada paciente en forma individualizada, de acuerdo al nivel de atención, se deberán fundamentar las acciones de esto dependerá la efectividad de las intervenciones de enfermería.

El egreso de la Licenciatura en enfermería y Obstetricia debe de ser capaz de desarrollar las habilidades cognitivas, comunicativas y tecnológicas para el cuidado de las personas; es por ello y como una evidencia objetiva de l desarrollo de estas habilidades que se presenta el siguiente Estudio de Caso, el cual esta dirigido a una mujer embarazada con afección de las necesidad de oxigenación. El Estudio se realizó en el Hospital General de Tetecala Dr. Rodolfo Becerril de la Paz. La metodología a utilizar será la propia del Proceso de atención de Enfermería para los cuales se aplicaron los cinco pasos del proceso: valoración diagnostico, planeación, ejecución y evaluación.

El estudio de caso se estructuro en cinco capítulos, el primero presenta los objetivos, el segundo contiene el marco teórico.

I.- OBJETIVOS

1.1. OBJETIVO GENERAL.

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 preclamsia y anemia manifestado por, perfusión tisular inefectiva, exceso en el volumen de líquidos, fatiga y ansiedad.

1.2. OBJETIVO ESPECIFICOS.

1.2.1. A través de la valoración obtener datos que permitan identificar:

- a) La independencia o dependencia en la satisfacción de sus necesidades.
- b) Los problemas que afectan las necesidades.

1.2.2. Con base a los problemas identificados, establecer los diagnósticos de enfermería pertinentes.

1.2.3. Mediante los diagnósticos de enfermería identificados, planear los cuidados de enfermería.

1.2.4. Ejecutar y evaluar los cuidados de enfermería planeados.

II.- MARCO REFERENCIAL

2.1. PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA.

“ANTECEDENTES

Antes de que se desarrollara el proceso de enfermería, las enfermeras tenían tendencia a prestar la asistencia basándose en las órdenes redactadas por los médicos y que se centraban en los procesos patológicos específicos más que en la persona que estaba siendo asistida. El cuidado de enfermería que se prestaba con independencia del médico se guiaba frecuentemente por la intuición y la experiencia más que por un método científico.”¹

En 1955, Hall creó el término, y Johnson (1959), Orlando (1961), y Wiedenbach (1963) fueron de las primeras que lo utilizaron para referirse a una serie de fases que describen el proceso de enfermería.

El uso del proceso de enfermería en la práctica clínica adquirió más legitimidad en 1973, cuando la American Nurses Association (ANA) publicó la Standards of Nursing Practice, que describen las cinco fases del proceso de enfermería: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación (ANA 1973)

CONCEPTO

Es un método racional y sistemático de organizar y prestar los cuidados de enfermería.

ETAPAS

1. Valoración.
2. Diagnóstico.
3. Planificación.
4. Ejecución.
5. Evaluación.

¹ KOZIER B., G.Erb. K. BLAIS, et al. Fundamentos de enfermería, conceptos, proceso y práctica, 5ª ed. Ed. Trillas 2005 pág. 93

2.1.1. VALORACION

CONCEPTO

Es la primera fase del proceso de enfermería e incluye la recogida, organización y validación de los datos. La valoración es una parte de cada una de las actividades que realiza la enfermera por el paciente y con el paciente.

Es un proceso continuo que se realiza durante todas las fases del proceso de enfermería.

OBJETIVO

Describir los aspectos importantes en el ámbito de la entrevista.

TIPOS DE VALORACION

Valoración inicial: realizado en el plazo especificado después del ingreso en un centro de asistencia sanitaria con el propósito de establecer una base de datos completa para identificar el problema, las referencias y las futuras comparaciones, ej. Valoración de enfermería al ingreso.

Valoración focalizada: proceso progresivo integrado durante los cuidados enfermeros con el propósito de determinar el estado de un problema específico, identificado en la valoración anterior. Identificar un problema nuevo o que pasaron desapercibidos ej. Valoración horaria de la toma de líquidos y de la diuresis en una UCI.

Valoración de urgencia: durante cualquier crisis fisiológica o psicológica del cliente, con el propósito de identificar problemas que amenazan la vida. Ej. Valoración rápida de las vías respiratorias de una persona.

Valoración después de un tiempo: varios meses después del estudio inicial con el propósito de comparar la evolución del cliente con los datos basales obtenidos anteriormente. Ej. Nueva valoración del estado funcional del cliente en su domicilio o fuera del hospital.

FUENTES DE INFORMACION

1. Primarias: el cliente es la primera fuente de información.
2. Secundarias: los miembros de la familia o las demás personas que le apoyan, otros profesionales de la salud, los registros e informes, los datos de laboratorio y de diagnóstico y las publicaciones pertinentes son fuentes secundarias o indirectas.

MÉTODOS Y TÉCNICAS DE VALORACIÓN

Observación: es reunir datos utilizando los cinco sentidos. La observación es una capacidad consciente y deliberada que se desarrolla solamente con un esfuerzo y un método organizado.

Datos obtenidos por medio de los cuatro sentidos:

Visión: Aspecto general /dimensiones corporales, peso total, postura, grado de aseo personal); signos de malestar, de aflicción o tensión emocional; mímica facial y corporal; coloración y lesiones de la piel, alteración de los movimientos; elementos no verbales de la conducta (irritación o ansiedad).

Olfacción: Olores corporales o del aliento.

Audición: Ruidos respiratorios y tonos cardiacos; facilidad para comunicarse; lenguaje hablado; capacidad para iniciar una conversación; para responder al hablar con otros; orientación en el tiempo, el espacio, y sobre sí mismo; ideas y opiniones acerca de uno mismo, de los demás y del estado de salud.

Tacto: Temperatura y humedad de la piel; fuerza muscular, frecuencia, ritmo y volumen del pulso; lesiones palpables (abultamientos, masas, nódulos).

La observación tiene dos aspectos:

- a) Reconocer los estímulos.
- b) Seleccionar, organizar e interpretar los datos.

Las observaciones de enfermería deben estar organizadas de manera que no se omita nada importante. La mayoría de las enfermeras siguen un orden especial para observar los hechos, y lo hacen normalmente centrándose ante todo en el paciente.

Entrevistas: Es una comunicación programada o una conversación que se realiza con el propósito, por ej. De dar información, de identificar problemas o preocupaciones mutuas, para evaluar un cambio, enseñar, dar apoyo o proporcionar asesoramiento o tratamiento. La entrevista es un proceso que la enfermera emplea en la mayoría de las fases del proceso de enfermería. Durante la fase de valoración, sin embargo, el propósito principal de la entrevista es la recogida de datos. Ej. De entrevista es la historia de enfermería.

Hay 2 sistemas de entrevistas:

- 1. Entrevista dirigida:** está muy estructurada y proporciona información específica. La enfermera establece la finalidad de la entrevista y dirige la misma, al menos al principio, haciendo preguntas cerradas.
- 2. Entrevista no dirigida:** o entrevista para “crear una relación de compenetración”, la enfermera permite que el cliente dirija los objetivos, los temas y el ritmo de la charla. La relación de compenetración es el entendimiento entre dos o más personas. La enfermera incita a la conversación haciendo preguntas abiertas y dando respuestas.

Clases de preguntas en la entrevista:

Preguntas cerradas: usadas en la entrevista dirigida, son restrictivas y generalmente sólo requieren respuestas cortas para obtener datos específicos.

Preguntas abiertas: propias de la entrevista no dirigida, son las que se dirigen o invitan al cliente a descubrir y a profundizar (elaborar, aclarar o ilustrar) en sus ideas y sentimientos. Dan al cliente la libertad de hablar de lo que desee. La pregunta abierta es amplia, alude solamente al tema a tratar, e invita a responder con más de una o dos palabras.

Pregunta neutra: es una pregunta que el cliente puede contestar sin que la enfermera dirija o presione la respuesta. Ej. Que piensa sobre esto.

Pregunta inductora: orienta la respuesta del cliente. El enunciado de la pregunta sugiere la respuesta que se va a dar. No le permite al cliente decidir si la respuesta es verdadera o no.

Exploración: Es un método sistemático de recogida de datos que utiliza las capacidades de observación (esto es, los sentidos de la vista, el oído, el olfato y el tacto). Para llevar a cabo la exploración, la enfermera utiliza los métodos de la inspección, auscultación, palpación y percusión.

La exploración física se lleva a cabo de forma sistemática. Puede hacerse siguiendo el orden que prefiera quien la realiza, bien la exploración de la cabeza a los pies o haciéndolo por aparatos y sistemas.

Métodos de exploración:

Inspección: es el examen visual, es decir, la valoración usando la vista. La enfermera inspecciona a simple vista y a través de un instrumento que da luz, ej. Un otoscopio (para visualizar el oído). Las enfermeras usan frecuentemente esta técnica para valorar el color, las erupciones cutáneas, las cicatrices, la forma del cuerpo, las expresiones faciales que pueden reflejar emociones, y las estructuras corporales (ej. El fondo de ojo). La inspección es un procedimiento activo, no pasivo.

La enfermera debe conocer que busca y donde lo busca. La inspección debe ser sistemática, de manera que nada se pase por alto.

Palpación: es el examen del cuerpo mediante el uso del sentido del tacto. Para esto, se utilizan las yemas de los dedos que por la concentración de terminales nerviosas son altamente sensibles a la discriminación táctil. La palpación se utiliza para determinar: a)- textura (ej. El pelo); b)- temperatura (ej. Un área de la piel); c)- vibración (ej. Articulación); d)- posición, tamaño, consistencia y movilidad de órganos o masas; e)- distensión (ej. De la vejiga urinaria); f)- presencia y frecuencia de pulsos periféricos; g)- sensibilidad al dolor.

Existen dos tipos de palpación: ligera y profunda. La palpación ligera (superficial) siempre debe preceder a la palpación profunda, la enfermera extiende los dedos de la mano dominante paralelamente a la superficie de la piel y presiona levemente mientras mueve la mano en forma circular.

La palpación profunda se hace con ambas manos o con una sola. La presión se aplica mediante la mano de arriba, mientras que la de abajo se mantiene relajada para percibir las necesidades táctiles. Con la utilización de una sola

mano y las yemas de los dedos de la mano dominante presionan el área a palpar.

Percusión: es un método de exploración en el cual la superficie corporal se golpea para provocar sonidos audibles o vibraciones perceptibles. Existen dos tipos de percusión: la percusión directa, la enfermera golpea directamente el área a percudir con la extremidad de dos, tres o cuatro dedos, o con la del dedo medio. Los golpes son rápidos y moviendo la mano solo por la articulación de la muñeca.

El segundo tipo, la percusión directa, consiste en golpear un objeto (ej. Un dedo) que se aplica al área corporal que se examina.

La percusión se utiliza para determinar el tamaño y la forma de los órganos internos mediante la determinación de sus bordes. Indica si un tejido está lleno de líquido, aire, o es sólido. La percusión produce cinco tipos de sonido: mate, submate, claro o resonante, hiperresonante y timpánico.

Auscultación: es el proceso que consiste en escuchar los sonidos que se producen en el interior del cuerpo y puede ser directa o indirecta. La auscultación directa es cuando se aplica el oído directamente al cuerpo, ej. Para escuchar una respiración ruidosa o el ruido chirriante de la articulación en movimiento. La auscultación indirecta consiste en el uso de un estetoscopio que amplifica los sonidos y los transmite a los oídos de la enfermera. El estetoscopio se utiliza para auscultar los sonidos del interior del cuerpo como son los intestinales y de las válvulas cardiacas.

Los sonidos auscultados se describen de acuerdo a su tono, intensidad, duración y timbre. El tono: es la frecuencia de las vibraciones (núm. de vibraciones por segundo). La intensidad (amplitud) se refiere a la fuerza o suavidad del sonido. La duración de un sonido se refiere a su longitud (prolongada o corta). El timbre de un sonido es una descripción subjetiva del mismo, por ej. Silbido, gorgoteo o chasquido.

2.1.2. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

CONCEPTO

Es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, la familia o la comunidad a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. Proporciona la base para seleccionar las intervenciones enfermeras para conseguir los objetivos de los que es responsable el enfermero o enfermera.

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

ANTECEDENTES (NANDA)

En 1982, durante la V Conferencia, se crea la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) que proporciona la estructura organizativa y establece los planes de trabajo, para el desarrollo y expansión de los diagnósticos de enfermería.

Las categorías diagnósticas, tal como actualmente las conocemos, surgen al inicio de la década de los años 70, con una estructura insuficiente y a pesar de numerosas discusiones no se llega a acuerdos sobre la mejor forma de clasificarlos, por lo que se decide organizarlas en orden alfabético. La NANDA considera insuficiente el criterio alfabético; por ello inicia los trabajos para elaborar un marco de referencia, que proporcione las bases conceptuales, y así establecer los criterios de clasificación taxonómica

CLASIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICO: Hay 7 ejes del modelo de diagnóstico enfermero NANDA.

- EJE 1 concepto diagnóstico
- EJE 2 sujeto del diagnóstico (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 diagnóstico: real, de riesgo, de salud, de promoción a la salud)

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

- **DIAGNÓSTICOS 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. ALIMENTACIÓN / HIDRATACIÓN

CODIGOS DIAGNÓSTICOS

Taxonomía II

00001 Desequilibrio Nutricional por exceso

00002 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 autocuidado, 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. ELIMINACIÓN

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 Autocuidado, 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 deambulacion
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 Deprivación de sueño

VI. VESTIRSE

CODIGOS DIAGNÓSTICOS

Taxonomía II

00109 Déficit de Autocuidado, 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 Autocuidado, 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 perioperatoria
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 Automutilación, 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 Automutilación
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. RELIGIÓN / 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 diagnostica)

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

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

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

- 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.-Etiologia: (Factores relacionados y factores de riesgo)

El componente etiológico del diagnostico identifica una o mas 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.”²

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.

² NANDA Internacional Diagnósticos enfermeros definiciones y clasificaciones. Pag 280-313

Estructura del diagnóstico de enfermería.³”

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.

2.1.3. PLANEACION

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.

³ NANDA. Ibídem. pág. 97

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. Los ordenes de las medicas suelen 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.”⁴

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 deseada. Conseguir un objetivo es resolver el problema identificado en el diagnóstico enfermero

⁴NANDA. *Ibidem.* pág. 144-162

2.1.4. EJECUCIÓN

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.

2.1.5 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.”⁵

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.

⁵ FERNÁNDEZ Ferrin Carmen. NOVEL Gloria Martí, El Proceso de Atención de Enfermería, Estudio de Proceso, pág. 6-7

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 DE VIRGINIA HENDERSON)

Virginia nació en 1897 en Kansas (Missouri). Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería.

Henderson define a la enfermería en términos funcionales como : " La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo , en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud , su recuperación o una muerte tranquila , que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza , la voluntad y el conocimiento necesario . Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible"

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 Biofisiologicos: 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.

2.2.3. NECESIDADES

LAS NECESIDADES HUMANAS BÁSICAS SEGÚN HENDERSON.

Henderson identifico 14 necesidades fundamentales:

- 1°.- Respirar con normalidad.
- 2°.- Comer y beber adecuadamente.
- 3°.- Eliminar los desechos del organismo.
- 4°.- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
- 5°.- Descansar y dormir.
- 6°.- Seleccionar vestimenta adecuada.
- 7°.- Mantener la temperatura corporal.
- 8°.- Mantener la higiene corporal.
- 9°.- Evitar los peligros del entorno.
- 10°.- Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
- 11°.- Ejercer culto a Dios, acorde con la religión.
- 12°.- Trabajar de forma que permita sentirse realizado.
- 13°.- Participar en todas las formas de recreación y ocio.
- 14°.- Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

2.2.4 PREECLAMPSIA

Es una complicación médica del embarazo también llamada toxemia del embarazo o hipertensión inducida embarazo y asociada a elevados niveles de proteína en la orina. Es posible que exista un componente en la placenta que cause disfunción endotelial en los vasos sanguíneos maternos en mujeres susceptibles. aunque el signo más notorio de la enfermedad es una elevada presión arterial, puede desembocar en una eclampsia, con daño al endotelio materno, riñones e hígado. La única cura es la inducción del parto, una cesárea o aborto y puede aparecer hasta seis semanas posparto.

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. Es mucho más común en mujeres con su primer embarazo, hasta el 85%.

El riesgo más significativo en la aparición de preeclampsia es el haber tenido preeclampsia en un embarazo previo. la preeclampsia es más frecuente en mujeres con hipertensión, diabetes previa al embarazo, enfermedades autoinmunes como lupus eritematoso, en pacientes con trombofilias, insuficiencia renal, y mujeres con una historia familiar con preeclampsia, mujeres con obesidad y mujeres con múltiples gestaciones (gemelos, por ejemplo). el riesgo sube a casi el doble en mujeres de raza negra.

Es posible desarrollar preeclampsia después del parto, hasta un período de 6 a 8 semanas después del alumbramiento. Por ello, se debe prestar atención las 24-48 horas seguidas del parto con el fin de detectar posibles síntomas y signos de preeclampsia.

La morbilidad y la mortalidad materna en la preeclampsia son el resultado de disfunción terminal de un órgano, hemorragia cerebral, y eclampsia; mientras que para el recién nacido lo son la restricción del crecimiento intrauterino y el bajo peso por prematuridad.

Clasificación:

PREECLAMPSIA LEVE: tensión arterial (ta) 140/90 - 160/110 mmHg + proteinuria menor de 5g/24h.

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

Cuadro clínico:

La preeclampsia leve es un síndrome que puede presentar los siguientes signos y síntomas:

- Presión arterial de 140/90mmhg
- Edema de cara manos
- Alteración de la función hepática y visual
- Presencia de proteína en la orina de 300mg o mas.
- La preeclampsia severa presenta los siguientes signos y síntomas:
- Oliguria menor de 400ml/24h

- Trastornos mentales
- Dolores epigástricos (en puñalada, intensos)
- Edema pulmonar o cianosis
- Aumento de peso de más de 2 kg en una semana
- Alteraciones en la visión: visión borrosa, doble, ver estrellitas luminosas, intolerancia a la luz.
- Cefaleas intensas y persistentes.

Etiología: Esquema de una placenta, de anatomía de gray. Se piensa que la pre-eclampsia esta 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 hipóxica, ocasionando una reacción inmune caracterizada por la secreción aumentada de mediadores de la inflamación desde la placenta y que actúan sobre el endotelio vascular. La implantación superficial puede que sea consecuencia de una reacción del sistema inmune en contra de la placenta. Esta teoría enfatiza el 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 su placenta. Se piensa 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 en los que la inmunidad materna desencadena un ataque destructivo en contra de los tejidos del feto en desarrollo. Sin embargo, en muchos casos la respuesta materna ha permitido una implantación normal de la placenta. Es posible que haya mujeres con niveles inflamatorios más elevados producidos por condiciones concomitantes como la hipertensión crónica y enfermedades autoinmunes, que tengan una menor tolerancia a la carga inmune de un embarazo. De ser severa, la preeclampsia progresa a preeclampsia fulminante, con cefaleas, trastornos visuales, dolor epigástrico y que desarrollan en el síndrome de hellp (hemólisis, enzimas hepáticas elevadas, plaquetopenia) y eclampsia. El desprendimiento prematuro de la placenta se asocia también con embarazos hipertensivos. Todas son urgencias médicas, tanto para el bebé como para su madre.

Algunas de las teorías que han intentado explicar como aparece la preeclampsia, han vinculado el síndrome con la presencia de los siguientes:

- Daño a las células endoteliales.
- Rechazo inmune a la placenta
- Perfusión inadecuada de la placenta
- Reactividad vascular alterada
- Desbalance entre prostaciclina, 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 diseminada.
- Isquemia uterina
- Factores dietéticos, incluyendo deficiencias de vitaminas
- Factores genéticos.

Complicaciones: La eclampsia es la complicación más seria de la preeclampsia, en el reino unido, por ejemplo aparece en 1 de cada 2000 embarazos y tiene una mortalidad cercana a 1.8%. El síndrome de hellp es más común, probablemente presente en 1 de cada 500 embarazos y puede ser tan peligroso como la eclampsia misma. Ambos trastornos pueden aparecer sin anunciarse por razón de los signos prodrómicos de la preeclampsia.

La hemorragia cerebral es una lesión que puede matar a mujeres con eclampsia o preeclampsia. Se sabe que la hemorragia cerebral es una complicación de una hipertensión severa, por lo que la hipertensión del embarazo es un factor preponderante en la aparición de esta situación, aunque la relación entre la hipertensión y la hemorragia cerebral no se ha cuantificado para la preeclampsia.

El síndrome de distrés respiratorio agudo en el adulto es otra complicación que aparece después de una preeclampsia aunque no se ha determinado si la causa sea el soporte respiratorio hospitalario de la paciente o si es por razón de la preeclampsia misma.

Tratamiento: Si la preeclampsia es leve (TA <140/90, proteinuria <500 mg/día, función renal normal, ácido úrico sérico <4.5 mg/dL, recuento plaquetario normal y sin evidencia de HELLP) el reposo en cama y la vigilancia suelen ser tratamiento suficiente. Dieta y cambio de estilo de vida. Cualquier signo de agravamiento será indicación de terapia antihipertensivos y considerar el parto, en especial si la gesta es mayor a 32 semanas.

El parto es el tratamiento definitivo.

Se debe reducir la TA a menos de 140/90 antes del parto.

Las convulsiones (eclampsia) o el síndrome de HELLP son indicaciones absolutas de cesárea.

El crecimiento fetal debe monitorizarse por ultrasonografica cada 3-4 semanas. Si se diagnostica o sospecha retraso de crecimiento, la velocimetría Doppler de las arterias umbilicales auxilia en el manejo.

La medicación antihipertensiva se hace sólo cuando la presión arterial está lo suficientemente elevada para poner en peligro a la madre. Mujeres que han recibido terapia antihipertensiva han demostrado un descenso en la incidencia de EVC y complicaciones cardiovasculares. La meta de la terapia antihipertensiva es reducir la presión arterial materna sin comprometer la perfusión útero placentaria. Por cada 10 mmHg de reducción en la presión arterial se reduce el crecimiento fetal en aproximadamente 145 g.

La actitud terapéutica actual es conservadora, sólo se indica la terapia antihipertensiva cuando hay evidencia de daño a órgano blanco o cuando es indispensable realizar el parto, donde se sigue el protocolo indicado un poco más adelante.

Cuando la mujer padece de hipertensión crónica, la medicación antihipertensiva puede ser suspendida durante el embarazo hasta que se noten aumentos de la presión arterial que requieran reiniciar su tratamiento (comúnmente en la semana 18) aunque en cualquier momento pueden hacerlo. Si se decide continuar durante el embarazo con el tratamiento antihipertensivo, se puede realizar con α -metildopa⁷, 15 0,5 a 2 g en 24 h en 2-3 tomas. Si el control no es adecuado, un segundo fármaco puede ser añadido (nifedipina o hidralazina). El labetalol también puede usarse como medicación única de primera línea.

En resumen, un embarazo menor de 32 semanas se deberá tratar conservadoramente, si es mayor de 32 semanas se inducirá el parto.

Tratamiento:

Experimentales:

1. La aspirina a dosis bajas inhibe la síntesis plaquetaria de troboxano más que la síntesis de PGI₂. Estas dosis resultan en altas concentraciones en el sistema porta afectando la activación plaquetaria; sin embargo, las relativamente bajas concentraciones periféricas tienen reducido efecto en el endotelio vascular. Dosis altas podrían ser benéficas al inhibir la actividad sintasa placentaria y, en consecuencia, reducir la peroxidación placentaria de lípidos.

2. Los suplementos de calcio (2g / día) reducen la TA e incidencia de hipertensión en el embarazo, en las embarazadas disminuye la capacidad de respuesta a la angiotensina II, lo que sugiere un aumento en la síntesis de PGI₂ 4. Podrían ser benéficos en comunidades con dieta baja en calcio.

3. Sobre la heparina no se ha establecido su utilidad.

4. Antioxidantes: de acuerdo a la hipótesis etiopatogénica de estrés oxidativo se ha intentado dar antioxidantes como profilaxis, pero no se ha mostrado evidencia de su utilidad, aunque ya existen estudios hechos en mujeres con alto riesgo para preeclampsia que han mostrado disminución de la incidencia de preeclampsia en el grupo tratado, pero los estudios son pequeños y aislados.

ANTIHIPERTESIVOS

“El tratamiento previene el edema de pulmón, edema cerebral y la hemorragia cerebral.

Los únicos fármacos absolutamente contraindicados en el embarazo son los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y los bloqueadores de los receptores de angiotensina II. Los diuréticos han mostrado seguridad al usarse durante el embarazo, pero en caso de preeclampsia su uso no es aceptado, excepto la furosemida en casos de insuficiencia cardíaca. Los IECA

y bloqueadores de receptores de angiotensina provocan oligohidramnios, estenosis de la arteria renal fetal, muerte fetal, disgenesia tubular renal, anuria e hipoplasia craneal y pulmonar.

Todos los antihipertensivos corresponden a una clasificación C de riesgo en embarazo (según la FDA, clasificación C: Los estudios de reproducción en animales demostraron efectos adversos en el feto pero no se han efectuado estudios bien controlados en mujeres grávidas. Sin embargo el beneficio que puede aportar la droga puede justificar el riesgo potencial).

Las medicaciones preferidas debido a su seguridad son la α -metildopa, los betas bloqueadores y vasodilatadores (hidralazina)

ANTIHIPERTENSIVOS USADOS DURANTE EL EMBARAZO

METILDOPA:

250-1500 mg dos veces al día, máximo 3 g/día

HIDRALAZINA:

10, 20, 50, 100 mg tres o cuatro veces al día, máximo 400 mg/día

LABETALOL

100, 200 o 300 mg, máximo 2 400 mg/día

NIFEDIPINA:

Sólo usar nifedipina de larga acción. 30-60 mg como inicio, luego 30, 60, 90 mg. Máximo 120 mg/día

FELODIPINA:

5-10 mg/día máximo 10 mg dos veces al día.

TIAZIDA:

12.5 mg incrementarlo 25 mg diario

FUROSEMIDA

20-40 mg/día máximo 160 mg dos veces al día”⁶

⁶ R NISWANDER kennetlt MD Manual de obstetricia diagnostico y tratamiento 3 ed. Pág.158-172.

2.2.5 ANEMIA EN EL EMBARAZO

La anemia es la insuficiencia de glóbulos rojos o la capacidad reducida de los glóbulos rojos para transportar oxígeno o hierro. Las enzimas de los tejidos que requieren hierro pueden afectar la función de las células en los nervios y los músculos. El feto depende de la sangre de la madre y la anemia puede ocasionar un crecimiento fetal deficiente, un nacimiento prematuro y un bebé de bajo peso al nacer.

El embarazo necesariamente conlleva diversos cambios en el metabolismo de la mujer, dichos cambios generalmente están relacionados con las necesidades nutricionales para abastecer correctamente lo que el nuevo cuerpo que está gestándose dentro de nosotros demanda. el nuevo territorio sanguíneo originado por la placenta produce un aumento progresivo del volumen de sangre que circula por nuestro organismo; dicho aumento tiene lugar alrededor de la décima semana de gestación extendiéndose a las 34 semanas aproximadamente. Todo este proceso que, explicado parece bastante simple pero está muy lejos de serlo, conlleva a una dilución tanto de los componentes de la sangre; esto a su vez provocará un aumento de los glóbulos rojos pero sin alcanzar a compensar el aumento del plasma. Para que dicha elevación se produzca es necesario que el cuerpo adquiera o disponga de una cierta cantidad de hierro para dar lugar a la hemoglobina, principal componente de los glóbulos rojos y cuya función es transportar el oxígeno hacia los diferentes órganos; en caso de carecer de hierro es muy probable que suframos anemia.

La anemia en el embarazo suele ser un problema muy frecuente entre las futuras mamás, aunque muy pocas veces pueda llegar a ser una complicación seria debe ser tratada con mucha atención. Podemos decir que la anemia se define como la disminución de la masa de hemoglobina en el período de gestación; se considera anemia cuando el nivel de hemoglobina en el primer y tercer trimestre es menor a 11 gr% y cuando éste es inferior a 10,5 gr% en el segundo trimestre.

Etiología:

La anemia en el embarazo suele ser de tipo ferropénica, al menos en los 90% de los casos, la misma surge por una insuficiente ingesta de hierro; muy raramente se dan los casos de anemias megaloblásticas cuya causa es el déficit de vitamina b12. pero la anemia durante el embarazo puede darse por otras causas que son un poco más frecuentes, nos referimos a la pérdida aguda de sangre, hemolisis y a enfermedades sistémicas crónicas. En caso de padecer esta patología se presentarán varios síntomas imposibles de no

percibir; entre ellos los más comunes son la fatiga, palpitaciones, somnolencia, taquicardia, palidez, sudoración y dificultad para respirar. En caso de que esta patología se presente en grado severo es muy probable que padezcamos una inestabilidad hemodinámica lo que está asociado con las pérdidas de sangre.

Clasificación:

ANEMIA GRAVÍDICA

Durante el embarazo, el volumen sanguíneo de la mujer aumenta hasta en un 50 por ciento. Esto hace que la concentración de glóbulos rojos en su cuerpo se diluya. A veces, el trastorno recibe el nombre de anemia de embarazo y no se considera anormal salvo en los casos en los que los niveles disminuyen demasiado.

ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO

Durante el embarazo, el feto se vale de los glóbulos rojos de la madre para su crecimiento y desarrollo, especialmente durante los últimos tres meses del embarazo. Si una mujer tiene una excesiva cantidad de glóbulos rojos en la médula ósea antes de quedar embarazada, puede utilizar esta reserva durante el embarazo para satisfacer las necesidades del bebé. Las mujeres que no poseen la cantidad adecuada de hierro almacenado pueden desarrollar anemia por deficiencia de hierro. Este tipo de anemia es el más común durante el embarazo. Consiste en la falta de hierro en la sangre. El hierro es necesario para fabricar la hemoglobina (parte de la sangre que distribuye el oxígeno desde los pulmones a los tejidos del cuerpo). Antes de embarazarse, es conveniente tener una nutrición adecuada para poder acumular estas reservas y prevenir la anemia por deficiencia de hierro.

DEFICIENCIA DE VITAMINA B12

La vitamina b12 es importante para la formación de glóbulos rojos y la síntesis de las proteínas. Las mujeres vegetarianas (que no comen productos derivados de animales) tienen mayor probabilidad de desarrollar la deficiencia de vitamina b12. La inclusión de alimentos derivados de animales en la dieta, tales como

leche, carnes, huevos y aves, puede prevenir la deficiencia de vitamina b12. Las mujeres bajo una dieta vegetariana estricta generalmente necesitan la inyección del suplemento de vitamina b12 durante el embarazo.

PÉRDIDA DE SANGRE

La pérdida de sangre durante el parto o el puerperio (después del parto) también puede ser una causa de la anemia. La pérdida de sangre promedio en un parto vaginal es de aproximadamente 500 mililitros y, en un parto por cesárea, de 1.000 mililitros. Las reservas adecuadas de hierro pueden ayudar a una mujer a reponer la cantidad de glóbulos rojos perdidos.

DEFICIENCIA DE FOLATO

El folato, también llamado ácido fólico, es una vitamina b que trabaja con el hierro en la formación de los glóbulos. la deficiencia del folato durante el embarazo generalmente está asociada a la deficiencia de hierro dado que tanto el ácido fólico como el hierro se encuentran en los mismos tipos de alimentos. se ha comprobado que el ácido fólico ayuda a reducir el riesgo de dar a luz a un bebé con ciertos defectos congénitos cerebrales y de la médula espinal si se ingiere antes de la concepción y durante los primeros meses de concepción.

SIGNOS Y SINTOMAS

- Palidez en la piel, los labios, las uñas, las palmas de las manos o la parte inferior de los párpados
- Fatiga
- Vértigo o mareo
- Dificultad al respirar
- Latidos cardíacos acelerados (taquicardia)

Tratamiento:

Aunque la anemia en el embarazo es algo muy frecuente en las futuras mamás, genéticamente son los hombres quienes están más predispuestos a padecerla; de todas formas, enfocándonos en las madres, el único tratamiento contra este mal es el consumo de hierro. La demanda de este mineral durante el período de gestación es de 350 mg para el feto y placenta, 450 mg para incrementar la masa de hemoglobina, 250 mg por pérdidas durante el parto y 250 mg por las pérdidas basales. A esto debemos agregar las necesidades

cotidianas que tenemos con respecto al hierro; cuando estamos amamantando necesitamos una buena reserva de este mineral, al menos 1mg por día. Si una mujer comienza su embarazo sin reservas de hierro, no recibe un suplemento adecuado y presenta hemorragias continuas entonces no sólo se establecerá una serena anemia en el embarazo sino que la salud tanto nuestra como del bebé peligrará. Se recomienda consumir alimentos ricos en este mineral, tales como carnes rojas (bien cocinadas), hígado, riñones, pollo y pescado; se debe evitar el café y el té.

Si mediante diferentes análisis médicos se hubiera comprobado que usted carece de las cantidades necesarias de hierro; seguramente se le prescribirá un suplemento de hierro. No obstante, esta clase de suplementos sólo ayudarán a aquellas personas que sufrieran de anemia debido a la carencia de hierro. Es por ello que debería tener en cuenta que, otras clases de anemia necesitarían tratamientos específicos.

Los suplementos de hierro pueden ser prescritos en sus presentaciones de 60 mgs. Hasta llegar a los 120 mgs. Por dosis. Para ayudarla a que su organismo pueda absorber correctamente el hierro, es altamente recomendable que dichos suplementos sean ingeridos con el estómago vacío y acompañados por alguna fuente de vitamina c, como por ejemplo un vaso de jugo de naranja. Evite ingerir los suplementos de hierro junto a suplementos de calcio, ya que los segundos podrían inhibir la absorción del hierro.

2.2.6 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 causada 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 está 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.”⁷

⁷ KOZIER B.Ibidem. Pág. 884-887.

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.

4.1.2 FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: M. M. M. Edad 17 Peso: 60kgr Talla: 1.48 cm

Fecha de nacimiento: 22/07/91 Sexo: femenino Ocupación: hogar

Escolaridad: 5 de primaria. Fecha de admisión: 09/09/08 Hora 15:00

Procedencia: ginecología Fuente de información: Primaria

1.- RESPIRACIÓN.

Con oxígeno por puntas nasales, presencia de disnea, con ligera disociación toracoabdominal refiriendo dolor precordial a la inspiración.

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 y no acostumbra la carne de pescado el consumo de agua es de 4 vasos al día.

a la exploración encuentro mucosas orales húmedas, con edema en párpados y cara, así como en abdomen y miembros pélvicos

3.- ELIMINACIÓN

Excretas acostumbradas es de una vez al día, micciones 3 veces al día, refiere que en el embarazo anterior presento infección de vías urinarias en el actual embarazo se repite la infección de vías urinarias recurrente, tratadas en el centro de salud.

4.- MOVILIZACIÓN

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

5.- REPOSO/SUEÑO

Duerme 8 horas al día regularmente no acostumbra descansar, durate el día solo en las noches, no padece de insomnio, pero en este momento no ha podido conciliar el sueño por las cefaleas y las contracciones uterinas.

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 autocuidado, con presia de palidez tegumentaria, edema generalizado sin datos de lesión dérmica.

9.- SEGURIDAD

Se encuentra inquieta, refiere preocupación y ansiedad por su situación 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

Es un poco tímida y tranquila, pero generalmente tiene buena relación con las personas cercanas.

11- RELIGIÓN/CREENCIAS

Pertenece a la religión católica, acostumbra ir regularmente a misa.

12- TRABAJAR/REALIZARSE

Se dedica exclusivamente al hogar y al cuidado de su hijo de dos años, nunca ha trabajado, ya que se caso a una edad corta.

13.- ACTIVIDADES LÚDICAS

Por lo regular no sale con su esposo solo ocasionalmente y algunas veces lleva al niño al parque.

14.- APRENDER

Refiere tener la necesidad de aprender sobre su alimentación para la corrección de la anemia y refiere que esta dispuesta a mejorar su alimentación.

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
1.- Oxigenación.	Perfusión tisular inefectiva	Perfusión tisular inefectiva
2.- eliminación	Alteración de la eliminación urinaria.	Alteración la eliminación urinaria relacionada con la infección del trato urinario manifestado por

	Exceso de volumen de líquidos	<p>poliaquiuria y disuria.</p> <p>Exceso de volumen de líquidos relacionado con compromiso de los mecanismos reguladores manifestado por proteinuria, edema generalizado y taquicardia.</p>
8.- higiene/piel	Déficit del autocuidado	Déficit del autocuidado relacionado por intolerancia a la actividad, manifestado por la incapacidad para la deambulación y la higiene personal.
9.- seguridad	<p>Ansiedad</p> <p>Dolor agudo</p>	<p>Ansiedad relacionada con sufrimiento fetal agudo, manifestado por preocupación y confusión.</p> <p>Dolor agudo relacionado con contracciones uterinas y preclamsia, manifestado por gestos de protección, posición.</p>

	Riesgo de caída	antalgica acufenos y cefalea. -riesgo de caída relacionado con preclamsia y el uso de agentes antihipertesivos.
14.- aprender	Conocimientos deficientes.	Conocimientos deficientes, relacionados, con cuidados durante el embarazo manifestado por anemia hemoglobina 10mg por mala alimentación, infección de vías urinarias amenaza de parto prematuro

OBJETIVO: elaborar un plan de cuidados en el cual mejore la ventilación y distribución del oxígeno

Diagnostico de enfermería	Intervención	Fundamentación	Criterio de Evaluación	Evaluación
<p>Perfusión tisular inefectiva relacionada con disminución de la concentración de hemoglobina, manifestada con dificultad para respirar, dolor toraxico, palidez tegumentaria y fatiga, Hb 8mg/dl.</p>	<p>ID= Aplicación de oxígeno por puntas nasales.</p> <p>ID= se Colocara en posición semifowler.</p>	<p>La aplicación de oxígeno húmedo mejora las condiciones respiratorias del cliente con problemas en el transporte de oxígeno.</p> <p>La posición semifowler permite la máxima expansión del tórax para la ventilación.</p>	<p>Se aplicará oxígeno húmedo por puntas nasales a 3 lts x minuto para ayudar a mejorar el problema de oxigenación.</p> <p>Se mantendrá en posición semifowler para facilitar la entrada de oxígeno a los pulmones.</p>	<p>Se muestra con disociación toracoabdominal, el dolor toraxico disminuyo.</p> <p>Refiere mejoría en la falta d oxígeno pues ya no tiene la sensación de falta de aire.</p> <p>Con los paquetes globulares se logro aumentar la hemoglobina de 8 a 10mg, aun con palidez de tegumentos.</p>

	<p>ID= Monitorizar signos vitales.</p> <p>ITD= se ministrara paquetes globulares.</p> <p>ITD= se orientara sobre los alimentos ricos en hierro que mejoren las condición nutricional.</p>	<p>La valoración del patrón respiratorio del cliente, proporciona datos basales para calibrar la eficacia de las intervenciones de enfermería.</p> <p>La reposición de sangre contribuye en el aumento de la concentración de la hemoglobina y por lo tanto mejora el transporte de oxígeno, lo ayuda a modificar el patrón respiratorio.</p> <p>Un trastorno cardiovascular que afecta la oxigenación es la anemia, puesto que la hemoglobina transporta el oxígeno y anhídrico carbónico.</p>	<p>Se valorar los signos vitales horarios para determinar alteraciones en el sistema cardiorrespiratorio.</p> <p>Se ministran paquetes globulares vigilando la presencia algún efecto adverso.</p> <p>Se elabora una lista de los alientos ricos en hierro y se oriente sobre una dieta balanceada en coordinación con la nutrióloga.</p>	
--	---	---	---	--

OBJETIVO: establecer una relación enfermera paciente, que facilite la comunicación y la confianza para expresar sus sentimientos y sus miedos.

Diagnostico enfermería	de	Intervención ID = independiente D = dependiente ITD = interdependiente.	Fundamentación	Criterio de Evaluación	Evaluación

	<p>ID= Estimulara al cliente a verbalizar sus sentimientos y expresar sus emociones.</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>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>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</p>	
	<p>ID=Proporcionara seguridad y</p>	<p>Al proporcionar una presencia reafirmarte de la sensación de</p>		

	<p>comodidad.</p> <p>ID=Hablará lentamente y en forma sosegada.</p> <p>ID= Reducirá la estimulación sensorial.</p> <p>ID=Utilizará técnicas de relajación que disminuyan la ansiedad.</p>	<p>soledad del cliente se le da apoyo en su afrontamiento de la situación.</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.¹</p>	<p>apoyo.</p> <p>Se evitara en lo posible la luz y los ruidos excesivos.</p> <p>Se elaborara una lista de los ejercicios respiratorios que contribuyan para disminuir el grado de ansiedad</p>	
--	---	---	--	--

OBJETIVOS: disminuir los riesgos de complicación por sobrecarga circulatoria.

Diagnóstico de enfermería	Intervención	Fundamentación	Criterio de Evaluación	Evaluación
Exceso de volumen de líquidos relacionado con compromiso de los mecanismos reguladores manifestado por proteinuria generalizada, edema y taquicardia	<p>ID= independiente</p> <p>D = dependiente</p> <p>ITD= interdependiente.</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>Medir y documentar la ingestión y eliminación de fluidos, permite a la enfermera determinar el equilibrio</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 generalizado.</p> <p>El balance de líquidos es negativo.</p> <p>Acepta los cuidados para mejorar la circulación.</p> <p>Se mantiene en ayuno.</p> <p>Se interrumpe vía abdominal sin</p>

² KOZIER B. Ibídem. Pág. 1127

	<p>ITD= Vigilar los electrolitos séricos, la hemoglobina y el hematocrito.</p> <p>ID= Inspeccionar y palpar áreas de edema, documentar la localización y el grado de edema en una</p>	<p>hidroelectrolítico o el grado de alteración.</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>Inspeccionar la piel en busca de zonas eritematosas o pálidas, estos signos indican alteración de la circulación en la sangre.</p>	<p>Se tomaran muestras de laboratorios y se valoraran por el medico ginecólogo.</p> <p>Se registrara en la hoja de enfermería el grado de edema del paciente.</p>	<p>ninguna complicación agregada.</p> <p>La piel se mantiene integra, posterior a la interrupción del embarazo disminuyo el edema.</p>
--	---	---	---	--

	<p>escala de 1+ a 4+.</p> <p>ID= Vigilar cambios clínicos en signos de exceso en el volumen de líquidos.</p> <p>ID= Proporcionar un cuidado cutáneo adecuado en áreas edematosas.</p>	<p>La valoración y documentación precisa del edema son esenciales para evaluar los efectos de la terapia es por esto que se deberá identificar el grado de edema del cliente.</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>Se debe establecer continuamente apoyos para mejorar la circulación. Deberá ser en todos los turnos.</p>	
--	---	--	---	--

	<p>ID= Proporcionar apoyos con almohadas a las extremidades edematosas por encima del nivel del corazón.</p> <p>ID= Colocación de sonda Foley para mejor control de egresos por diuresis.</p>	<p>Las secreciones y excreciones también son parte del volumen de líquido total del organismo.²</p>	<p>Deberá vigilar datos de incremento de edema, vigilando datos de alteración de la circulación, como cianosis o zonas equimóticas.</p> <p>Se levara un registro de diuresis horaria.</p>	
--	---	--	---	--

OBJETIVO: orientar al cliente y a la familia acerca de las medidas de prevención para evitar caídas

Diagnóstico de enfermería	Intervención	Fundamentación	Criterio de Evaluación	Evaluación
Riesgo de caída relacionado con preclamsia, anemia, y el uso de agentes antihipertesivos.	<p>ID = independiente D = dependiente ITD = interdependiente.</p> <p>ID= Vigilancia estrecha no dejarla sola e informar sobre las medidas de seguridad para la prevención de caídas.</p> <p>ID= Cama con barandal.</p>	<p>La supervisión frecuente reduce la ansiedad y los comportamientos peligrosos del cliente y previene la posibilidad de caídas.</p> <p>EL uso de barandales es previene la caída accidental del cliente pues funciona como un barrera.</p>	<p>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 del día, que lo auxilie en la movilización y deambulacion.</p> <p>Deberán colocarse en camilla o cama con el uso constante de barandales.</p>	<p>La paciente no presento caída, en su estancia hospitalaria después de su cesárea se indicaron medidas de prevención en su domicilio las cuales verbalizo como señal de aprendizaje significativo.</p>

³ KOZIER B.Ibidem. Pág. 1143.

	<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 este para garantizar la continuidad de los</p>	<p>Se solicitara a trabajo social pase de 24 horas para el familiar.</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>	
--	--	---	---	--

		cuidados y la seguridad del cliente. ³		
--	--	---	--	--

OBJETIVO: elaborar un plan para satisfacer las necesidades de higiene y eliminación.

Diagnóstico de enfermería	Intervención ID = independiente D = dependiente ITD = interdependiente.	Fundamentación	Criterio de Evaluación	Evaluación
Déficit del autocuidado relacionado por intolerancia a la actividad manifestado por la incapacidad para la de ambulación higiene personal	I ID= Baño de esponja	El baño elimina la grasa acumulada, la transpiración, las células muertas de la piel y algunas bacterias, además de limpiar la piel el baño también estimula la circulación. Un baño templado o caliente dilata las arteriolas superficiales, aportando más flujo sanguíneo nutriente a la piel.	Se establecerá un horario aceptado para el cliente para llevar a cabo su baño de esponja cuidando su individualidad e integridad.	La paciente se encuentra adinámica y somnolienta permite y colabora en todos los cuidados de enfermería refiere sentirse mucho mejor con la higiene personal.

⁴ Kozier B. Ibídem. Pág. 1153.

	<p>ID=Mantener higiene bucal después de cada alimento, al menos tres veces al día</p> <p>ID= Mantener limpia y seca, cambio de toalla testigo vigilando características de fluidos.</p>	<p>La acción mecánica del cepillado elimina las partículas de alimento que pueden albergar e incubar las bacterias. También estimula la circulación de la bacteria manteniendo de ese modo su firmeza saludable. El enjuagado arrastra las partículas desalojadas y el dentífrico puede tener propiedades antisépticas.</p>	<p>Se proporcionara lo necesario para llevar acabo el aseo bucal en su cama.asi mantendrá comodidad y bienestar.</p> <p>Se realizara el cambio de ropa una vez al día mínimo o por razón necesaria pero se debe mantener limpia y seca.</p>	
--	---	---	---	--

	<p>ID= Cambio de ropa de cama</p> <p>ID= Proporcionar el cómodo PRN</p>	<p>Secar la piel meticulosamente después de cada lavado y aplicar loción después del baño, la humedad retenida puede causar la maceración de la piel. La loción suaviza la piel y previene la resequeidad excesiva.</p> <p>El cambio de las ropas de cama es parte del mantenimiento de la higiene. Es importante mantener las camas limpias y cómodas para los clientes.</p> <p>Proporcionar cuidado perineal tras la micción y la defecación según se requiera, las secreciones acumuladas producen olor y actúan como</p>	<p>Se valorara si se le proporciona el cómodo pero se deberá satisfacer las necesidades de eliminación.</p>	
--	---	--	---	--

		reservorio infección. ⁴	de		
--	--	---------------------------------------	----	--	--

OBJETIVO: disminuir la intensidad y la frecuencia del dolor creando un grado de tolerancia con técnicas de relajación

Diagnóstico de enfermería	Intervención	Fundamentación	Criterio de Evaluación	Evaluación
<p>Dolor agudo relacionado con contracciones uterinas y preclamsia manifestado por gestos de protección, posición antalgica acufenos y cefalea y expresión verbal.</p>	<p>ID= Valorar el grado de incremento del dolor</p> <p>ID= Explicar ejercicios de respiración que le ayudaran a relajarse y a disminuir el dolor.</p>	<p>La tolerancia al dolor es la máxima cantidad y duración de dolor que el individuo esta dispuesto a soportar.</p> <p>Los cambios de posición masaje y ejercicios de respiración favorecen la relajación y potencian los agente farmacológicos.⁵</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>Refiere que el ambiente tranquilo y el medicamento han disminuido la cefalea.</p> <p>Las contracciones continúan pero se relaja con las respiraciones profundas.</p> <p>Esta consiente que las respiraciones profundas, mejoran la oxigenación de su bebe y le brindan control y seguridad.</p>

⁵ Kozier B. Ibídem. Pág. 1033.

⁶ Kozier b. Ibídem. pág. 1034,1035.

	<p>ID= Evitar factores que intensifiquen el dolor como ruidos, luz etc.</p> <p>D= Ministración de analgésico prescrito.</p>	<p>La luz, ruidos son factores que causan alteración del sistema nervioso, mas aun cuando existe cefalea.</p> <p>Las dosis pautadas de analgésicos mantienen niveles en sangre y previenen el dolor intenso.⁶</p>	<p>Se evitara al máximo ruidos o factores que causen el incremento del dolor por irritación del sistema nervioso.</p> <p>Se aplicara el analgésico prescrito por el medico para prevenir el incremento de cefalea.</p>	
--	---	--	--	--

OBJETIVO: educar al cliente y a su familia sobre factores de riesgo de embarazo, nutrición y planificación familiar.

Diagnóstico de enfermería	Intervención ID = independiente D = dependiente ITD = interdependiente.	Fundamentación	Criterio de Evaluación	Evaluación
Conocimientos deficientes, relacionados, con cuidados durante el embarazo manifestado por anemia hemoglobina 10mg por mala alimentación, infección de vías urinarias amenaza de parto prematuro y preclamsia.	ID= Orientar, sobre los riesgos de los futuros embarazos.	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.	Se informara sobre la posibilidad de embarazos de alto riesgos futuros por sus antecedentes obstétricos.	La paciente comprende los riesgos que tienen en otro embarazo. -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

⁷ KOZIER B. Ibídem. pág. 897.

	<p>ITD=Orientar sobre nutrición informar sobre una dieta balanceada rica en aporte de hierro para la corrección de hierro, además de consumo de abundantes líquidos para mejorar la lactancia materna.</p>	<p>En un cliente con embarazo de alto riesgo, se debe determinar el momento oportuno para hablar se de debe explicar 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 ayudar a prevenir y corregir anemia y los líquidos a prevenir o revertir una infección</p>	<p>Se elaborara una lista de los alimentos ricos en hierro y se informara sobre una dieta balanceada que le ayude a recuperar su hemoglobina, esto en colaboración con el servicio de nutrición</p>	<p>dilución de la orina disminuirá la presencia de bacterias en el tracto 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 futu</p>
--	--	--	---	--

	<p>ID= Informar sobre métodos de planificación familiar.</p>	<p>del trato urinario.</p> <p>Los métodos de Planificación familiar, que le ayudaran a decidir el número de hijos y el espaciamiento.⁷</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>	
--	--	---	---	--

V.- CONCLUSIONES

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

Atraves de este proceso metodológico, se logran los objetivos propuestos para mejorar el estado de salud del cliente. las grandes teóricas han aportado excelentes conocimientos científicos lo cual ha logrado un avance de la enfermera hacia la profesionalización.

En realidad este sistema metodológico se ha aplicado desde varias épocas atrás, la mujer siempre era la encargada de cuidar a los enfermos quienes gracias a estos mejoraban notablemente en su salud, hasta la recuperación.

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

En el caso de Magdalena la aplicación del proceso me ayudo a determinar las necesidades biológicas, psicológicas y sociales que afectaban el estado de equilibrio de la salud. Las intervenciones aplicadas fueron oportunas y me brindaron la oportunidad de sentirme realizada como profesional y como ser humano.

En conclusión el proceso atención enfermero es una herramienta básica y elemental para el fortalecimiento del cuidado, y debe ser aplicado en todas las instituciones de salud.

VI.-BIBLIOGRAFIA.

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