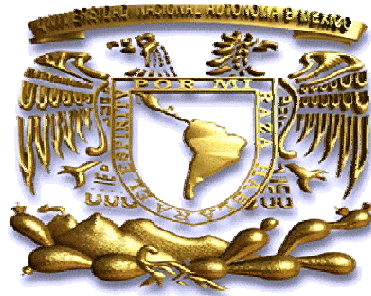


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**



**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA
APLICADO A UNA PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA LEVE
EN EL HOSPITAL GENERAL DE TOLUCA DR. NICOLÁS SAN JUAN, ISEM**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA y OBSTETRICIA**

PRESENTA:

GRACIELA SÁNCHEZ ROJAS

No. DE CUENTA 406117652

DIRECTOR DE ACADÉMICO.

LIC. ARMANDO ORTEGA GUTIÉRREZ

MEXICO. D.F., Octubre 2010.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

	PAG
Introducción.....	3
Objetivos.....	4
Metodología.....	5
I Marco Teórico.....	
1.1 Historia de la Enfermería.....	6
1.2 Concepto de Enfermería.....	8
1.3 Proceso de Atención de Enfermería.....	8
1.3.1 Importancia del PAE.....	10
1.3.2 Etapas del Proceso de Atención de Enfermería.....	
a) Valoración.....	11
b) Diagnóstico de Enfermería.....	12
c) Planeación.....	14
d) Ejecución.....	16
e) Evaluación.....	16
1.4 Modelo de Virginia Henderson.....	18
1.5 Síndrome Preeclampsia-eclampsia.....	
a) Preeclampsia.....	22
b) Antecedentes.....	22
c) Características clínica.....	22
d) Fisiopatología.....	23
e) Factores de Riesgo.....	23
f) Clasificación de la Hipertensión arterial inducida por embarazo..	
Preeclampsia-eclampsia.....	24
Preeclampsia leve.....	24
Preeclampsia severa.....	24
Eclampsia.....	25
Hipertensión gestacional.....	25
Hipertensión arterial crónica relacionada con el embarazo..	25
Hipertensión arterial crónica con preeclampsia agregada....	25
Síndrome de HELLP.....	26
II Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería.....	
Ficha de Identificación.....	28
Presentación del caso.....	28
Desarrollo de las etapas del Proceso de Atención de Enfermería.....	29
Plan de alta.....	45
III Conclusiones.....	47
IV Sugerencias.....	48
Bibliografía.....	49
Anexos.....	51

INTRODUCCIÓN

El acelerado desarrollo tecnológico en el área de salud crea un gran desafío en la enfermería profesional, para alcanzar plenamente el nivel de profesión la enfermera debe de identificar su enfoque propio y demostrar responsabilidad, por lo que los diagnósticos de enfermería proporcionan un mecanismo útil, si tenemos en cuenta que los cuidados deben ser el eje de nuestra atención estos deberán ser portados a través de un método sistematizado, como el Proceso Atención de Enfermería, aunado a los modelos y teorías de enfermería que se aplican para facilitar la práctica de la enfermería, en la investigación, educación, administración y la práctica clínica.

El presente trabajo se basa en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) que fue aplicado a una persona secundigesta con preeclampsia leve manejada de forma ambulatoria. La persona fue captada en la semana 36 de gestación. Con un cuadro clínico caracterizado por cefalea constante occipital y bitemporal y con edema progresivo. Durante su exploración se corroboró la presencia de hipertensión arterial y proteinuria.

Para la realización de este trabajo se tomó el modelo de Virginia Henderson, que desarrolla sus ideas motivada por sus preocupaciones sobre las funciones de enfermería, V. Henderson incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos en su concepto de enfermería, define la salud como la capacidad del individuo para funcionar con su independencia en relación a las 14 necesidades. Y con el apoyo de las definiciones y clasificación de los diagnósticos enfermeros de la NANDA se clasificaron los diagnósticos de enfermería.

OBJETIVOS

Objetivo general.

Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) a una persona con preeclampsia leve captada en la consulta externa de Ginecología y Obstetricia del Hospital General. Dr. Nicolás San Juan del ISEM, con la finalidad de fomentar el auto-cuidado en una persona con embarazo de alto riesgo.

Objetivos específicos.

Aplicar los conocimientos adquiridos durante la formación académica en el desarrollo del Proceso Atención de Enfermería (PAE) tomando como base el modelo de Virginia Henderson.

Aplicar las 14 necesidades básicas del modelo de Virginia Henderson en el Proceso de Atención de una persona con Preeclampsia leve ambulatoria.

Fomentar la atención integral desde la perspectiva holística del modelo de atención de Virginia Henderson.

METODOLOGÍA

El contenido de este Proceso Atención de Enfermería (PAE) está basado en la teoría de Virginia Henderson, el cual se ha elegido como opción de titulación para obtener el título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia.

En el presente trabajo, se eligió a una persona que fue captada en la consulta externa del hospital Dr. Nicolás San Juan, con diagnóstico de preeclampsia leve.

Para poder llevar a cabo el PAE, fue necesario contar con la autorización de la Sra. Angélica, y posteriormente se planearon 4 entrevistas en un periodo comprendido del 2 al 9 de Agosto del 2010, con una duración de una hora cada tercer día en su domicilio. Para de esta manera recopilar toda la información suficiente y realizar el PAE e integrar los diagnósticos.

Una vez recabada la información, donde se tomo como primer dato el diagnóstico actual y aspectos importantes en su vida, sé elaboro un plan de cuidados tomando como base los datos de dependencia, lo cual sirvió para que se pudieran plantear las INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ya que este es mi objetivo principal. Todo esto se realizo en base a la taxonomía de la NANDA y se ordenaron de acuerdo con las necesidades según Virginia Henderson.

También se integraron aspectos en relación a la preeclampsia, además del aprendizaje significativo, la búsqueda y selección de la bibliografía; se apoyara este trabajo a la tutoría y asesoría de un docente de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO).

I. MARCO TEORICO

1.1 Historia de la Enfermería

En los siglos pasados los cuidados de enfermería eran ofrecidos por voluntarios con escasa formación, por lo general, mujeres de distintas órdenes religiosas. Durante las cruzadas, por ejemplo, algunas órdenes militares de caballeros también ofrecían enfermerías, y la más famosa era la de los Caballeros Hospitalarios (también conocida por los Caballeros de san Juan de Jerusalén). En Europa, y sobre todo tras la Reforma, la enfermería fue considerada con gran frecuencia como una ocupación de bajo estatus adecuada sólo para quienes no pudieron encontrar un trabajo mejor, debido a su relación con la enfermedad y la muerte, y la escasa calidad de los cuidados médicos de la época.

La enfermería moderna comenzó a mediados de siglo XIX. Uno de los primeros programas oficiales de la formación para enfermeras comenzó en 1836, en Alemania, a cargo del pastor protestante Theodor Fliendner. Por aquel tiempo otras órdenes religiosas fueron ofreciendo también formación de enfermería en Europa. Pero la escuela de Fliendner es digna de mención por haberse formado en ella la reformadora de la enfermería británica Florence Nightingale, su experiencia le brido el ímpetu para organizar la enfermería en los campos de batalla de la guerra de Crimea y, más tarde, establecer el programa de formación de enfermería en el hospital Saint Thomas de Londres. La llegada de las escuelas de enfermería de Nightingale y los heroicos esfuerzos y reputación de esta mujer transformaron la concepción de la enfermería en Europa y establecieron las bases de su carácter moderno como profesión formalmente reconocida.

En el caso de México la enseñanza formal de la enfermería, surgió dirigida por médicos. Por esta razón, se definió como un servicio auxiliar de medicina. La carrera de enfermería en México ha estado determinada por el proceso de institucionalización de los servicios de salud iniciada en el siglo XIX y asumido como tarea al Estado. Cabe mencionar que durante la colonia, el cuidado de los enfermos fue asumido por los religiosos que arribaron a México con fines de evangelización y que ante la presencia de las epidemias respondió a las necesidades de los enfermos con la fundación de hospitales.

Posteriormente, numerosas órdenes religiosas dedicadas al cuidado de los enfermos se integraron a los hospitales, con el propósito de brindar una labor altruista paralela a los intereses de la iglesia. Como consecuencia de la confrontación entre el Estado y la Iglesia la función de cuidar a los enfermos quedó abandonada con la supresión de las órdenes religiosas decretada por Benito Juárez, sin embargo las Hermanas de la Caridad cubrieron esta función durante treinta años hasta que Lerdo de Tejada las expulsó en 1874.¹

1. Luz Perez Loredo Diaz, Historicidad de la Enfermería en México, Revista de Enfermería, IMSS (México) Vol 4, Num. 2-3. 1991

Los hospitales pasan a depender de la Beneficencia Pública en 1877, lo cual agudizó las condiciones críticas de los establecimientos destinados para la atención de los enfermos, pues el cuidado de los mismos quedó bajo la responsabilidad de personas sin preparación específica y sin otra motivación que la de un trabajo remunerado.

La etapa porfirista marca una etapa social de conducta que relaja la opulencia de la clase acomodada mientras que el grueso de la población sufre privaciones e inconformidades que unos años más tarde dan lugar a un movimiento revolucionario con fines de cambio estructural social, político y económico.

En estos lustros se organiza el Hospital General de México, inaugurado el 5 de febrero de 1905, para ponerlo a disposición de la población doliente y abrir un campo eficaz y fructuoso a la altura y modernidad de la época, para apoyar la enseñanza médica.

Previo a este hecho el Hospital de San Andrés, sustituido más tarde por el Hospital General de México, había sido en 1903, convertido en la escuela de un grupo de alumnas que posteriormente se haría cargo de las jefaturas de enfermería de los principales servicios del recién inaugurado Hospital.

Al advertirse la necesidad de que un centro hospitalario moderno, dotado de instrumentos avanzados para la enseñanza, requiera para su funcionamiento satisfactorio de un personal también actualizado, las autoridades del hospital solicitan a la Beneficencia Pública, la autorización para establecer la Escuela de Enfermeras del Hospital General de México.²

La escuela de Enfermería primera en su género, se inaugura el 6 de febrero de 1907, abre sus puertas a las alumnas que han terminado la educación primaria.

En 1911, la escuela se traslada a la Universidad Nacional de México, bajo la dependencia de la escuela de medicina, con un plan de estudios de 4 años, 2 para enfermería y 2 para partos. En 1935 se establece la secundaria como requisito de ingreso a la carrera y en 1945³, se independiza de la Escuela de Medicina y se organiza la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Los avances continúan y el 6 de septiembre de 1979, el Consejo Universitario de la UNAM aprueba un nuevo plan de estudios para la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.⁴

2. Fernández del Castillo, Fco. El discurso de inauguración de las nuevas instalaciones, ENEO-UNAM-MEX, 1982, p.3

3. Memorias del Hospital General de México. Efemérides de enfermería, , 2000. p 24

4. ENEO (informe ENEO-UNAM, 1977-1982. Mex 1983, p 31)

1.2 Concepto de Enfermería

La definición más antigua de enfermería fue la de Florence Nightingale en 1859, dice que la enfermería tiene “la responsabilidad de cuidar la salud de las personas; y tiene que poner a la persona en la mejor forma posible para que la naturaleza pueda actuar sobre ella”.

Henderson definió enfermería en términos funcionales. La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo, sano o enfermo a recuperar la salud (o a una muerte tranquila), que realizaría sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o con el conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilita la independencia lo más rápido posible.

De modo que consideraríamos que la esencia de la enfermería es el cuidado integral del ser humano, siendo el núcleo de actuación de las necesidades humanas básicas y las metas de nuestros cuidados de autonomía y el bienestar, considerando a un individuo autónomo cuando está capacitado para su auto cuidado.

El Proceso Atención de Enfermería con base al modelo de Virginia Henderson, como marco conceptual, es perfectamente aplicable en todas y en cada una de las etapas del Proceso Atención.

La valoración incluye diferentes acciones: obtención de la información, su interpretación y posterior organización de toda la información obtenida.

En la fase de valoración, la enfermera evalúa a las personas a partir de cada uno de los 14 componentes de los cuidados básicos de Enfermería. Tan pronto se evalúa el primer componente, la enfermera pasara al siguiente, y así sucesivamente hasta que los 14 componentes queden cubiertos. Para recoger la información, la enfermera utiliza la observación, el olfato, el tacto y el oído. Para completar la fase de valoración, la enfermera debe analizar los datos reunidos. Esto requiere conocimientos sobre lo que es normal en la salud y en la enfermedad

Según Virginia Henderson la enfermera y el persona idean juntos el plan de cuidados.

1.3 Proceso Atención de Enfermería.

Este término aparece en los escritos de enfermería a mediados de 1955, cuando Lidia Hall describía a la enfermería como un proceso, sin embargo su descripción tardo varios años en tener aceptación como parte del cuidado integral de enfermería. Posteriormente en 1967, Yura y Walsh crearon un primer texto que describía un proceso con cuatro fases valoración, planeación, ejecución y evaluación. Blodi en 1975 añadieron la etapa de diagnóstico dando lugar a un proceso de cinco fases.

Con la aparición del proceso de enfermería en los años sesenta, las enfermeras comenzaron a tener un lenguaje común que facilitó compartir aspectos de la

práctica; cuando las enfermeras comenzaron a compartir las experiencias de dar cuidado, el enfoque procedimental cambió hacia el de práctica basada en el conocimiento científico.

El proceso de Enfermería ha sido legitimado como sistema de la práctica de enfermería. La NANDA utilizó el Proceso de Enfermería como guía para el desarrollo de las pautas de la asistencia.⁵

5. Iyar, Tapich B. Proceso de Atención de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería. Interamericana Mc Graw Hill Segunda edición. Madrid 1993. P 3

1.3.1 Importancia del PAE.

El PAE es un método que ayuda a los profesionales a emplear sus conocimientos, solucionar problemas, y tener presente su aspecto humano.

Proporciona cuidados de enfermería individualizados.

Permite la interacción con el sujeto de cuidado en forma holística.

Proporciona un método lógico y racional, para organizar la información de tal manera que la atención sea adecuada.

Al sujeto de atención permite participar en su propio cuidado.

1.3.2 ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

a) Valoración

Es la primera fase del proceso atención enfermería, debe iniciar con la recolección de datos en una forma organizada y sistematizada. Esta fase ayuda a identificar los factores y situaciones que guíen la determinación de problemas presentes, potenciales o posibles en individuos o grupos y facilita planear los logros que se requieren en el futuro.⁶

Consta de dos componentes:

Recogida de datos y documentación, se considera la clave para continuar con los pasos restantes del proceso.

La recogida de datos: es la recopilación de forma sistemática y continúa de toda la información disponible que se obtiene de una persona.

Fuentes de datos:

- Primaria → Paciente. Fuente principal.
- Secundaria →
 - Personas (familia, otros enfermeros,...)
 - Registros (análisis, etc.)
- Publicaciones (lo que aparezca nuevo de esa enfermedad)

La recogida de datos debe realizarse teniendo en cuenta un punto de vista holístico.

- Datos objetivos: La enfermera ve – observa – mide.
- Datos subjetivos: La persona – familia o amigos.
- Datos históricos: Antecedentes.
- Datos actuales: Datos sobre el problema de salud actual.

6. Alfaro-Lefoure Proceso Atención de Enfermería. Paso a Paso. Capítulo 3, 4a edición Springer. 2004

Tipos de datos:

Agrupamos dependiendo de:

- Quién aporta el dato.
- Momento que surja.
- Duración.

Es primordial seguir un orden en la valoración, la sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:

- Criterios de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies."
- Criterios de valoración por "sistemas y aparatos."
- Criterios de valoración por "patrones Funcionales de Salud."

La historia personal: Los factores biológicos, psicológicos y sociales del ser humano se toman como fuente principal de información, sus objetivos son:

La identificación de los modelos de salud y enfermedad.

La identificación de la presencia de los factores de riesgo para alteraciones.

La identificación de los recursos posibles.⁶

b) Diagnóstico de Enfermería

La segunda fase, el diagnóstico de enfermería es el enunciado del problema, el cual describe los problemas de salud reales o potenciales, su uso aclara qué es lo que se hace y en qué se diferencia esta labor de la de los otros miembros del equipo de salud.

Permite tener conocimientos concretos de los objetivos de cuidado, de los problemas del sujeto de atención, y lo que debe hacer el profesional para solucionarlos o minimizarlos.

El diagnóstico de enfermería es diferente al del médico, por varias razones, el diagnóstico médico se basa únicamente en el proceso patológico que constituye un problema o problemas de salud específicos de la persona, por ejemplo: persona con edema pulmonar agudo, apendicitis aguda, cardiopatía congénita, etc. En cambio "... al diagnóstico de enfermería se lleva mediante la selección de información en relación con hechos psicológicos sobresalientes del persona y a la información concerniente al persona como individuo"⁷

6. Alfaro-Lefoure **Proceso Atención de Enfermería. Paso a Paso.** Capítulo 3, 4a edición Springer. 2004
7. NANDA. **Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificaciones.** 2005-2006. Ed Elsevier, España.

Fases o Proceso Diagnóstico de enfermería.

- 1) Analizar e interpretar los datos: confirmar y agrupar los datos.
- 2) Identificar las necesidades o problemas del paciente.
- 3) Formulación del diagnóstico de enfermería.
- 4) Validar el diagnóstico.

En la Novena Conferencia de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) fue aprobada la siguiente definición: un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud/ procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de actuaciones de enfermería. ⁸

Los diagnósticos se clasifican de acuerdo con sus características; se definen cinco tipos de diagnósticos en enfermería, que son: reales, de alto riesgo (designados hasta 1992 como potenciales), de bienestar, posibles y de síndrome.

- *Diagnóstico Real*: describe la respuesta actual de una persona, familia o comunidad ante una situación de salud o a un proceso vital. Su identificación se apoya en la existencia de características definitorias (datos objetivos y subjetivos) que indican su presencia en el momento de la valoración.

Consta de tres partes, formato PES: Problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.

- *Diagnóstico de Alto Riesgo*: describe respuestas humanas a situaciones de salud/procesos vitales que pueden desarrollarse en un futuro próximo en una persona, familia o comunidad vulnerables. Su identificación se apoya en la presencia de los factores de riesgo que contribuyen a aumentar la vulnerabilidad. En este caso, se escribirá sólo con dos partes, formato PE: Problema (P) + etiología/causa factor de riesgo (E).

- *De salud o de bienestar*: es un diagnóstico real que se formula cuando la persona, familia o comunidad goza ya de un nivel aceptable de salud o de bienestar, pero puede y quiere alcanzar un nivel mayor.

- *Posible*: se definen como aquellas situaciones en las que la enfermera sospecha que puede haber un problema pero no está segura de su existencia.

- *De Síndrome*: usado cuando un grupo de diagnósticos de enfermería son observados juntos. En la actualidad se encuentran en la lista de la NANDA seis diagnósticos de síndrome.

c) Planeación

La planeación es la tercera fase del proceso, se inicia con la determinación de las prioridades y que incluye la formulación de objetivos y el establecimiento de las actividades a llevar al término para alcanzar los objetivos.

En la planeación de cuidados de enfermería hay que realizar cuatro puntos clave que son:

Determinar prioridades.

Fijar objetivos.

Determinar las intervenciones.

Anotar o individualizar los resultados esperados.

Determinar prioridades.

Establecer prioridades no significa que un problema tenga que ser resuelto totalmente resuelto antes de considerar otros. Antes tendremos que determinar que problemas requieren de atención inmediata, ¿cuáles pueden esperar?, ¿cuales puedo delegar?

Si es posible:

- El paciente debe intervenir (prioridad).
- Si no hay acuerdo, resolver mediante el diálogo.
- Si están alteradas las necesidades fisiológicas y psicológicas. La enfermera asume la responsabilidad.⁸

Fijar objetivo.

Es el resultado esperado, lo que deseo lograr con el sujeto de atención y lo que se proyecta para remediar o disminuir el problema que se identificó en el diagnóstico de enfermería.

Los resultados, deben estar centrados en el comportamiento del sujeto de atención, ser claras, que se puedan medir y sobre todo deben estar limitadas en el tiempo a corto y largo plazo y ser ajustadas a la realidad.

Tipos de objetivos.

1. Teniendo en cuenta el tiempo:

Objetivo a corto plazo (máximo 1 semana).

Objetivo a largo plazo (meses, incluso años, pacientes crónicos, rehabilitación).

2. Área que cubre para evaluar los cuidados.

Objetivos específicos: Aquel que evalúa un área concreta de un plan de cuidados.

Objetivos generales: Aquel que la acción y tiempo que pongamos cubrimos todo el plan de cuidados. Prevención, educación, investigación.

3. Diseñar las actuaciones de enfermería.

Tipo de intervenciones:

- Independientes.
- Interdependientes.
- Dependientes.

La selección dependerá de las necesidades del paciente y las prioridades.

4. redactar el plan de cuidados de enfermería:

El plan de cuidados es el resultado de la planificación.

Es una norma escrita que organiza la información.

Las órdenes de enfermería.

Las órdenes de enfermería implican un juicio crítico para la toma de decisiones sobre cuales son de nuestra competencia y cuales son de otra disciplina de la salud, por lo tanto van destinadas a ayudar al sujeto de atención.

Anotar o individualizar los resultados esperados.

Los resultados, metas deben quedar siempre por escrito, esto con el fin de que todo el personal que atiende al persona conozca los resultados y estado actual y

de lo que se desea lograr con él, y por tanto determinar si se alcanza o no el objetivo.

d) Ejecución

Es la cuarta fase del proceso, en esta etapa es cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado, es el inicio y terminación de las acciones necesarias para conseguir los resultados definidos en la etapa de la planificación. La enfermera tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan y a la familia, así como a otros miembros del equipo, en esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigida a la resolución de problemas y necesidades asistenciales de cada persona tratada.

La ejecución, implica las siguientes actividades:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería.
- Dar los informes verbales de enfermería.
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

e) Evaluación

La quinta, y última fase. Es un proceso que nos permite reconocer aciertos, hacer conciencia de los errores y sugerir medios para superar estos.

Fases de la Evaluación.

1. Identificar los criterios de evaluación.

Los criterios de evaluación tienen 2 propósitos:

- Orientan la clase de datos de evaluación que se necesita recoger.
- Proporcionan un estándar para evaluar los datos.

2. Recoger datos.

De forma que se obtengan conclusiones del grado de cumplimiento de los objetivos.

3. Emitir un juicio sobre el logro de los objetivos.

Después de recopilar datos y compararlos con los resultados la enfermera emite un juicio.

Puede presentarse:

- Objetivo logrado.
- Objetivo no logrado.

4. Revisar el plan de cuidados.

- 1) Si se resolvió el diagnóstico, se cancela el diagnóstico. (Conforme a las normas del registro).
- 2) Si no se resolvió el diagnóstico continuar con las actividades o revisar tiempo.
- 3) Si no se logró el objetivo.
 - Reactivar la “secuencia”. (Proceso de enfermería)
 - Reevaluar.
 - Modificar o añadir:
Diagnóstico, objetivo, resultados esperados, actuaciones según necesidades.

1.4 MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia nació en 1897 en Kansas (Missouri). Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente, inicia su carrera profesional en 1922. Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería.

La teoría de Virginia es considerada como una filosofía definitoria de enfermería, se basa en las necesidades básicas humanas. Su objetivo es hacer al individuo independiente lo antes posible para cubrir sus necesidades básicas, el cuidado de enfermería se aplica a través del plan de cuidado.

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los modelos de las necesidades humanas que parten de la Teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de la enfermería. Pertenece a la tendencia de la suplencia o ayuda, Henderson concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el persona no puede realizar en un determinado momento de un ciclo de vital (enfermedad, niñez, vejez), fomentando en mayor o menor grado el auto cuidado por parte del persona, se ubica esta teoría en la categoría de enfermería humanística como arte y ciencia.^{9,10}

DEFINICIÓN DE V. HENDERSON DE LOS 4 CONCEPTOS BÁSICOS DEL METAPARADIGMA DE ENFERMERÍA:

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 persona 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. Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica, que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado, la elaboración de un marco de valoración de enfermería en base a las catorce necesidades humanas básicas.

9. Fernández Fermin Carmen, Novel Martí Gloria. El Proceso de Atención de Enfermería y el Modelos de Virginia Henderson. Edición Salvat, Masson, 1993
10. Rodríguez S.A. Bertha. Proceso enfermero, Avances Científicos, 2da edición, Cuellar

Las necesidades humanas básicas según Henderson , son :

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

Maslow al emitir la escala de necesidades influyo en Virginia Henderson para manifestar las necesidades humanas básicas, las 7 necesidades primeras están relacionadas con la fisiología, de la 8 a la 9 relacionadas con la seguridad, y la 10 relacionadas con la propia estima, la 11 relacionada con la pertenencia y de la 12 a la 14 relacionadas con la auto-actualización.

Entorno:

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

La satisfacción del conjunto de necesidades de una persona le permite conservar sus diferentes procesos fisiológicos y psicológicos en un estado de equilibrio denominado homeostasis. Para mantener este equilibrio el persona debe alcanzar un nivel máximo de satisfacción de sus necesidades. Si este es incapaz de adoptar comportamientos favorables que le permitan un nivel máximo de satisfacción, se convierte en dependiente.

Salud:

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 de la persona para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de Enfermería. Equiparía salud con independencia. Para Virginia Henderson la salud es la satisfacción por uno mismo de sus propias capacidades, de las 14 necesidades básicas. Cuando esto no es posible la persona pierde su independencia que se debe a 3 causas.

Henderson los identifica como:

- 1.- falta de fuerza.
- 2.- falta de conocimiento.
- 3.- falta de voluntad.

Enfermera:

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar a la persona 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, elaborando en razón de las necesidades detectadas en la persona. Describen la relación enfermera-persona, destacando tres niveles de intervención: como sustituta, como ayuda o como compañera.

Entorno:

Incluyen las relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad.

Diagnóstico

Para Virginia Henderson un diagnóstico de enfermería es un problema de dependencia que tiene una causa que las enfermeras pueden tratar para conseguir aunque sea una milésima de independencia.

Una enfermera puede diagnosticar o emitir un dictamen sobre las necesidades alteradas que tienen las personas a las que atiende.

El diagnóstico comprende varias acciones:

Análisis de datos, identificación de los problemas de enfermería, formulación de diagnósticos de enfermería, identificación de los problemas interdependientes.

Planificación

Henderson, en la fase de planificación sugiere, que el plan de cuidados debe responder a las necesidades de la persona, actualizarlo periódicamente de acuerdo a los cambios, utilizarlo como un historial y asegurarse de que se adapta al plan prescrito por el médico. En su opinión un buen plan integra el trabajo de todos los miembros del equipo de salud.¹¹

11. **Alfaro R.N. M.S.N. Rosalinda. Aplicación del proceso de enfermería, guías práctica. Ediciones Roma, Barcelona Madrid**

Ejecución

En la fase de ejecución, la enfermera ayuda a la persona a realizar actividades para mantener la salud, para recuperarse de la enfermedad o para conseguir una muerte pacífica. Las intervenciones son individualizadas según los principios fisiológicos, la edad, los antecedentes culturales, el equilibrio emocional y las capacidades físicas e intelectuales.

Aunque toda la documentación se realiza en las fases anteriores del proceso, adquiere un valor fundamental en la ejecución; quizás ello sea debido a un principio jurídico muy extendido y de aplicabilidad a nuestro contexto asistencial: lo no escrito no forma parte de la realidad.

Evaluación

Una vez ejecutado el plan de cuidados, la etapa siguiente es la evaluación; por tanto, es la etapa final del proceso de enfermería.

Según Henderson se evalúa a la persona según el grado de capacidad de actuación independiente.

En esta fase la enfermera, al final del Proceso de Enfermería, compara el estado de salud de la persona con los resultados definidos en el plan de atención.

Según Henderson los objetivos se han conseguido, si se ha mejorado aunque sea una milésima de independencia, si se ha recuperado la independencia o la persona recibe una muerte apacible.

1.5 SINDROME PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA

a) PREECLAMPSIA

En la actualidad, a la preeclampsia se le considera la enfermedad de las teorías.¹ Se conoce mucho de su fisiopatología, pero se desconocen los factores primarios que desencadenan los fenómenos anormales que derivan en la repercusión sistémica materna, específicamente en la disfunción endotelial, la cual culmina en vasoconstricción grave sistémica y afectación multiorgánica de magnitudes diversas. Lo primero que ocurre en un embarazo que se complica con preeclampsia es que el proceso normal la placentación deriva en la hipoperfusión del lecho placentario. Después, en fases muy tempranas del embarazo, el delicado equilibrio entre la producción de factores angiogénicos y antiangiogénicos se pierde, aunque sus manifestaciones son relativamente tardías. Antes de que esto ocurra, se desencadenan problemas oxidantes locales y sistémicos, y alteraciones en el metabolismo de los lípidos. Aun no se sabe a ciencia cierta que origina el proceso de placentación anormal. Se sabe que existe mala adaptación inmunitaria, pruebas de susceptibilidad genética y problemas maternos que influyen en la evolución de la enfermedad, como: sobrepeso, incremento en la resistencia a la insulina y desequilibrio en la producción de diferentes prostaglandinas (incremento del tromboxano en relación con la prostaciclina). Es muy probable que la placentación anormal se explique mejor a partir de múltiples factores.¹²

b) ANTECEDENTES

Algunos embarazos se complican con convulsiones. Este fenómeno se conoce desde el antiguo Egipto, hace aproximadamente 3,000 años. En 1739, De Sauvage introdujo el término eclampsia para definir este proceso patológico. Lever, en 1843, reporto azoemia y proteinuria en estas personas. La relación entre trombocitopenia e hipertensión gestacional grave la reporto Stahnkle en 1922.⁶ En 1954 Pritchard y sus colaboradores describieron la hemólisis intravascular, la trombocitopenia y otras anormalidades hematológicas relacionadas con preeclampsia grave. Para 1982, Weinstein relaciono la elevación de las enzimas hepáticas con esta enfermedad y definió un padecimiento único en personas embarazadas hipertensas: el síndrome HELLP.

c) CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

La preeclampsia es una de las enfermedades materno- fetales más graves. En países desarrollados afecta aproximadamente del 2 al 7% de los embarazos; en los subdesarrollados la prevalencia seguramente es mayor. La preeclampsia se distingue por hipertensión arterial sostenida (140/90 mmHg o mas) y proteinuria (300 mg/día o más). También por aumento en las resistencias vasculares

periféricas con reducción de la perfusión sistémica. Cuando las embarazadas tienen hipertensión arterial sistémica sostenida y otros síntomas de disfunción orgánica mayor, como: trombocitopenia, elevación de enzimas hepáticas, cefalea persistente, alteraciones visuales o dolor en el epigastrio, se debe considerar preeclampsia, aun sin proteinuria.^{12,13}

d) FISIOPATOLOGÍA

El proceso de placentación normal consiste en la invasión del citotrofoblasto a las arterias espirales e implica el cambio fenotípico de las células epiteliales del trofoblasto, lo cual asegura la perfusión placentaria normal. Después, hay un cambio en la respuesta inmunológica que favorece la tolerancia materna del tejido fetoplacentario; todo esto evita alteraciones en el estrés oxidante local y sistémico. El proceso de placentación se favorece con la secreción de diferentes factores de crecimiento, con efectos locales y sistémicos. La preeclampsia tiene origen multifactorial. Existen diversos procesos patológicos implicados en la evolución de la enfermedad, los cuales interactúan y culminan en disfunción endotelial. La evolución de la preeclampsia esta predispuesta por características genéticas fetoplacentarias y maternas.

El proceso anormal de placentación (denominado pseudovasculogenesis) influye o da inicio a todas las anormalidades sistémicas que generan la disfunción endotelial. Cada una de ellas se trata por separado, sobre todo si se toma en cuenta que ocurren al mismo tiempo y que interactúan entre sí. Esto se realiza con el propósito de tratar la enfermedad y determinar la gravedad del proceso. La isquemia placentaria se considera el factor fisiopatológico inicial clave.

e) FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo para la preeclampsia son variados y algunos tienen en común que producen disfunción endotelial. Dichos factores de riesgo son: hipertensión arterial sistémica preexistente, diabetes mellitus, obesidad, gestación múltiple, resistencia a la insulina y antecedentes de preeclampsia. Otros factores, como primer embarazo y largo periodo inter genésico, tienen que ver con la alteración de la tolerancia inmunológica, que normalmente se produce durante el embarazo. Casi todos los factores de riesgo cardiovascular provocan alteraciones en el equilibrio del sistema de oxido reducción. La preeclampsia produce también estrés oxidante. Existen alteraciones en la vasodilatación que dependen del endotelio, y desequilibrio en la síntesis de la prostaciclina y el tromboxano, lo cual favorece la síntesis de este último. Todo esto sustenta la idea de que la preeclampsia tiene origen multifactorial y que para que se manifieste deberán interactuar factores placentarios, maternos y, en ocasiones, fetales.

Ante la falta de tratamiento específico, el parto y, sobre todo, la expulsión de la placenta son las únicas medidas realmente eficaces. El pronóstico del neonato depende de la edad gestacional al momento del nacimiento. Está demostrado que

la tensión arterial no influye en el pronóstico del neonato. El 15% de los nacimientos son pre-termino y es la causa directa más importante de la muerte del recién nacido. Las mujeres embarazadas que padecen preeclampsia pueden tener otro tipo de complicaciones, como: desprendimiento prematuro de placenta normo-inserta, edema agudo del pulmón, hemorragia cerebral, ictus y colapso circulatorio.¹³⁻¹⁶

f) CLASIFICACION DE LA HIPERTENSION ARTERIAL INDUCIDA POR EL EMBARAZO

HIPERTENSIÓN ARTERIAL INDUCIDA POR EL EMBARAZO

Hoy en día existe un consenso a partir de la publicación del National High Blood Pressure Education Program Working Group Report (NHBPEP) del año 2000 y que continúa vigente a la fecha. En este documento se definieron las siguientes categorías:

1. Preeclampsia-eclampsia
2. Hipertensión gestacional
3. Hipertensión crónica primaria o secundaria nueva o preexistente en el embarazo
4. Hipertensión arterial crónica con preeclampsia agregada

PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA

SÍNDROME DE PREECLAMPSIA: Se definió como un síndrome porque supone la afectación de varios órganos y sistemas, aparece en personas con edad gestacional mayor o igual a 20 semanas, acompañado por la presencia de proteínas en orina e hipertensión.

Este síndrome se divide en dos categorías:

PREECLAMPSIA LEVE:

Elevación de la presión arterial, sistólica mayor o igual a 140 mm hg. , diastólica mayor o igual a 90 mm Hg.

Proteínas en orina de 24 hrs de 300 mg. o más en personas sin enfermedad renal previa o más de una cruz en una tira reactiva.

PREECLAMPSIA SEVERA:

Elevación de la presión arterial, sistólica mayor o igual a 160 mm Hg., diastólica mayor o igual a 110 mm Hg.

Proteínas en orina de 24 hrs de 2 gr. o más

Creatinina sérica mayor o igual a 1.2 mg/dl en personas sin evidencia de daño renal previo.

Elevación de transaminasas hepáticas en suero, ALT, AST o ambas.

Evidencia de trombocitopenia microangiopática con cuenta plaquetaria menor o igual a 100 000 cél/mm³, con incremento de la deshidrogenasa láctica.

Dolor de cabeza persistente, síntomas visuales, dolor en epigastrio ó en área hepática.

ECLAMPSIA:

Se define como la aparición de convulsiones inexplicables en personas con preeclampsia.

HIPERTENSIÓN GESTACIONAL:

Se define como la presencia de hipertensión de reciente aparición en el embarazo, sin presentar proteínas en orina en aquellas mujeres con 20 semanas de gestación o más. Parecería ser un estado anterior al desarrollo de la preeclampsia, 46% puede evolucionar a preeclampsia.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA RELACIONADA CON EL EMBARAZO:

Ocurre en personas con hipertensión crónica conocida, que coexiste con el embarazo. También se establece este diagnóstico en las mujeres que presentan hipertensión arterial con o sin la presencia de proteínas en orina y que aparece antes de la semana 20 de gestación o en personas con preeclampsia que persisten con hipertensión luego de 12 semanas de puerperio.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA CON PREECLAMPSIA AGREGADA:

Para considerar su diagnóstico se pueden considerar dos aspectos:

1. Personas con hipertensión arterial crónica sin proteinuria (antes de la semana 20) y que comienzan a presentar proteínas en orina posterior a las 20 semanas de embarazo.
2. Personas con hipertensión arterial crónica y proteinuria (demostrada antes de las 20 semanas de gestación), que presenten incremento en la proteinuria basal, elevación notoria de la presión arterial, presencia de trombocitopenia o anemia microangiopática o aumento en las transaminasas hepáticas.

SÍNDROME DE HELLP

Es una variante de la preeclampsia severa, este trastorno se asocia con la destrucción microangiopática de eritrocitos y plaquetas durante el embarazo. Su nombre representa un acrónimo de los términos *hemólisis, aumento de enzimas hepáticas y bajo recuento plaquetario*.

Para el diagnóstico de este padecimiento se presentan las siguientes anormalidades de laboratorio:

1. Hemólisis: extendido periférico anormal, bilirrubina total de 1.2 mg/dl, Disminución haptoglobina y Deshidrogenasa Láctica mayor de 600 U/L,
2. Aumento de enzimas hepáticas: aspartato aminotransferasa mayor de 70 U/L, y deshidrogenasa Láctica mayor de 600 U/L
3. Bajo recuento de plaquetas, menos de 100 000/mm³

La Universidad de Mississippi, categorizó el Síndrome de HELLP con distintas clases según la trombocitopenia:

CLASE 1. Plaquetas menores o igual a un recuento de 50 000/mm³

CLASE 2. Plaquetas mayores a 50 000 pero menor o igual cifra a 100 000/mm³

CLASE 3. Plaquetas mayores a 100 000/mm³

HEMÓLISIS: Se define como la presencia de anemia hemolítica microangiopática y se le considera como el marcador del síndrome de HELLP. Es resultado de la lesión mecánica por el paso de los glóbulos rojos a través de los vasos sanguíneos con vaso-espasmo segmentario. El proceso fisiopatológico reside en el daño micro-vascular, con lesión endotelial e hipoperfusión de los órganos que adoptan la evolución de una microangiopática trombótica.

La microangiopatía hemolítica, se puede documentar mediante el frotis de sangre periférica que demuestra agregación plaquetaria y alteración morfológica de los eritrocitos (esquistocitos y equinocitos), teniendo como mecanismo común, tener su origen de manera extra corpuscular la que implica la ruptura de estas células como resultado de su paso por las arteriolas anormales. Puesto que el depósito de plaquetas y fibrina es la causa más frecuente de la lesión endotelial microvascular, a este tipo de anemia se le ha denominado también "ANEMIA HEMOLÍTICA TROMBÓTICA MICROANGIOPÁTICA", como se describió por primera vez en 1952 al grupo de alteraciones clínicas caracterizadas por la fragmentación de los eritrocitos dentro de la micro-circulación, conduciendo a hemólisis.

El frotis de sangre periférica, teñido con un colorante ácido-básico (Wright) permite identificar a través del microscopio convencional la morfología de los eritrocitos espiculados ó células de Burr (esquistocitos), los eritrocitos fragmentados (equinocitos), así como la distribución y morfología de las plaquetas, que como en

estos casos se encuentran adheridas (agregadas o aglutinadas) en forma anormal. ¹⁷⁻²²

II. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA

FICHA DE IDENTIFICACION

Datos de identificación:

Nombre: Angélica Romero Rojas.

Domicilio: Acta de la independencia # 345 colonia Morelos.

Edad: 28 años. Sexo: femenino. Nacionalidad: mexicana.

Fecha de nacimiento: 3 de agosto de 1982.

Ocupación: Trabajadora social. Escolaridad: Técnico en Trabajo social.

Religión: Católica. Estado Civil: Casada.

Familiar responsable: esposo.

Diagnóstico Médico: Preeclampsia leve

PRESENTACION DEL CASO

Inicia su padecimiento hace 3 semanas con presencia de cefalea matutina, constante, especialmente a nivel occipital y bitemporal, sin agregados, niega la presencia de alteraciones visuales o bien problemas auditivos, así mismo noto la presencia de edema a nivel de ambos pies, con incremento paulatino hasta que acudió a revisión médica dos días después de iniciados sus problemas. En la consulta se observó tensión arterial de 130-95 y mediante el uso de tiras reactivas se determinó la presencia de proteinuria. Inicio tratamiento mediante antihipertensivos del tipo de alfa metildopa, reposo y vigilancia continua.

Al momento asintomática, el edema aunque no ha desaparecido es menos evidente y las cifras tensionales están en 100-60.

Se le realizó USG obstétrico el cual reporta la presencia de producto único vivo de 36 semanas de gestación, sin ningún tipo de problemas, con placenta normo-inserta sin problemas.

DESARROLLO DE LAS ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

1. NECESIDADES DE OXIGENACIÓN

VALORACIÓN.

Datos de independencia:

Tiene respiración normal en reposo, campos pulmonares con buena entrada y salida de aire sin fenómenos agregados, no presenta dolor a la respiración, no hay presencia de cianosis peribucal, llenado capilar de 2 segundos, los signos vitales registrados en el momento de la valoración FC 78x', FR 22x', temperatura 36.5 y la T/A de 100-60. Solo manifiesta sentir falta de aire al caminar demasiado.

Datos de dependencia.

Angélica tiene disnea de grandes esfuerzos que se presenta al caminar algunas cuadras.

Diagnóstico de enfermería.

Respiración ineficaz relacionado con grandes esfuerzos, manifestado por disnea al caminar.

PLAN DE CUIDADOS

Objetivos.

Consultar al médico sobre el tipo de actividades, ejercicio y duración de acuerdo a su estado actual.

Indicarle los esfuerzos que le son permitidos con la finalidad de limitar la presencia de disnea.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.

Recomendar acostarse en decúbito lateral izquierdo.
Enseñarle como debe respirar.
Insistir en el reposo relativo.
Sugerirle evitar la fatiga.

Fundamento científico.

La presencia de preeclampsia con síndrome de fuga capilar desarrolla un estado de mala distribución de líquidos, esto sobrecarga el sistema cardiopulmonar y disminuye la tolerancia al ejercicio en un principio. Para después de no tratarse culminar en edema agudo de pulmón ²³

EVALUACIÓN

Se ha logrado disminuir la disnea.

2. NECESIDADES DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

VALORACIÓN

Datos de independencia

Ingiere y deglute por si misma los alimentos, encías hiperémicas, dientes sin presencia de caries ni prótesis, cepilla sus dientes dos veces al día, presenta baja tolerancia a la comida por la dieta baja en sodio y restricción de líquidos. Su peso actual es de 65 kgs, talla 1.50 mts, IMC 28.88

Datos de dependencia

Su alimentación está mal equilibrada ya que no lleva un régimen alimenticio, presenta cansancio fácil, limitación en la libre movilidad. Intolerancia al ejercicio. ingiere poca agua (2 vasos) al día, carnes rojas (1-2) a la semana, verdura ocasionalmente, frutas 2 veces a la semana, tortillas 8-10 diarias, pan dos piezas al día, pollo una vez a la semana, no le gusta el pescado, pastas diario, frijoles 3 veces a la semana, café diario.

22. Maldonado Durán Martín, Cambios fisiológicos y emocionales durante el embarazo normal y la conducta del feto. Perinatol, Reprod Hum 2008, 22;5-14

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA No. 1

Nutrición alterada por exceso de ingesta de alimentos relacionado con malos hábitos alimenticios, manifestado por incremento en la masa corporal (de 22.2 a 28.88), cansancio fácil, limitación en la libre movilidad, Intolerancia al ejercicio.

PLAN DE CUIDADOS

Objetivos.

Mantener un adecuado equilibrio nutricional.

Orientar sobre los beneficios que proporciona el respetar un régimen dietético.

La señora Angélica lograra reducir la ingesta excesiva de carbohidratos en su dieta y lograra una dieta balanceada.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Darle a conocer cuáles son los alimentos que pueda incluir en su dieta.

Que Identifique los alimentos de contienen alto contenido de carbohidratos mediante una lista de alimentos.

Realizar sesiones demostrativas sobre la preparación de alimentos nutritivos y de bajo costo.

Mandarla al nutriólogo.

Fundamento científico.

Una dieta no balanceada provoca alteraciones en el peso de las personas con embarazo, el sobre peso se considera factor de riesgo para desarrollo de hipertensión asociado al embarazo.²³

EVALUACIÓN

Se ha logrado reducir parcialmente la ingesta de carbohidratos y ésta siguiendo las recomendaciones del servicio de nutrición y dietética.

23. Dr. José Roiz Hernández, Dr. Noel Rosales Ramírez. El sobrepeso materno pre-embarazo como predictor de preeclampsia, macrosomía y cesarea. IMC con valores del instituto de medicina. Foro Nacional de Investigación en Salud del IMSS-Region Norte Monterrey N.L. 2002.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA No. 2

Mucosa oral alterada relacionada con niveles alterados de estrógeno y progesterona, manifestada con encías hiperémicas.

PLAN DE CUIDADOS

Objetivos.

Canalizar a Angélica al servicio de odontología.

Se dará a conocer la importancia del cuidado de los dientes y las visitas periódicas al odontólogo.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Sugerir la visita al odontólogo cada 6 meses.

Enseñarle la técnica adecuada de cepillado de dientes.

Recomendar higiene bucal mediante enjuagues con antisépticos.

Recomendar el uso de un cepillo suave y el cepillado correcto de sus dientes 3 veces al día.

Fundamento científico

Los hábitos higiénicos dentales son fundamentales durante el transcurso del embarazo dado que la frecuencia de gingivitis incrementa durante este periodo.²²

EVALUACIÓN

Modifico la frecuencia y forma de realizar el aseo bucal, acudió al odontólogo quien le hizo una limpieza completa.

3. NECESIDADES DE ELIMINACIÓN

VALORACIÓN

Datos de independencia.

No cuenta con antecedentes de cáncer de colon, enfermedad renal, hemorroides. Orina varias veces al día, refiere que tiene estreñimiento.

Datos de dependencia.

Angélica ingiere insuficiente agua y en algunas ocasiones su dieta no contiene fibra, la eliminación de heces es de cada tercer día, las características de la materia fecal es de consistencia dura.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA

Estreñimiento relacionado con baja ingesta de líquidos y fibra, manifestado por evacuaciones 2 o 3 veces por semana de consistencia dura.

PLAN DE CUIDADOS

Objetivo.

Que tenga la capacidad para discernir entre los diferentes grupos de alimentos.
Recuperar su eliminación intestinal eficaz.
Motivarla para desarrollar actividad física.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Dar a conocer los alimentos ricos en fibra (frutas y verduras)
Recomendar no acostarse después de comer.
Caminar por lo menos 10 minutos luego de cada alimento principal

Fundamento científico.

Las alteraciones en el hábito intestinal son frecuentes durante el proceso de gestación los cuales se incrementan con la falta de ingesta de fibra.^{22, 23}

EVALUACION

Angélica se siente más a gusto ya que con las recomendaciones hechas ha podido evacuar diario.

4. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

VALORACIÓN.

Datos de dependencia.

Se adapta fácilmente a los cambios de temperatura, usa ropa apropiada al clima de la región, su transpiración es normal, usa desodorante, cuenta con buena ventilación e iluminación.

Datos de dependencia.

Al momento de la valoración no se observaron datos que manifestaran dependencia.

Diagnóstico de bienestar.

Disposición para adecuar su indumentaria de acuerdo al clima.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.

Sugerirle evitar cambios bruscos de temperatura.
Informarle sobre ropa térmica que puede adquirir.

EVALUACIÓN.

Ha comprendido la importancia de evitar climas extremos.
Ha adquirido ropa térmica.

5. NECESIDAD DE MOVIMIENTO Y MANTENER BUENA POSTURA**VALORACIÓN****Datos de independencia.**

Está orientada en lugar y espacio, no presenta problemas musculo esquelético con postura ligeramente encorvada, puede moverse por sí sola.

Datos de dependencia.

Al momento de la valoración no se observaron datos de dependencia.

Diagnostico de Bienestar

Disposición para realizar ejercicio para fortalecer los músculos de la espalda y de la pelvis.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Indicarle posturas adecuadas para su estado fisiológico

Indicarle la forma adecuada para agacharse y levantar objetos.

EVALUACIÓN.

Angélica mantiene de forma adecuada posturas correctas al sentarse o recostarse.

Sabe actualmente como flexionar su cadera y cómo hacer esfuerzo para levantar objetos.

6. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

VALORACIÓN

Datos de independencia.

Su estado mental se encuentra atento, duerme 8 horas diarias (11:00 – 7:00), por la noche despierta varias veces, y es difícil conciliar nuevamente el sueño, durante el día trata de descansar por lo menos 2 veces, pero no puede dormir, manifiesta estar angustiada por su embarazo de alto riesgo.

Datos de dependencia.

Se aprecia cansada, irritable, refiere un dormir inquieto y despertarse varias veces durante la noche, menciona que su sueño no es reparador.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Alteración del patrón del sueño relacionado con angustia y estrés manifestado por insomnio.

PLAN DE CUIDADOS

Objetivos.

La señora Angélica disminuirá su trastorno de sueño a corto plazo (una semana).
Disminuirá la sensación de cansancio

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Recomendarle bañarse con agua tibia antes de acostarse.

Sugerirle escuchar música de relajación.

Enseñarle algunos masajes e integrar a su esposo para que esta los realice.

Terapia recreativa.

Fundamento científico.

Los trastornos del estado de ánimo se presentan con frecuencia en el embarazo, sobre todo en el periodo periparto asociado con la incertidumbre en el desenlace del mismo.²²

EVALUACIÓN

La señora Angélica, después de una semana se ha mantenido más relajada y puede mantenerse más tiempo dormida.

7. NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

VALORACIÓN.

Datos de independencia

Viste de acuerdo a su edad y su condición económica, tiene la capacidad de vestirse y desvestirse sola, el cambio de ropa es diario, incluyendo la interior que es de algodón.

Datos de dependencia

Al momento de de la valoración no se observaron que manifestaran dependencia. (Usa ropa de maternidad).

DIAGNOSTICO DE BIENESTAR

Disposición para cambiar su guardarropa, acordes a su estado fisiológico actual.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Recomendarle además de ropa de uso cotidiano de maternidad la importancia del uso de accesorios propios de la maternidad.

8. NECESIDADES DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

VALORACIÓN

Datos de independencia

Su baño es diario por las mañanas, se lava las manos para cocinar, antes de comer y después de ir al baño. Usa cremas corporales para su cuerpo y cara.

Datos de dependencia

En el talón de sus pies presenta grietas, ya que pasa mucho tiempo con calzado descubierto.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Alteración de la integridad cutánea, relacionado con el uso de calzado descubierto, manifestado por resequedad y grietas en los talones.

PLAN DE CUIDADOS

Objetivos.

Lograr que comprenda la importancia que tiene la integridad cutánea que se obtiene mediante un adecuado cuidado de sus pies.

Motivarla sobre la importancia que tiene el cuidar su piel.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.

Enseñarle cómo debe lubricar sus pies diariamente para evitar la resequedad.

Recomendarle evitar la humedad en los pies.

Sugerir el uso de calzado cómodo y cerrado.

Recomendar el uso de aceite de almendras dulces.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

Durante el embarazo, la piel se hace más seca y proclive a lesionarse. El cuidado de las palmas y sobre todo de las plantas de los pies es fundamental para evitar lesiones por roce y micosis.²²

EVALUACIÓN

Aprendió a lubricar la piel de sus pies, utilizando aceite para evitar la resequedad y las grietas han disminuido, ya que ha usado con mayor frecuencia zapato cerrado.

9. NECESIDAD DE EVITAR PELIGRO

VALORACIÓN.

Datos de independencia

Su familia está integrada por su esposo y una hija, en su hogar no existe peligros ambientales ni de su entorno. Esta consciente de que su embarazo es de alto riesgo, lo cual le produce estrés y miedo a que algo le pase a su bebé, conoce los signos y síntomas de alarma sobre su padecimiento y de un parto prematuro.

Datos de dependencia

La señora Angélica acude a consulta cada 8 días, acompañada de su mamá o su esposo, ya que en ocasiones se le olvidan algunas recomendaciones médicas pero sobre todo para llevar un buen control.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA No. 1

Estado de ansiedad relacionado con el estrés y angustia por la posibilidad de un parto prematuro, manifestado con alteraciones en el estado de ánimo.

PLAN DE CUIDADOS

Objetivos.

Animarla a compartir sus sentimientos y preocupaciones.
Lograr disminuir el estrés y la angustia.
Hacerle ver la importancia de no interrumpir su tratamiento.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Toma y registro de signos vitales.
Dar a conocer los signos de alarma, para que acuda de inmediato al hospital.
Tenerla informada sobre la evolución de su padecimiento.
Vigilar movimientos fetales.
Mantener una vigilancia estrecha.

Fundamento científico.

La posibilidad de eventos adversos durante la gestación y resolución del embarazo generan ansiedad en la persona gestante, estos se incrementan cuando se trata de un embarazo complicado.²²

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA No. 2

Duelo anticipado relacionado con la percepción de la posible pérdida del producto, manifestado por la expresión de sufrimiento por una pérdida potencial.

PLAN DE CUIDADOS

Objetivos.

Darle a conocer la importancia de chequearse y registrar las cifras de la presión arterial.

Crear habilidades y destrezas para la toma de tensión arterial.

Lograr una información adecuada sobre la posible interrupción del embarazo en relación a los signos de alarma que se le han señalado.

Elaborar un formato para el registro de la presión arterial.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Vigilancia de la presión arterial por lo menos 2 veces al día.

Vigilancia materna fetal.

Toma de signos vitales.

Hacer coparticipe a su esposo en cuanto a mantener un ambiente tranquilo.

Vigilar movimientos fetales.

Fundamento científico.

La percepción de una pérdida potencial en ocasiones mantiene un nivel alto de ansiedad y angustia provocando una sensación de constante peligro.²²

EVALUACIÓN

Hasta el momento se ha mantenido controlada su hipertensión arterial y su embarazo cursa en óptimas condiciones, lo cual ha logrado disminuir la ansiedad de la persona.

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE

VALORACIÓN

Datos de independencia

Casada hace 10 años, no tiene discapacidad auditiva ni visual se expresa con claridad y fluidez, viven en casa propia en un terreno que les dio su suegro.

Datos de dependencia.

Su preocupación es por su hija y esposo, por las complicaciones que puedan existir en su embarazo.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA

Temor relacionado con la posibilidad de presentar alguna complicación grave durante su embarazo o en el parto, manifestado por angustia y ansiedad.

PLAN DE CUIDADOS.

Objetivos.

Proporcionar la información relacionada a su régimen terapéutico.

Lograr disminuir el estado de angustia mediante la información completa y oportuna sobre su condición clínica y lo adecuado de su tratamiento y vigilancia estrecha.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Hacer que comprenda la importancia que tiene la adecuada integración familiar.

Favorecer una adecuada comunicación de pareja

Resaltar y enfatizar sobre los valores y creencias que tienen como familia.

Proporcionar información adecuada y completa a sus dudas.

Fundamento científico.

La sensación de unión familiar y de lazos sentimentales firmes, dan seguridad e integran a los diferentes grupos humanos.²²

EVALUACIÓN.

Ha tratado de estar más tranquila y su familia la está acompañando en todo momento.

11. NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

VALORACIÓN

Datos de independencia

La religión que profesa es católica, en su hogar tiene imágenes que determinan sus valores y creencias, acude a misa todos los domingos y participa en las festividades católicas de su comunidad. Sus familiares profesan la misma religión.

Datos de dependencia

Al momento de la valoración no se observaron datos que manifestaran datos de dependencia.

DIAGNÓSTICO DE BIENESTAR

Disposición para interactúa mejor, integran pláticas familiares más frecuentes.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Fomentar los valores morales compatibles con su religión
Fomentar la conducta empática hacia sus familiares

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

VALORACIÓN.

Datos de independencia.

Actualmente trabaja en una secundaria como orientadora, le gusta mucho poder ayudar a los chicos, está satisfecha con su trabajo, le gustaría poder hacer la Licenciatura, pero no es su prioridad, su esposo y su hija son lo más importante.

Datos de dependencia.

Al momento de la valoración no se observaron datos de dependencia.

DIAGNÓSTICO DE BIENESTAR

Disposición para aceptar su nivel laboral.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Motivarla para que continúe sus estudios

13. NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

VALORACIÓN

Datos de independencia

Dentro de su terapia recreativa, le gustan las manualidades (repujado y migajón que le proporcionan un dinero extra), le gusta ver televisión y salidas familiares que realiza una vez al año.

Datos de dependencia

No se observan.

DIAGNÓSTICO DE BIENESTAR

Disposición de mantener actividades recreativas acordes a su estado fisiológico actual

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Recomendarle actividades físicas acordes con su estado fisiológico y de su enfermedad

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

VALORACIÓN

Datos de independencia

Angélica estudio Trabajo Social nivel técnico, no presenta problemas para desenvolverse.

Datos de dependencia

El conocimiento que tiene en cuanto a su embarazo de alto riesgo no es el suficiente ya que no sabe cuándo tiene la presión alta y en su anterior embarazo también presentó edema.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA No 1

Déficit de conocimiento de su enfermedad, relacionado con dudas con respecto síntomas y signos de la preeclampsia, manifestado por una actitud de inseguridad.

PLAN DE CUIDADOS

Objetivos.

Explicarle los síntomas asociados a hipertensión arterial.
Explicarle la importancia de la disminución de sal en su dieta.
Insistir en continuar con manejo anti-hipertensivo hasta nueva orden medica.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Mencionar síntomas de hipertensión arterial sistémica como son cefalea, acufenos, fosfenos.
Checar por lo menos 3 veces al día la presión arterial.
Indicarle el consumo de dieta hiposódica.
Hacer hincapié en el cumplimiento de las indicaciones médicas.

Fundamentación científica.

La hipertensión arterial sobre todo en la preeclampsia tiene manifestaciones de tipo neurológico, caracterizados por la presencia de cefalea universal pulsátil, acufenos y fosfenos.¹⁷

EVALUACIÓN

Hasta el momento ha estado controlada su presión arterial.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA No. 2

Alteración de la perfusión hística relacionado con la retención de líquidos manifestado por edema de miembros pélvicos.

PLAN DE CUIDADOS

Objetivos.

Motivar y coordinar la elaboración de un plan para el control y registro de peso corporal.

Proporcionar una dieta balanceada para evitar sobre peso.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Mantener control estricto de líquidos.

Recomendar el uso de calzado cómodo.

Vigilar el peso y llevar un control estricto del mismo.

Dar a conocer signos y síntomas de alarma.

Vigilar el cumplimiento de las indicaciones médicas.

Fundamentación científica.

El edema se presenta con cierta frecuencia en el desarrollo de la preeclampsia, y aunque en la actualidad no ha demostrado constituir un criterio de riesgo para la enfermedad, es un signo sugestivo de fuga capilar que caracteriza a la preeclampsia.¹⁷

EVALUACION

Se ha estado controlando la presión, aunque el edema no ha disminuido.

IX. PLAN DE ALTA

NECESIDAD	CUIDADOS DE CASA
OXIGENACION	Se recomendó: * Acostase, decúbito lateral izquierdo. * Reposo relativo. * Evitar fatiga.
NUTRICION E HIDRATACION	* Se le proporciona una lista de alimentos autorizada por la nutrióloga. * Se le proporciona sulfato ferroso y ácido fólico. * Concientizar sobre la poca ingesta de sal.
ELIMINACIÓN	Se le aconsejó: * Evitar acostarse después de comer. * Incrementar la ingesta de fibra. * Caminar durante 10 min.
TERMOREGULACION	* Sugerirle evitar cambios bruscos de temperatura. * Informarle sobre ropa térmica que puede adquirir.
NECESIDAD DE MOVIMIENTO Y MANTENER BUENA POSTURA	* Indicarle posturas adecuadas para su estado fisiológico * Indicarle la forma adecuada para agacharse y levantar objetos.
DESCANSO Y SUEÑO	Se recomendó: * Bañarse con agua tibia antes de acostarse. * Uso de almohada cómoda. * Escuchar música.
NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS	* Recomendarle además de ropa de uso cotidiano de maternidad la importancia del uso de accesorios propios de la maternidad.
HIGIENE Y PROTECCION DE PIEL	* Comprendió la importancia que tienen sus pies.

	*se recomendó usar protector solar en su cara.
NECESIDAD DE EVITAR PELIGRO	*Toma y registro de signos vitales. *Dar a conocer los signos de alarma, para que acuda de inmediato al hospital. *Tenerla informada sobre la evolución de su padecimiento. *Vigilar movimientos fetales. *Mantener una vigilancia estrecha.
COMUNICACIÓN	*Platicar con su esposo en cuanto sus miedos sobre el embarazo.
NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES	*Fomentar los valores morales compatibles con su religión *Fomentar la conducta empática hacia sus familiares
NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE	*Motivarla para que continúe sus estudios
JUGAR Y TRABAJAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS	Se le aconsejo: *Reinicie sus actividades deportivas después del embarazo. *Ver la manera que realice su Lic. En trabajo social.
APRENDIZAJE	*Se le dio información sobre su embarazo. *se le dio información sobre las dudas que tenía.

III. CONCLUSIONES

El Proceso de Atención de Enfermería, es un sistema predominante para brindar atención en los cuidados básicos a la persona y familia o comunidad, además favorece el desarrollo de los conocimientos científicos y la investigación.

El Proceso de Atención de Enfermería permite identificar problemas de salud y factores de riesgo que ayuda a la enfermera a planificar para posteriormente ejecutar sus actividades de manera individualizada en una forma holística con calidad a la persona, familia o comunidad.

El trabajo se realizó siguiendo la filosofía del modelo de Virginia Henderson, que define al ser humano con 14 necesidades básicas que deben ser satisfechas.

La intervención de enfermería fue lograr la independencia mediante las intervenciones desarrolladas de sus necesidades donde se consiguió satisfacerlas.

Este proceso fue de gran utilidad para la persona en la que se aplicó, ya que mejoraron sus hábitos alimenticios, modificó su estilo de vida y lo más importante que su embarazo evolucionó de forma satisfactoria luego de una atención médica y del personal de enfermería.

Con la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, he desarrollado habilidades para la valoración de necesidades e identificación de factores de riesgo en la persona y familia, para planificar un esquema de atención, ejecutar mediante objetivos y planteando acciones.

He adquirido conocimientos sobre el modelo de Virginia Henderson los cuales tengo presentes en mi práctica diaria para beneficio de la persona y su familia, así como compartirlos con el resto de personal de enfermería en el ámbito laboral.

IV. SUGERENCIAS

El modelo de Atención de Virginia Henderson, me parece un modelo fácil de aplicar y que permite una atención integral y completa de las personas.

Sin embargo en el ámbito laboral poco se usa, considero necesario una mayor difusión de este modelo de Atención con la finalidad de homogeneizar las acciones de enfermería realizadas a cada una de las personas que atendemos.

Además de lograr una identificación más objetiva de cada una de sus necesidades e incidir en su resolución. Considero que con ello se logrará mejorar la calidad de atención de enfermería.

La preeclampsia-eclampsia representa aun un problema de máxima relevancia en nuestro medio y lamentablemente parece que aun continuará siendo un problema grave de salud pública.

A lo largo de mi experiencia atendiendo personas con preeclampsia, he observado, como menciona la mayor parte de la literatura, que una adecuada información y una vigilancia estrecha de personas con riesgo y personas con preeclampsia ya diagnosticada; influye de forma determinante en el pronóstico que se espera de este tipo de personas.

Al aplicar el esquema de Virginia Henderson me di cuenta que resolviendo las 14 necesidades de las personas, se logra una interacción adecuada y además se mantiene una vigilancia favorable con detección oportuna de posibles problemas en la evolución de estas personas, evitando complicaciones y mejorando de forma importante la expectativa de vida que ellas esperan.

1. Pérez Luz, Diaz Loreda, Historicidad de la Enfermería en México, Revista de Enfermería, IMSS (México) Vol 4, Num. 2-3. 1991
2. Fernández del Castillo, Fco. El discurso de inauguración de las nuevas instalaciones, ENEO-UNAM-MEX, 1982, p.3
3. Memorias del Hospital General de México, Efemérides de enfermería, 2000, p 24
4. ENEO (informe ENEO-UNAM, 1977-1982. Mex 1983, p 31)
5. Iyar, Tapich B. Proceso de Atención de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería. Segunda edición Interamericana Mc Graw Hill. Madrid 1993.
6. Alfaro-Lefoure Proceso Atención de Enfermería. Paso a Paso. Capítulo 3, 4a edición Springer. 2004
7. NANDA. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificaciones. 2005-2006. Ed Elsevier, España.
8. Guillen Fonseca M. Teorías aplicables al proceso de Atención de Enfermería en la Educación Superior. Rev. Cubana Enfermería. 1999; 15 (1); 1016
9. Fernández Fermin Carmen, Novel Martí Gloria. El Proceso de Atención de Enfermería y el Modelos de Virginia Henderson. Edición Salvat, Masson, 1993
10. Rodríguez S.A. Bertha. Proceso enfermero, Avances Científicos, 2da edición, Cuellar
11. Alfaro R.N. M.S.N. Rosalinda. Aplicación del proceso de enfermería, guías práctica. Ediciones Roma, Barcelona Madrid
12. García Santos FJ, Costales Badillo CA, Jimeno JM. Fisiopatología y factores etiopatogénicos de la hipertensión arterial en el embarazo. Revisión de la literatura. Hospital Clínico San Carlos de Madrid. Cátedra de Obstetricia y Ginecología (Prof. M. Escudero Fernández). Toko-Ginecología Práctica Mayo 2000; Número 645 p. 194 - 212.

13. Secretaría de Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Lineamiento Técnico
14. Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Preeclampsia-eclampsia. 2006. Consejo Técnico
15. Instituto Nacional de Perinatología. Normas y Procedimientos en Ginecología y Obstetricia. 89-97; 2003.
16. Instituto Mexicano del Seguro Social. Hospital Luis Castelazo Ayala. HGO LCA. Normas y Procedimientos en Obstetricia, 2005.
17. Sibai BM. Preeclampsia. Clin Obst & Gynecol. 2005. 48 (2).
18. Fernandez Contreras R, Gomez Llambi H, Ferrarotti F, Lorge F. Extraído de "Guía para el manejo de la Hipertensión Arterial". Instituto de Investigaciones Cardiológicas- Facultad de Medicina-UBA. 2000.
19. Pacheco J. Ginecología y Obstetricia. Segunda edición. Lima: MAD Corp SA, 2006. 2. Sánchez S. Análisis de la mortalidad materna en la Disa V Lima Ciudad. Periodo 2000- 2004. Dirección de Epidemiología.
20. Chirinos J. Incidencia y características de la enfermedad hipertensiva en el embarazo: Estudio retrospectivo a nivel del mar y en la altura. Acta Andina. 1995;4(1):25-34.
21. Contreras HM, Espinosa DP, Estremadoyro VB. Variación estacional de la preeclampsia. Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Rev Per Ginecol Obstet. 2003;49(2):95-102.
22. Maldonado Durán Martín, Cambios fisiológicos y emocionales durante el embarazo normal y la conducta del feto. Perinatol, Reprod Hum 2008, 22;5-14
23. José Roiz Hernández, Dr. Noel Rosales Ramírez. El sobrepeso materno pre-embarazo como predictor de preeclampsia, macrosomía y cesarea. IMC con valores del instituto de medicina. Foro Nacional de Investigación en Salud del IMSS-Region Norte Monterrey N.L. 2002.

X. ANEXOS. HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN CLÍNICA DE ENFERMERÍA

PERFIL DEL PERSONA

Ambiente físico

Casa propia SI Rentada Prestada

No. de habitaciones: 4. Tipo de construcción: tabique.

Animales domésticos: un perro.

Características físicas: su casa cuenta con 2 recamaras, sala, cocina, un baño completo, todos con buena ventilación e iluminación.

SERVICIOS SANITARIOS

Agua domiciliaria: SI Hidrante publico Otros

ELIMINACIÓN DE DESECHOS

Drenaje: SI Fosa séptica: NO

Letrina: NO

CONTROL DE BASURA

Carro recolector de basura SI depósitos de basura Otros

VIAS DE COMUNICACIÓN

Terracería NO Colectivos SI Teléfono SI

Carreteras SI taxi SI Carro particular SI

Internet SI transporte público SI

RECURSOS PARA LA SALUD

Centro de salud: SI IMSS ISSSTE :SI ISSEMyM particular
Otros

HABITOS HIGIENICOS-DIETETICOS.

Aseo:

Baño: diario. Cambio de ropa: diario. Aseo bucal: 2 veces al día.

Lavado de manos: antes de comer, después de ir al baño.

ALIMENTACIÓN

TIPO DE ALIMENTO	No. DE VECES A LA SEMANA	OBSERVACIONES
CARNE	2	DEFICIENCIA DE HIERRO
VERDURAS	TODOS LOS DÍAS	DEFICIT DE VITAMINAS Y MINERALES
FRUTAS	3	REGULAR
LEGUMINOSAS	4	ADECUADO
PASTAS	5	EXCESO DE CARBOHIDRATOS
LECHE	TODOS LOS DÍAS	ADECUADO PARA EL APOORTE DE CALCIO
HUEVO	3	ADUCADO
No. DE TORTILLAS	70 A LA SEMANA	EXCESO DE CARBOHIDRATOS
No. DE PIEZAS DE PAN	2 DIARIO	ADECUADO
AGUA: LITROS POR DÍA O VASOS AL DÍA	2 VASOS AL DÍA	DEFICIT DE LÍQUIDOS

EMUNTORIOS.

Intestinal: estreñimiento. Vesical: aumento y disminución del volumen.

DESCANSO.

Tipo y frecuencia: reposo en cama dos veces al día.

Sueño: duerme de las 11 p.m a las 7p.m pero despierta en varias ocasiones durante la noche.

Diversión y/o deportes: realiza manualidades, ve televisión, antes del embarazo jugaba básquet-bol.

Trabajo y/o estudio: actualmente se encuentra de incapacidad materna.

COMPOSICIÓN FAMILAR.

DINAMICA FAMILIAR.

Angélica refiere una buena comunicación con su esposo, los dos comparten los gastos de la casa y algunas tareas domesticas, colabora con el cuidado de su hija quien también se integra a algunos quehaceres del hogar de acuerdo a la edad de la niña, es atento con ella y más ahora que está cursando con su embarazo, su relación con su madre y sus hermanos es buena, con sus suegros tiene una

relación afectiva aunque casi no conviven con ellos más que en fechas importantes.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Grupo y Rh: O+.

Tabaquismo	NO
Alcoholismo	NO
Fármaco dependencia	NO

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICO

DIABETES	NO
HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA	NO
CARDIOPATIAS	NO
CACU	NO
CA MAMA	NO
TOXOPLASMOSIS	NO
NEFROPATIAS	NO
ANTECEDENTES QUIRURGICOS	NO
ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES	NO
ANTECEDENTES TRAUMATICOS	NO
EPILEPSIA	NO

OTROS: Angélica refiere que padeció varicela y sarampión en la edad de 3y 4 años, parto normal hace 10 años, cuadros gripales ocasionales de uno a dos por año.

INTERROGATORIOS POR APARATOS Y SISTEMAS.

Cardio- respiratorio.

FOSFENOS	NO
LIPOTIMIAS	NO
ARRITIMIAS	NO
DISNEAS	NO
TOS	NO
CIANOSIS	NO
DISFONIAS	NO
EXPECTORACION	NO
EDEMAS	SI
DISFONIAS	NO

ACUFENOS

NO

DIGESTIVO.

APETITO NORMAL	SI
PIROSIS	NO
DISMINUCION DEL APETITO	NO
VOMITO	NO
DISFAGIA	NO
NAUSEAS	NO
REGUSGUTACION	NO
CONSTIPACION	NO
MELENA	NO
DIARREA	NO
DISTENCION	NO
HEMATEMESIS	NO
ESTREÑIMIENTO	SI

OBSERVACIONES:

Refiere nauseas en el primer trimestre del embarazo, actualmente padece estreñimiento.

GENITOURINARIO.

DOLOR	SI
OLIGURIA	NO
PIURIA	NO
DISURIA	NO
TENESMO	NO
POLIURIA	NO
HEMATURIA	NO
DISMENORREA	SI
PATOLOGIA MAMARIA	NO
PRURITO	NO
LEUCORREA	NO

NERVIOSO

CEFALEA	SI
TEMBLORES	NO
DEPRESION	NO
INSOMNIO	SI
ANSIEDAD	SI
FALTA DE MEMORIA	NO
ANISOCORIA	NO
MIOSIS	NO
MIDRIASIS	NO

MUSCULOESQUELÉTICO.

DEFORMIDADES OSEAS	NO
DEFORMIDADES ARTICULARES	NO
DEFORMIDADES MUSCULARES	NO
ARTRALGIAS	NO

PIEL Y ANEXOS.

HIPERPIGMENTACION	SI
APIGMENTACION	NO
HERIDAS	NO
ACNE	NO
ALERGIAS	NO
DERMATOSIS	NO
EDEMA	SI

Observaciones:

Angélica presenta edema generalizado.

ORGANOS DE LOS SENTIDOS.

CONJUNTIVITIS	NO
DOLOR DE OIDO	NO
RINORREA	NO
TRANSTORNOS DEL OLFATO	NO
EPISTAXIS	NO
HIPOACUSIA	NO

ANTECEDENTES GINECO- OBSTÉTRICOS.

Menarca: 12 años. Telarca: 12 años. Pubarca: 12 años.
Duración: 4 días. Dismenorrea: SI.
Incapacitante: NO. Control prenatal: SI. Tipo de control: DIU.
Papanicolaou: SI Fecha: 2 años. Resultado: negativo.
Gestas: 2 Para: 1 Abortos: 0 Cesáreas: 0
FUM: 9 de Noviembre 2009 FPP: 16 Agosto 2010.

EXPLORACIÓN FÍSICA.

Peso antes del embarazo: 50 Kg Peso actual: 59ksg Peso ideal: 57kgs
Estatura: 1.50 Tensión arterial: 100-60 Temperatura: 36 gdos.

Inspección:

Persona femenino con edad aparente similar a la cronológica, con actitud libremente escogida, de aspecto general saludable.

Facies no característica, normocéfala, pigmentación oscura a nivel de cara especialmente en ambos pómulos, nariz afilada, boca grande, piezas dentarias completas y en aparente buen estado. Cuello normal.

Tórax normolineo, con movimientos ventilatorios normales, las glándulas mamarias normales sin secreción láctea, no se presentan masas ni puntos dolorosos, simétricas y con situación normal.

Abdomen globoso con útero gestante, sin puntos dolorosos, hiperpigmentado a nivel de la línea media infraumbilical, mediante maniobras de Leopold se observa producto único vivo, cefálico dorso a la derecha no enclavado. FCF 140 por minuto.

Extremidades simétricas sin limitaciones de movilidad, con edema en los miembros pélvicos hasta la rodilla blando con godete positivo, sin alteraciones neurocirculatorias distales, pulsos presentes, movimientos sin problemas, sensibilidad normal.