



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA APLICADO A
UNA PACIENTE EMBARAZADA Y PREECLAMPSIA**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA:

MARÍA CRISTAL RODRÍGUEZ RAMÍREZ

No. DE CUENTA 407120642

DIRECTORA ACADEMICA:

MAESTRA: LIC. MARGARITA GONZALEZ VAZQUEZ

NOVIEMBRE DEL 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

	PÁGINA
Introducción	1
Justificación	4
Objetivos	6
Metodología	7
Marco teórico (Virginia Henderson)	9
Modelo de enfermería	15
Proceso Enfermero	17
Aplicación del proceso enfermero	26
Presentación del caso con valoración de Virginia Henderson	29
Jerarquización de diagnósticos de enfermería detectados	30
Plan de atención con los diagnósticos de enfermería con taxonomía	
II NANDA	32
Plan de alta	59
Conclusiones	62
Sugerencias	64
Glosario	66
Bibliografía	68
Anexos	
Fisiopatología de la preeclampsia (Anexo I)	72
Evaluación de riesgo reproductivo (Anexo II)	91
Instrumento de valoración con modelo de Virginia Henderson (Anexo III)	97

INTRODUCCIÓN

La enfermería en tiempos anteriores era considerada como una disciplina que solo se basaba en la experiencia de la práctica y era aplicada con conocimientos empíricos en base a la repetición de acciones. En la actualidad la Enfermería ha progresado en tal magnitud que hace uso de modelos específicos que sustentados científicamente y con base en las diversas patologías existentes ayuda a precisar la naturaleza de los cuidados que se deben brindar por los profesionales de enfermería todo con el fin de una recuperación satisfactoria de los pacientes que en cierto momento vieron alterada su salud.

1

En la justificación de este estudio se describe la importancia y posteriormente en el objetivo general y específicos se enumeran los propósitos de este trabajo para la paciente y para obtener el grado de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

En la metodología se explican los pasos que se llevan a cabo en la relación de este proceso de Atención de Enfermería y del sustento con el Modelo de Virginia Henderson considerado como uno de los más completos pues se valoran las 14 necesidades básicas del individuo.

El marco teórico incluye una reseña histórica del Proceso de Atención de enfermería, se describen las etapas del Proceso de Atención de Enfermería, valoración, diagnóstico, planificación de cuidados, ejecución y evaluación así

como una descripción de las generalidades del modelo de Virginia Henderson: Conceptos, definiciones y sus principales supuestos de enfermería.

Con base a lo anterior se aplica el Proceso de Atención de Enfermería inicia con la valoración de la embarazada, la aplicación del instrumento guía de valoración del embarazo de acuerdo al modelo de Virginia Henderson, posteriormente se formulan los diagnósticos de enfermería en base a estas se realizan la planificación de cuidados de enfermería resultados esperados y la intervenciones en cada una de ellas.

Se llevan a cabo las conclusiones y se plantean las sugerencias.

Se citan las referencias bibliográficas y se agregan anexos que contienen la fisiopatología de la preeclampsia es una de las complicaciones más comunes del embarazo y representa una de las primeras causas de mortalidad materna en los países desarrollados. Su frecuencia se sitúa en el 2.5 - 6.5 % de los embarazos de bajo riesgo, y en el 20 – 25% de las pacientes de alto riesgo. Su tratamiento final sigue siendo la interrupción del embarazo y la extracción de la placenta.

La fisiopatología de la preeclampsia se centra en un trastorno precoz que afecta la placenta. Esta isquemia placentaria conlleva una alteración de la función endotelial, responsable de vasoconstricción y trastornos de la hemostasis. El pronóstico de la preeclampsia depende esencialmente de la calidad de los seguimientos y de las decisiones obstétricas. La hipertensión gravídica tiene tendencia a la recidiva en embarazos sucesivos, suele presentarse cuando existe

un riesgo vascular aumentado y con gran frecuencia anuncia una hipertensión arterial permanente en el futuro.¹

La enfermera debe establecer una relación de confianza con la paciente, de ésta manera puede detectar en conjunto con la paciente el inicio de la sintomatología o señales que indique riesgo para la vida de la madre, hijo y familia. La retroalimentación permitirá brindar un seguimiento continuo de los cuidados de las pacientes, conformándose como una herramienta adecuada en la actualización de sus conocimientos y la base de su práctica; contribuyendo así en la prevención y detección temprana de las complicaciones.

Por tal causa es muy importante que la Enfermera aplique el Proceso Atención de Enfermería para que con ello pueda sustentar y fundamentar la aplicación de criterios terapéuticos en conjunto con el equipo de salud.

3

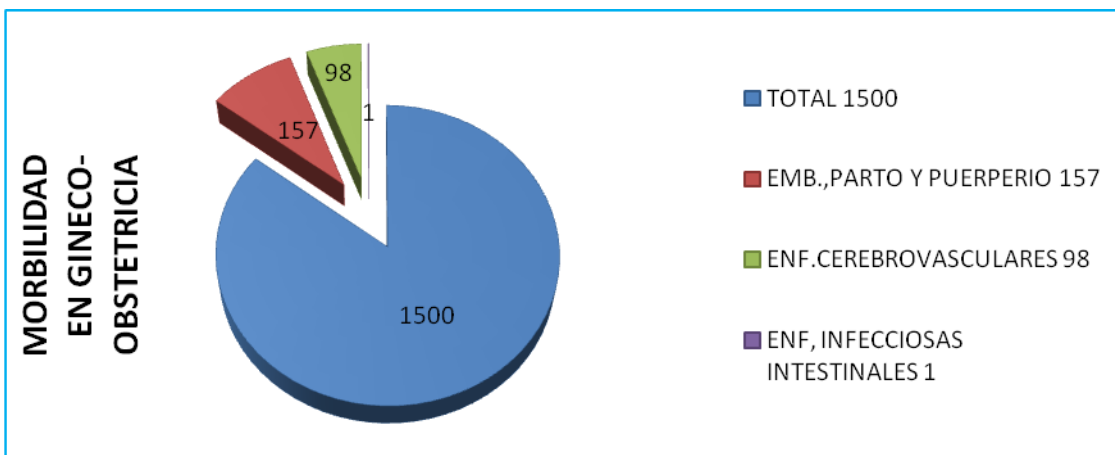
¹ ELSEVIER EMC. Enciclopedia de Ginecología - Obstetricia. Tomo 3 CAP.E 5036 A 20.

JUSTIFICACIÓN

Una de las razones principales para realizar el siguiente trabajo, fue observar durante todo el periodo de la práctica de obstetricia la alta incidencia de pacientes embarazadas con preeclampsia que ingresan a la sala de parto ya complicadas y que si se detectaran a tiempo las posibles alteraciones que pueden presentarse; pudieran evitarse los ingresos de las pacientes como de sus bebés a la sala de terapia intensiva. Dado que el hospital donde se llevó a cabo la investigación es abierto a toda la población que no cuenta con servicio médico el resultado dio que la preeclampsia fue una de las principales causas de morbi-mortalidad para la madre y por ende prematuridad en el hijo de estas pacientes.

El fenómeno mortalidad materna y perinatal, para cualquier institución de salud, es preocupante, independientemente de la magnitud de su índice, pues el simple hecho de que exista, cuestiona la organización de la atención que ofrecen dichas instituciones, así como la calidad de la misma.

Se detectó en el diagnóstico de salud del Hospital General “Dr. José G. Parres” un 40 % de morbilidad en causas obstétricas y el 33.3 % de morbilidad causadas por el parto y puerperio es por ello que se debe poner especial énfasis en la detección temprana de todas aquellas mujeres embarazadas que tengan factores de riesgo potenciales para desarrollar complicaciones durante éste y así contribuir en la disminución de costo paciente para la institución ya que a pesar de que los costos no son elevados, la mayoría de la población no puede costear el monto real de su estancia en el hospital. En la siguiente gráfica se representan los valores antes mencionados



Fuente: Departamento de Estadística del Hospital General "Dr. José G. Parres".

5

Debido a que los cuidados de enfermería son un método que tienen como fin identificar las necesidades de cuidados actuales y potenciales para la salud de los pacientes es necesario aplicar un modelo de atención para sustentar nuestro trabajo e intervenciones que den a éstos tanto en la salud como en la enfermedad y por consiguiente tener mejores resultados en la recuperación de la salud dichas pacientes.

Es por ello que el licenciado en Enfermería y Obstetricia debe conocer ampliamente la etiología de la patología para llevar a cabo una adecuada intervención y manejo de las pacientes y con ello se eviten posteriores complicaciones agregadas a la ya existente y llegar en la manera posible a un embarazo de término con un adecuado bienestar tanto materno como fetal.

OBJETIVO GENERAL

- ❖ Realizar valoración a una paciente embarazada con preeclampsia aplicando el modelo de Virginia Henderson para determinar necesidades específicas y proporcionar atención adecuada y oportuna aplicando conocimientos teóricos – prácticos y llegar a una resolución satisfactoria para el binomio.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Aplicar proceso de atención de enfermería a una paciente específica.
- Identificar y clasificar a la paciente embarazada con factores de riesgo y datos sugestivos de alarma que indiquen una posible alteración de la presión arterial y clasificar oportunamente como preeclampsia.
- Llevar a cabo una adecuada valoración y vigilancia de las pacientes ya diagnosticadas con tal patología para evitar nuevas complicaciones durante el resto del embarazo.
- Estructurar Diagnósticos de Enfermería de acuerdo a las alteraciones detectadas durante la valoración de enfermería en la paciente.
- Concientizar a la paciente a mantener un estado de salud en las mejores condiciones posibles para evitar complicaciones agregadas a la ya existente.
- Llegar a un desenlace favorable en la resolución del embarazo.

METODOLOGÍA

La metodología utilizada para la realización del presente Proceso de Atención de enfermería está basado en el Modelo descriptivo de VIRGINIA HENDERSON.

Para la realización de la valoración de la paciente se llevaron a cabo entrevistas directas y durante las prácticas clínicas realizadas. La paciente tenía diagnóstico de preeclampsia y embarazo de 36 semanas de gestación; a continuación se especifica tiempo, lugar y duración de éstas.

LUGAR:

- Hospital General de Cuernavaca “Dr. José G. Parres”.
Unidad de módulo mater, toco cirugía y hospitalización ginecología.
- Prácticas de campo se llevaron a cabo en el domicilio de la paciente en calle Ignacio Allende 305 B Col. Chamilpa en Cuernavaca Morelos con duración de 4 visitas domiciliarias con duración de una hora y media cada una.

TURNO:

- Durante el periodo de práctica clínica del 18 de enero al 11 de marzo del 2010.
- Matutino (8 a 12:00 hrs.) en el área de módulo mater y toco cirugía durante la práctica clínica y práctica comunitaria.
- Para la conformación del Proceso de Atención de Enfermería se llevo a cabo una revisión bibliográfica para así estructurar el marco teórico
- Se aplicó instrumento de valoración de Virginia Henderson con base en las 14 necesidades. Se realizó interrogatorio directo a la paciente y se recabó información adicional en el expediente clínico, bibliografía impresa e internet.

- Mediante la aplicación del método utilizado se lograron identificar factores de riesgo y alteraciones orgánicas existentes en la paciente de acuerdo a la patología agregada al embarazo.
- Se determinaron diagnósticos de enfermería con la ayuda del manual de la NANDA Taxonomía II, así como se elaboró un plan de alta según las necesidades existentes en la paciente.

MARCO TEÓRICO



Virginia Henderson

9

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".

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 .

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.

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.

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 tipos físicos, psicológicos, sociológicos o relacionados a una falta de conocimientos.

Virginia 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 :
 - ✓ Falta aguda de oxígeno.
 - ✓ Conmoción (inclusive el colapso y las hemorragias).
 - ✓ Estados de inconsciencia (desmayos, coma, delirios).
 - ✓ Exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales.
 - ✓ Estados febriles agudos debidos a toda causa.
 - ✓ Una lesión local, herida o infección, o bien ambas.
 - ✓ Una enfermedad transmisible.
 - ✓ Estado preoperatorio.
 - ✓ Estado postoperatorio
 - ✓ Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento
 - ✓ Dolores persistentes o que no admitan tratamiento.

12

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que Virginia 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

Definición de Henderson de los 4 conceptos básicos del Metaparadigma de enfermería:

El metaparadigma de enfermería es el primer nivel de especificidad y perspectiva de los cuidados enfermeros. Nombra persona, entorno, cuidados enfermeros y salud de una forma general.

* 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:

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.

Enfermería

Henderson definió la enfermería en términos funcionales: “La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo, enfermo o sano, a realizar las actividades que contribuyen a su salud o recuperación (o a una muerte tranquila), que llevaría a cabo sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios, haciéndolo de tal modo que se le facilite la consecución de independencia lo más rápido posible.

/ Cuidados enfermeros

Se caracterizan por tener una dimensión holística (biológico, psicológico, social, cultural y espiritual); sustentado por el conocimiento científico y definido mediante los procesos de interacción (relación interpersonal terapéutica, mediante la educación a la persona, familia o grupo, y el consejo) y la transición (apoyo a los cambios de la persona debidos al desarrollo, crecimiento, enfermedad, o a cualquier otra situación que por el proceso de interacción con el entorno genere un cambio).

El cuidado enfermero se define con el término “estar con el paciente”, el profesional acompaña a la persona en sus experiencias de salud. El profesional y el paciente colaboran en los cuidados, por lo que los cuidados son individualizados.²



² Comisión Asesora en Cuidados y Desarrollo Profesional Hospital Regional Universitario Carlos Haya Junio 2003.

Modelo de enfermería

Etimológicamente modelo significa simulación (concreto), ideal o imagen (abstracto). Por modelo enfermero entendemos al conjunto de conceptos y proposiciones que dan una estructura significativa al ideal que representan.

El modelo de enfermería elegido ha sido el de **Virginia Henderson** por varias razones:

- Es el modelo más conocido por los profesionales e internacionalmente (Consejo Internacional de Enfermería)
- Es coherente con nuestra práctica asistencial
- Es una teoría abierta, flexible, permite aportaciones
- Contempla el papel independiente de la enfermera y el de colaboración
- Propone en proceso enfermero como método de trabajo
- Permite utilizar la taxonomía NANDA

15

Sucintamente, exponemos los **conceptos fundamentales en el modelo de Henderson**:

Postulados:

- La persona es un todo complejo con 14 necesidades básicas
- La persona quiere la independencia y se esfuerza por lograrla
- Cuando una necesidad no está satisfecha, la persona no es un todo, no es independiente

Valores:

- ❖ La enfermera tiene una función propia
- ❖ Cuando la enfermera asume el papel del médico, delega su función propia en personal no cualificado
- ❖ La sociedad espera un servicio de la enfermera, que ningún otro profesional puede darle.

- **Rol profesional:** servicio de ayuda al usuario de enfermería, orientado específicamente a **suplir** su autonomía o completar lo que le falta (**ayuda**) para que logre su independencia.

- **Independencia:** nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas de acuerdo a su edad, sexo, etapa de desarrollo y su situación de vida y de salud. Implica capacidad de mejora o de desarrollo por parte del usuario. **La enfermera ayuda** al paciente a conseguir su independencia.

- **Autonomía:** capacidad física e intelectual de la persona que le permiten satisfacer las necesidades básicas mediante acciones realizadas por ella misma. **La enfermera** (o agente de autonomía asistida) **suple parcial o totalmente** a la persona cuando ésta no es autónoma.

Proceso enfermero.

El proceso enfermero es un método sistematizado de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos (resultados esperados) de forma eficiente. Es sistemático porque consta de cinco pasos (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación) durante los cuales el profesional lleva a cabo acciones deliberadas para lograr la máxima eficiencia y conseguir a largo plazo resultados beneficiosos. Es humanista porque se basa en la idea de que, mientras planificamos y brindamos los cuidados, debemos considerar los intereses, ideales y deseos íntimos del usuario de los cuidados de salud (la persona, la familia o la comunidad).

El proceso enfermero complementa lo que hacen los profesionales de otras disciplinas al centrarse en la respuesta humana, es decir, como responde la persona a los problemas médicos, los tratamientos y los cambios en las actividades de la vida diaria.

17

Valoración enfermera

- Recogida de datos
- Paso inicial del proceso enfermero
- Componente inseparable de todas las fases
- Proceso sistemático y dinámico
- Gracias al cual la enfermera reúne y analiza datos acerca del paciente a través:
- Interacción con el paciente, familiares
- Otros profesionales, documentación
- valoramos todos los datos relevantes relacionados con la satisfacción de las necesidades básicas y con la situación de salud de la persona

Diagnóstico de enfermería:

“Es un juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a procesos vitales/problemas de salud reales o potenciales, que proporciona la base de la terapia para el logro de objetivos de los que el enfermero es responsable” *Definición de trabajo de la North American Diagnostic Association.

La interpretación que la citada definición merece en nuestro entorno asistencial (hospital de 1º nivel de cuidados agudos) **es la de aquel problema cuya enunciación, planteamiento y resolución compete en exclusiva a las enfermeras de las distintas unidades de hospitalización.** Para su manejo cotidiano proponemos:

Familiarizarse con las etiquetas:

- Identificar las etiquetas más habituales
- Familiarizarse con ellas
- No es preciso utilizar todas las etiquetas
- Identificar la etiqueta adecuada para el problema del usuario:
- Usar instrumentos específicos de valoración
- Discriminar y analizar los datos
- Hacer el diagnóstico diferencial
- Consultar aquellos problemas que sean inusuales en la unidad y/o complejos.

18

¿Cómo saber si estamos ante un diagnóstico enfermero?

Identificación de un problema de salud real o potencial ¿Puede el enfermero, “independientemente”, iniciar las acciones para validarlo y tratarlo?

Si
Diagnóstico Enfermero



Taxonomía NANDA

No
Problema colaboración



Términos médicos

Ejemplo de diagnóstico enfermero:

- Ansiedad relacionada con cambio en el entorno y manifestada por agitación, mal contacto ocular, taquipnea y taquicardia, dilatación pupilar.

Problemas de autonomía

Entendemos por problemas de autonomía aquellos que tienen que ver con la satisfacción de necesidades básicas, concretamente alimentación, eliminación, movilización y vestirse y desvestirse, y que, por las circunstancias actuales del individuo, no puede satisfacer por sí mismo, siendo la enfermera responsable de **suplir total o parcialmente** al paciente para la satisfacción de dichas necesidades.

Hemos concluido que, dadas las características de nuestros pacientes, el corto período de hospitalización y la actuación enfermera consecuente, la consideración de estas intervenciones y acciones cuidadoras se corresponden mejor con actividades de suplencia temporal y, paralelamente, facilita su comprensión y funcionalidad a la hora de ser registradas por los profesionales. Ejemplo de un problema de autonomía:

- Higiene: suplencia total

Problemas de colaboración, como identificarlos y abordarlos:

Entendemos por problemas de colaboración aquellos que presenta el paciente y que suponen las complicaciones más frecuentes del diagnóstico

médico, pruebas diagnósticas y tratamiento y cuya resolución final no compete, por tanto, a la enfermera; nuestro papel es, en este caso, de colaboración con el médico en la mayor parte de los casos; ello no es óbice para que la enfermera pueda tomar decisiones propias, es decir, intervenciones tendentes a la resolución del problema (todos sabemos como tratar un edema postural o consecuencia de una vía venosa en un miembro, o una hipertermia, sin entrar en conflicto con otros profesionales). Para su abordaje y correcto tratamiento deberemos:

1. Consultar los procedimientos, protocolos y estándares de la institución
2. Consultar al profesional adecuado

Ejemplo de problema de colaboración: Vía venosa (seguir protocolo para el cuidado de las vías venosas)

Intervención de enfermería

Cualquier tratamiento basado en un juicio clínico y conocimientos, que la enfermera realiza para obtener un resultado esperado en el paciente. Las intervenciones de enfermería incluyen tanto cuidados directos como indirectos, así como aquellos iniciados por la enfermera, el médico y otros proveedores de tratamiento.

Ejemplo de intervención enfermera (el número que precede a la intervención es la codificación NIC):

- 5820 Disminución de la ansiedad

Definición: minimizar la aprensión, temor, presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado

Actividades:

- Utilizar un enfoque sereno que de seguridad
- Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente
- Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones
- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante
- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico

- Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo
- Proporcionar objetos que simbolicen seguridad
- Administrar masajes en la espalda/cuello si procede
- Escuchar con atención
- Reforzar el comportamiento, si procede
- Crear un ambiente que facilite la confianza
- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos
- Identificar los cambios en el nivel de ansiedad
- Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad
- Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación
- Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos
- Otros...

Actividades de enfermería

Comportamientos o acciones específicas que las enfermeras realizan para poner en práctica una intervención y que ayudan a los pacientes a obtener el resultado deseado. Para ejecutar una intervención se requiere una serie de actividades. Ver ejemplo anterior.

Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GDR)

Los Grupos Relacionados con el Diagnóstico constituyen un sistema de clasificación de pacientes que permite relacionar los distintos tipos de pacientes tratados en un hospital (es decir, su casuística), con el coste (consumo de recursos) que representa su asistencia.

Calidad de cuidados

Grado de adecuación de un determinado bien o servicio a las expectativas del usuario o a ciertos parámetros tecnológicos o científicos expresados mediante normas concretas.

Resultados enfermeros

Los resultados son componentes esenciales de cualquier programa de garantía o mejora de la calidad. “Los resultados son los cambios favorables o adversos, en el estado de salud real o potencial de personas, grupos o comunidades que pueden atribuirse a los cuidados previos o coexistentes”. Los resultados son el estímulo de los programas de garantía de calidad, ya que responden a la pregunta ¿se benefició o no el paciente de los cuidados proporcionados?

Los cuidados enfermeros representan la mayoría de las horas de la atención proporcionada en todos los ámbitos (excepto posiblemente en las consultas y clínicas médicas) y por tanto las organizaciones sanitarias y los ámbitos de la práctica enfermera deben ser capaces de evaluar la calidad de los cuidados proporcionados por el personal de enfermería.

De acuerdo con la Comisión asesora de cuidados “Formular diagnósticos enfermeros requiere análisis, síntesis y exactitud al interpretar y dar un sentido a los complejos datos clínicos. Este proceso de pensamiento crítico permite a la enfermera tomar decisiones sobre los resultados que desea obtener y las intervenciones necesarias para lograrlos.

No obstante, a menos que la enfermera pueda documentar su pensamiento de forma que pueda ser interpretado por otras enfermeras y otros profesionales de salud, este proceso de pensamientos es invisible.

Nominar exactamente e informar de los resultados del pensamiento crítico de la enfermera ayuda a que otros cuidadores conozcan las necesidades de la persona cuidada y como éstas serán satisfechas mediante el plan de cuidados.

El uso de un lenguaje diagnóstico estandarizado para documentar el pensamiento enfermero es una forma efectiva de lograr el entendimiento interdisciplinar”

En 1979, la Oficina Regional de la OMS para Europa publica un “Documento Básico sobre Enfermería” en el que expresa que: “La enfermería es una actividad innata y fundamental del ser humano y, en su forma organizada, constituye una disciplina o ciencia sanitaria en si misma. Su responsabilidad esencial es ayudar a individuos y grupos (familia/comunidad) a funcionar de forma óptima en cualquier estado de salud en que se encuentren. Esto significa que la disciplina abarca las funciones de CUIDAR tanto en la salud como en la enfermedad y se extiende desde la concepción hasta la muerte. Se ocupa de mantener, promocionar y proteger la salud, cuidar al enfermo y ayudar a la rehabilitación. Contempla los aspectos psico-somáticos y psico-sociales de la vida en lo que estos afectan a la salud, la enfermedad y la muerte. La enfermería requiere la aplicación de entendimiento, conocimientos y habilidades específicas de la disciplina”

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

1. **Garantizan los cuidados** generales a individuos, familias y comunidades, ya sea en el plano de fomento de la salud, de la prevención, de la cura, de la rehabilitación, de los cuidados paliativos o de la ayuda, y a **gestionar los cuidados de enfermería**;
2. **Actúan en calidad de expertos en cuidados de enfermería en el marco de un equipo** de asistencia multidisciplinar y en la sociedad;
3. **Educán** al personal sanitario, a los pacientes, a los clientes y a sus familias;

4. Desarrollan la práctica de los cuidados de enfermería mediante la reflexión crítica y se apoyan en la investigación.

Por lo que respecta al aspecto docente e investigador en España, en el desarrollo de la Ley Orgánica 11/1983 de 25 de agosto de Reforma Universitaria (L.R.U.), el Real Decreto de 26 de septiembre 1988/84 (Ministerio de Educación y Ciencia,, BOE 26 de octubre de 1984) que regula los concursos para la provisión de plazas de catedráticos y profesores de universidad y de escuelas universitarias, establece en su artículo 4º que "... El Consejo de Universidades podrá determinar las áreas de conocimiento específicas de las Escuelas Universitarias en las que sea suficiente el título de Diplomado..." Asimismo incluye en Anexo un catálogo de las áreas de conocimiento, entre las que se encuentra la de Enfermería. Por tanto **Enfermería es una disciplina profesional con área de conocimiento propia**, lo que implica la posibilidad de desarrollo e investigación propia.

En cuanto al desarrollo profesional en la práctica asistencial, en un reciente estudio de investigación, Duarte Climents analizan el origen de las intervenciones que realiza la enfermera y reconocen que únicamente un 28% de estas actividades tiene origen en una prescripción médica, mientras que **un 62% de las mismas es decisión propia de la enfermera, de acuerdo con un programa de salud o prevención o por la demanda del propio ciudadano o cliente.**

El objeto de las anteriores notas de carácter asistencial, docente e investigador y de trascendencia internacional, no es otro que poner en evidencia la potencialidad de nuestra disciplina, buena parte de ella aún por andar, y la necesidad para ello de emplear un método de trabajo propio, un lenguaje diferenciado y unos registros que den muestra de ello; el método no es otro que el proceso enfermero, el lenguaje, la taxonomía utilizada internacionalmente y los registros, aquellos que satisfagan nuestras necesidades como profesionales de reflejar todas las intervenciones y acciones cuidadoras.

Los registros suponen hacer tangible, reconocible y cuantificable buena parte de nuestra aportación profesional, pero nos encontramos ante un colectivo con escasa tradición registradora, con un conocimiento aún escaso entre los profesionales de la taxonomía, con la dificultad del soporte papel, etc.

Todo lo expuesto anteriormente nos lleva inevitablemente a trabajar para que la utilización de un método de trabajo y un lenguaje propio sea, cuanto antes, una realidad cotidiana en la práctica asistencial de nuestro entorno (concretamente el hospitalario), y el presente manual supone un documento de ayuda para los profesionales de todas las unidades del Complejo Hospitalario Carlos Haya de Málaga, con el único objetivo de despejar dudas, aclarar conceptos y facilitar la puesta en marcha de un dossier enfermero actualizado e innovador³.

³ Comisión Asesora en Cuidados y Desarrollo Profesional Hospital Regional Universitario Carlos Haya Junio 2003.

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

FICHA DE IDENTIFICACION:

Nombre: María de la luz C P. **Edad:** 23 años **Sexo:** Femenino

Estado civil: Casada **Escolaridad:** Preparatoria terminada **Ocupación:**

Comerciante **Talla:** 1.55 cm. **Religión:** Católica **Lugar de Nacimiento:**

Cuernavaca Morelos **Fuente de información:** Personal

Diagnóstico Médico: Emb. 36 SDG, preeclampsia **Domicilio:** Ignacio Allende 305

B col. Chamilpa **Familiar responsable:** Esposo.

PRESENTACION DEL CASO

Se trata de la Sra. María de la Luz C P de 23 años de edad la cual acude a consulta a Módulo Mater del Hospital General "Dr. José G. Parres" el día 10 de febrero del 2010 por presentar dolor al orinar, actividad uterina esporádica y embarazo actual de 33 semanas de gestación.

26

A la exploración se encuentra con los siguientes signos y síntomas:

T/A de 130/90, FC de 84 por minuto, FR 22 por minuto, FCF de 144 latidos por minuto; se toma labstix que resulta con trazas de proteínas, leucocitosis ++, pH de 7. Por lo que se indica tratamiento médico y vigilancia de cifras tensionales en su Centro de Salud así como exámenes de laboratorio, se dan indicaciones precisas de urgencia.

Durante las visitas domiciliarias realizadas se interroga a la paciente y menciona los siguientes antecedentes relevantes:

Vive en casa propia, zona urbana, nivel socioeconómico medio, cuenta con todos los servicios sanitarios, recursos para la salud sólo públicos.

Grupo sanguíneo es "B" Rh (+), tía materna con cáncer de mama, toxicomanías negadas, antecedentes ginecoobstetricos menarca 14 años, ritmo 30 x 3, IVSA 18 años; una sola pareja sexual, fecha de última menstruación 23/06/09, G II C I por presentar preeclampsia hace 2 años y cuadro de inmunizaciones completo.

Peso antes del embarazo 76,500 Kg.; peso actual de 80 Kg, talla 1.55 cm.; IMC 33.3 Kg.

Tratamiento médico establecido con tabletas de Hidralazina 40 mg cada 8 horas, Alfametildopa 500 mg cada 12 hrs VO, Disprina junior tabletas una cada 24 hrs, ácido fólico cada 24 hrs, Fumarato ferroso cada 24 hrs, calcio efervescente cada 24 hrs.

Se presenta la paciente a módulo mater el día 3 de marzo con embarazo de 36 semanas de gestación e hipo motilidad fetal de 4 días de evolución. A la exploración se encuentra paciente con actividad uterina irregular, dolorosa, irradiada a región lumbosacra, sin pérdida transvaginal con TA de 160/95, reflejos osteotendinosos normales, asintomática.

Al tacto vaginal se encuentra cérvix posterior, semi borrado, producto cefálico en situación longitudinal. Se realiza prueba de orina con "labstix" con proteínas ++, leucocitosis +, edema ++, por lo que se decide su ingreso a toco cirugía.

En el área de toco cirugía se indica realizar prueba sin estrés para el producto (PSS) la cual se reporta reactiva con datos de compromiso funicular transitorio y ultrasonografía con PUVI, cefálico, DBP de 8.92 cm, LF, 7.08 cm, CA 31.7 cm., con peso aproximado de 2835 gr, placenta anterior grado III, índice de líquido amniótico de 4 (oligo hidramnios), circular de cordón a cuello.

Signos vitales TA 160/95, FC 86 por minuto, FR 22, FCF 146 latidos por minuto. Se toman muestras hemáticas para realizar perfil toxémico y poder determinar conducta terapéutica adecuada.

Se reportan los estudios de laboratorio Bh 11.2 mg, hematocrito 31.3 mg, plaquetas 95,000, glucosa 85 mg, perfil hepático alterado y sin cambios en cifras tensionales a pesar de ministración de medicamentos.

Se toma la determinación de interrumpir el embarazo mediante operación cesárea el mismo día para el bienestar materno - fetal.

**VALORACION CON MODELO DE
VIRGINIA HENDERSON.**

NECESIDADES	MANIFESTACIONES
1. Necesidad de respiración.	+ Niveles bajos de plaquetas por resultado de laboratorio.
2. Necesidad de alimentación/hidratación	+ Alteración en resultados de perfil toxémico. + Edema en miembros inferiores. + Elevación de la presión arterial.
3. Necesidad de eliminación.	+ Disuria. + Infección de tracto urinario
4. Necesidad de movilización	+ Sin alteración.
5. Necesidad de reposo/sueño	+ Sin alteración.
6. Necesidad vestirse y elegir ropa adecuada	+ Sin alteración
7. Necesidad de termorregulación	+ Sin alteración.
8. Necesidad de higiene/piel.	+ Hipertensión + Estrías en región abdominal.
9. Necesidad de seguridad.	+ Temor + Inquietud para comunicarse con sus familiares.
10. Necesidad de comunicación.	+ Sin alteración.
11. Necesidad de actuar de acuerdo a sus creencias y valores	+ Sin alteración.
12. Necesidad de trabajar/realizarse	+ Sin alteración.
13. Actividades lúdicas.	+ No aplica.
14. Necesidad de aprendizaje	+ Falta de orientación sobre la dieta que debe

llevar,
+ Seguimiento de tratamiento antihipertensivo;
+ Desconocimiento de la patología presente y
+Complicaciones y signos de alarma.

JERARQUIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA DETECTADOS

Necesidad afectada 2: Alimentación/hidratación

Riesgo de deterioro de la función hepática relacionado con alteración en los resultados del perfil hepático.

30

Necesidad afectada 1: Respiración

Riesgo de sangrado relacionado con complicaciones relacionadas con el embarazo (Plaquetopenia).

Necesidad afectada 8: higiene/piel.

Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz relacionado con hipertensión.

Necesidad afectada 3: Eliminación.

Deterioro de la eliminación urinaria relacionado con infección del tracto urinario manifestado por disuria.

Necesidad afectada 2: Alimentación/hidratación.

Exceso de volumen de líquidos relacionado con compromiso de los mecanismos reguladores manifestado por cambios de la presión arterial y edema.

Necesidad afectada 14: Aprender.

Conocimientos deficientes relacionados con mala interpretación de la información y limitación cognitiva manifestado por verbalización del problema y seguimiento inexacto de las instrucciones.

Disposición para mejorar la gestión de la propia salud relacionado con mal seguimiento de tratamiento médico manifestado por deseos de manejar el tratamiento de la enfermedad.

Disposición para mejorar la nutrición relacionado con aporte adecuado de alimentos y seguimiento de un estándar apropiado para los aportes manifestado por deseos de mejorar la nutrición.

Necesidad afectada 9: Seguridad.

Temor relacionado con separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante manifestada por aumento de la alerta, aumento de la presión arterial sistólica e informes de intranquilidad.

Interrupción de los procesos familiares relacionado con cambio en el estado de salud de un miembro de la familia manifestado por cambios en los patrones y cambios en las conductas de reducción del estrés.

Necesidad afectada 8: Higiene/piel.

Deterioro de la integridad cutánea relacionado con cambios en el estado de líquidos y desequilibrio nutricional manifestado por destrucción de las capas de la piel, alteración de la superficie de la piel (estrías).

**PLAN DE ATENCIÓN CON
LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA**

32

CON TAXONOMIA II

NANDA

PLANEACIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Necesidad 1. Respiración.

Riesgo de sangrado [Dominio 4 clase 4 Respuesta cardiovascular/pulmonar (00206) r/c complicaciones con el embarazo (plaquetopenia).

(Riesgo de disminución del volumen de sangre que puede comprometer la salud).*

NOC (Resultados esperados)**

NIC (Intervenciones de enfermería)***

Control del riesgo (1902)

Precauciones con hemorragias (4010).

INDICADOR.

190201 Reconoce factores de riesgo

190209 Evita exponerse a las amenazas para la salud

190216 Reconoce cambios en el estado de salud

190201 Supervisa cambios en el estado de salud

Objetivo.

Vigilar indicios de sangrado y preparar material y equipo adecuado en presencia de sangrado.

33

ACTIVIDADES:

- Observar y valorar resultados de laboratorio.
- Vigilar al paciente por si se producen hemorragias, observando cambios de conducta, perdida de conciencia.
- Monitorizar signos vitales.

<p><u>MEDICION.</u></p> <p>4. Frecuentemente demostrado</p>	<ul style="list-style-type: none">- Instruir al paciente acerca de los signos de hemorragia y sobre las acciones a seguir.- Evitar procedimientos invasivos, si fueran necesarios vigilar de cerca por si se produce hemorragia.- Localizar punto de hemorragia si lo hubiera.- en caso de hemorragia, administrar expansores de volumen si están indicados.- Avisar al facultativo si fuera necesario.- Actuar según protocolo de la unidad en caso de urgencia.
---	--

FUENTE:

*Diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificación (2009-2011) NANDA internacional pp.79

** McCLOSKEY DOCHTERMAN JOANNE Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4ª ed., Editorial Elsevier, España 2005.

*** SUE MOORHEAD, Clasificación de resultados de enfermería (NOC), 3ª ed. Editorial Elsevier, España 2005.

PLANEACIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Necesidad 2. Alimentación.

Riesgo de deterioro de la función hepática [Dominio 2 clase 4 metabolismo (00178)] r/c con alteración en el perfil hepático.

(Riesgo de deterioro de la función hepática)*

NOC (Resultados esperados)**

NIC (Intervenciones de enfermería)***

Conducta terapéutica: enfermedad o lesión (1609).

INDICADOR.

160902 Cumple el régimen terapéutico recomendado

Análisis de la situación sanitaria (6520).

Objetivo.

Evitar el deterioro progresivo de la paciente y detectar alteraciones oportunamente.

ACTIVIDADES:

35

<p>160904 Cumple las actividades prescritas</p>	<p>- Toma de muestra de sangre para perfil toxémico y hepático.</p>
<p>160907 Realiza cuidados personales compatibles con su habilidad</p>	<p>- Detectar precozmente síntomas y signos de complicaciones (cambios en el estado de conciencia, convulsiones, etc.).</p>
<p><u>MEDICION</u></p>	<p>- vigilar signos o síntomas de anemia hemolítica y disfunción hepática.</p>
<p>5. Siempre demostrado</p>	<p>- Reposo en decúbito lateral izquierdo.</p>
	<p>- Reportar resultados de perfil hepático y toxémico</p>

FUENTE:

*Diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificación (2009-2011) NANDA internacional

** McCLOSKEY DOCHTERMAN JOANNE Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4ª ed., Editorial Elsevier, España 2005.

*** SUE MOORHEAD, Clasificación de resultados de enfermería (NOC), 3ª ed. Editorial Elsevier, España 2005.

PLANEACIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Necesidad 8. Higiene/piel.

Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz [Dominio 4 clase 4 actividad/reposo (00201)] r/c hipertensión.

(Riesgo de disminución de la circulación tisular cerebral)*

NOC (Resultados esperados)**

NIC (Intervenciones de enfermería)***

Control de riesgo (1902).

INDICADOR:

190201 Reconoce los factores de riesgo.

190213 Utiliza los servicios sanitarios de forma congruente cuando los necesita.

190216 Reconoce cambios en el

Identificación de riesgos (6610)

Objetivo.

Detectar alteraciones junto con la paciente y tratarlas oportunamente para evitar complicaciones mayores.

37

ACTIVIDADES:

- Dar a conocer a la paciente sobre los datos de alarma (acufenos, fosfenos)
- Explicar a la paciente que hacer en caso de que se presenten signos de alarma.
- Explicar la importancia de la monitorización de la presión arterial así como

estado de salud. <u>MEDICION:</u> 4. Frecuentemente demostrado	el seguimiento de su tratamiento. - Dar a conocer las posibles complicaciones de un mal seguimiento de indicaciones de tratamiento.
---	--

FUENTE:

*Diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificación (2009-2011) NANDA internacional pp.79

** McCLOSKEY DOCHTERMAN JOANNE Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4ª ed., Editorial Elsevier, España 2005.

*** SUE MOORHEAD, Clasificación de resultados de enfermería (NOC), 3ª ed. Editorial Elsevier, España 2005.

PLANEACIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Necesidad 3. Eliminación.

Deterioro de la eliminación urinaria [Dominio 3 clase 1 Función urinaria (00016)] r/c infección del tracto urinario manifestado por disuria.

(Disfunción en la eliminación urinaria)*

NOC (Resultados esperados)**

NIC (Intervenciones de enfermería)***

Conocimiento: control de la infección (1807)

INDICADOR.

180701 Descripción del modo de transmisión

180704 Descripción de los signos y síntomas

180709 Descripción del seguimiento de la infección diagnosticada

Manejo de la eliminación urinaria (0590)

Objetivo.

Educar a la paciente sobre la importancia de la ingesta de líquidos para evitar infecciones urinarias así como la orientación sobre sintomatología infecciosa.

ACTIVIDADES:

- Orientar a la paciente sobre la ingesta de líquidos.
- Observar características de la micción.
- Valorar estudios de laboratorio.

<p><u>MEDICION.</u></p> <p>5. Extenso</p>	<ul style="list-style-type: none">- Instruir al paciente sobre los datos sugestivos de infección de vías urinarias.- Informar sobre los daños que causa la retención urinaria prolongada.
---	--

FUENTE:

*Diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificación (2009-2011) NANDA internacional

** McCLOSKEY DOCHTERMAN JOANNE Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4ª ed., Editorial Elsevier, España 2005.

*** SUE MOORHEAD, Clasificación de resultados de enfermería (NOC), 3ª ed. Editorial Elsevier, España 2005.

PLANEACIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Necesidad 10. Comunicación.

Riesgo de alteración de la diada materno / fetal [Dominio 8 clase 3 reproducción (00209)] r/c complicaciones del embarazo (p. ej., rotura prematura de membranas, retraso en los cuidados prenatales) y compromiso del transporte de O₂

(p. ej., hipertensión, parto prematuro, hemorragia, convulsiones).

(Riesgo de alteración de la diada simbiótica materno – fetal como resultado de morbilidad o condiciones relacionadas con el embarazo)*

NOC (Resultados esperados)**

NIC (Intervenciones de enfermería)***

Estado fetal prenatal (0111).

INDICADOR:

**011101 Frecuencia cardiaca fetal
(120 – 160)**

Cuidados del embarazo de alto riesgo (6800).

41

Objetivo.

Darle seguimiento adecuado a la paciente por ser embarazo de alto riesgo y llegar a un término satisfactorio para el binomio.

ACTIVIDADES:

<p>011105 Frecuencia del movimiento fetal</p> <p>011110 Puntuación del perfil biofísico</p> <p><u>MEDICION:</u></p> <p>5. Sin desviación del rango normal</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Seguimiento estrecho de la paciente. - Concientizar a la paciente sobre su padecimiento y seguimiento de su tratamiento - Revisión de la paciente mensualmente o antes si lo requiere. - Orientación sobre datos de alarma y resolución de los mismos. - Indicar el cuidado de movimientos constantes del bebe.
---	---

FUENTE:

*Diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificación (2009-2011) NANDA internacional

** McCLOSKEY DOCHTERMAN JOANNE Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4ª ed., Editorial Elsevier, España 2005.

*** SUE MOORHEAD, Clasificación de resultados de enfermería (NOC), 3ª ed. Editorial Elsevier, España 2005.

PLANEACIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Necesidad 2. Alimentación/hidratación.

Exceso de volumen de líquidos [Dominio 2 clase 5 Hidratación (00026)] r/c compromiso de los mecanismos reguladores manifestado por cambios de la presión arterial y edema.

(Aumento de la retención de líquidos isotónicos)*

NOC (Resultados esperados)**

NIC (Intervenciones de enfermería)***

Control del síntoma (1608)

Regulación hemodinámica (4150).

INDICADOR:

160801 Reconoce el comienzo del síntoma

160806 Utiliza medidas preventivas

160808 Utiliza signos de alarma para buscar atención sanitaria

MEDICIÓN:

Objetivo.

Mantener a la paciente bien controlada y así poder evitar complicaciones agregadas a su patología.

43

ACTIVIDADES:

- Reconocer alteraciones de la presión arterial
- Observar pulsos, color, y temperatura de extremidades
- Vigilar ingesta y diuresis.
- Recomendar dieta hiposódica.

5. Siempre demostrado	<ul style="list-style-type: none">- Uso de media de compresión o vendaje de miembros inferiores.- Control del tratamiento para la hipertensión arterial.- Incremento mensual de peso de 1 Kg.
-----------------------	---

FUENTE:

*Diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificación (2009-2011) NANDA internacional pp.79

** McCLOSKEY DOCHTERMAN JOANNE Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4ª ed., Editorial Elsevier, España 2005.

*** SUE MOORHEAD, Clasificación de resultados de enfermería (NOC), 3ª ed. Editorial Elsevier, España 2005.

PLANEACIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Necesidad 9. Seguridad.

Riesgo de conducta desorganizada del lactante [Dominio 9 clase 3 estrés comportamental (00115)] r/c prematuridad.

(Riesgo de sufrir una alteración en la integración y modulación de los sistemas de funcionamiento fisiológico y conductual del lactante (es decir, sistemas autónomos, motor, organizativo, autorregulador y de atención - interacción)).*

NOC (Resultados esperados)**

NIC (Intervenciones de enfermería)***

Adaptación del prematuro (0117)

Cuidado del niño prematuro (6840)

INDICADOR:

011701 Frecuencia cardiaca (120 - 160)

011702 Índice de edad gestacional

011703 Frecuencia respiratoria (30 - 60)

Objetivo.

Mantener en las mejores condiciones posibles al recién nacido para su pronta adaptación a la vida extrauterina.

45

ACTIVIDADES:

<p>011704 Saturación de oxígeno > 85%</p> <p>011701 Termorregulación</p> <p>011707 Tolerancia alimentaria</p> <p><u>MEDICION:</u></p> <p>5. No comprometido</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Vigilar signos vitales y dificultad respiratoria en el recién nacido - Colocarlo en una fuente de calor y controlar temperatura. - Crear ambiente seguro para el niño. - Mantener temperatura agradable. - Establecer medios inmediatos y continuos de contacto con el recién nacido. - Favorecer el contacto con los padres para crear un vínculo inmediato.
--	--

FUENTE:

*Diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificación (2009-2011) NANDA internacional pp.79

** McCLOSKEY DOCHTERMAN JOANNE Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4ª ed., Editorial Elsevier, España 2005.

*** SUE MOORHEAD, Clasificación de resultados de enfermería (NOC), 3ª ed. Editorial Elsevier, España 2005.

PLANEACIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Necesidad 14. Aprender.

Conocimientos deficientes [Dominio 5 clase 4 Cognición (00126)] r/c mala interpretación de la información y limitación cognitiva manifestado por verbalización del problema y seguimiento inexacto de las instrucciones.

(Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico).*

NOC (Resultados esperados)**

NIC (Intervenciones de enfermería)***

Control del riesgo (1092)

INDICADOR.

190201 Reconoce factores de riesgo

190208 Modifica el estilo de vida

para reducir el riesgo

190214 Utiliza los sistemas de

Enseñanza proceso enfermedad (5206).

47

Objetivo.

Concientizar a la paciente y familiares para llevar a cabo un tratamiento adecuado a su padecimiento y llegar a un término favorable.

ACTIVIDADES:

- Describir signos y síntomas de enfermedad.

<p>apoyo</p> <p><u>MEDICION.</u></p> <p>5. Siempre demostrado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar información a la familia sobre el proceso de enfermedad del paciente. - Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar complicaciones - Describir el funcionamiento de las recomendaciones del control/terapia/tratamiento. - Describir las posibles complicaciones. - Orientar sobre los signos de alarma
---	--

FUENTE:

*Diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificación (2009-2011) NANDA internacional pp.79

** McCLOSKEY DOCHTERMAN JOANNE Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4ª ed., Editorial Elsevier, España 2005.

*** SUE MOORHEAD, Clasificación de resultados de enfermería (NOC), 3ª ed. Editorial Elsevier, España 2005.

PLANEACIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Necesidad 14. Aprender

Disposición para mejorar la gestión de la propia salud [Dominio 1 clase 2 Gestión de la salud (00162)] r/c mal seguimiento de tratamiento medico manifestado por deseos de manejar el tratamiento de la enfermedad (p, ej., tratamiento, prevención de secuelas).

(Patrón de regulación e integración en la vida cotidiana de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que es suficiente para alcanzar los objetivos relacionados con la salud y que puede ser reforzado).*

NOC (Resultados esperados)**

NIC (Intervenciones de enfermería)***

49

Conocimiento: régimen terapéutico (1813).

Manejo de la medicación (2380)

INDICADORES:

181310 Descripción del proceso de la enfermedad

Objetivo.

Despejar las dudas existentes acerca del padecimiento y tratamiento de la paciente.

181301 Descripción de la

<p>justificación del régimen terapéutico</p> <p>181306 Descripción de la medicación prescrita.</p> <p><u>MEDICION.</u></p> <p>5.Extenso</p>	<p><u>ACTIVIDADES:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientar y asesorar a la paciente sobre el tipo, dosis y via de ingesta de los medicamento de debe tomar. - Resolver dudas de la ingesta de medicamentos. - Orientar a la paciente y familiares las causas posibles del mal seguimiento del tratamiento.
--	--

FUENTE:

*Diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificación (2009-2011) NANDA internacional pp.79

** McCLOSKEY DOCHTERMAN JOANNE Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4ª ed., Editorial Elsevier, España 2005.

*** SUE MOORHEAD, Clasificación de resultados de enfermería (NOC), 3ª ed. Editorial Elsevier, España 2005.

PLANEACIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Necesidad 14. Aprender.

Disposición para mejorar la nutrición [Dominio 1 clase 2 Gestión de la salud (00163)] r/c aporte adecuado de alimentos y seguimiento de un estándar apropiado para los aportes (p. ej., pirámide alimenticia o las guías de la American Diabetic Association) manifestado por deseos de mejorar la nutrición

(Patrón de aporte de nutrientes que resulta suficiente para satisfacer las necesidades metabólicas y que puede ser reforzado).*

NOC (Resultados esperados)**

NIC (Intervenciones de enfermería)***

Conducta de fomento de la salud (1602).

INDICADOR.

160201 Utiliza conductas para evitar los riesgos

160214 Sigue una dieta sana

160215 Utiliza métodos eficaces de

Asesoramiento nutricional (5246)

51

Objetivo.

Concientizar a la paciente sobre la importancia de la ingesta de nutrimentos esenciales tanto para el bebé como para ella.

ACTIVIDADES:

- Canalizar a la paciente con especialista para establecer un régimen

control de peso <u>MEDICION.</u> 5. Frecuentemente demostrado	nutricional. - Asesorar a la familia sobre el beneficio del cambio de dieta para la paciente. - evitar incremento desmedido del peso y que puedan contribuir a nueva patología a la ya agregada.
---	--

FUENTE:

*Diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificación (2009-2011) NANDA internacional pp.79

** McCLOSKEY DOCHTERMAN JOANNE Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4ª ed., Editorial Elsevier, España 2005.

*** SUE MOORHEAD, Clasificación de resultados de enfermería (NOC), 3ª ed. Editorial Elsevier, España 2005.

PLANEACIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Necesidad 9. Seguridad.

Temor [Dominio 9 clase 2 Respuestas de afrontamiento (00148)] r/c separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante (p.ej., hospitalización, procedimientos hospitalarios) manifestado por aumento de la alerta aumento de la presión arterial sistólica e informes de intranquilidad.

(Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro).*

NOC (Resultados esperados)**

NIC (Intervenciones de enfermería)***

Autocontrol del miedo (1404).

Aumentar el afrontamiento.

INDICADOR.

**140402 Elimina los factores
precursores del miedo**

**140403 Busca información para
reducir el miedo.**

140407 Utiliza técnicas de relajación

Objetivo.

Brindar confianza a la paciente para tranquilizarla y obtener mayor colaboración de ésta y de sus familiares

ACTIVIDADES:

- Valorar la comprensión de la enfermedad.

Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.

<p>para reducir el miedo</p> <p>140417 Controla la respuesta de miedo</p> <p><u>MEDICION.</u></p> <p>4. Frecuentemente demostrado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar información objetivo sobre el diagnostico, tratamiento y pronostico. - Confrontar los sentimientos de ambivalentes del paciente. <p>Disminuir los estímulos del ambiente que pudieran ser malinterpretados como amenazadores.</p>
---	---

FUENTE:

*Diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificación (2009-2011) NANDA internacional pp.79

** McCLOSKEY DOCHTERMAN JOANNE Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4ª ed., Editorial Elsevier, España 2005.

*** SUE MOORHEAD, Clasificación de resultados de enfermería (NOC), 3ª ed. Editorial Elsevier, España 2005.

PLANEACIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Necesidad 9. Seguridad.

Interrupción de los procesos familiares [Dominio 9 clase 7 rol/relaciones familiares (00060)] r/c cambio en el estado de salud de un miembro de la familia manifestado cambios en los patrones y cambios en las conductas de reducción del estrés.

(Cambio en las relaciones o en el funcionamiento familiar).*

NOC (Resultados esperados)**

NIC (Intervenciones de enfermería)***

Normalización de la familia (2604).

Apoyo a la familia (7140).

55

INDICADOR.

260401 Reconocimiento de la existencia de alteraciones y sus posibilidades de alterar la rutina de la familia.

Objetivo.

Obtener la confianza de familiares para que externen dudas acerca del padecimiento de su familiar y despejar las mismas.

ACTIVIDADES:

- Responder a sus preguntas o ayudarles a obtener respuestas.

<p>260402 Reconocimiento de la vida de la familia como esencialmente normal</p> <p>260410 Comunica la importancia de mantener las actividades normales y las rutinas de forma apropiada</p> <p><u>MEDICION.</u></p> <p>5. Siempre demostrado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Asegurar a la familia que al paciente se le brindan los mejores cuidados posibles. - Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia. - Ayudar a la familia a adquirir el conocimiento, técnicas y equipo necesario para apoyar su decisión acerca de los cuidados del paciente
--	--

FUENTE:

*Diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificación (2009-2011) NANDA internacional pp.79

** McCLOSKEY DOCHTERMAN JOANNE Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4ª ed., Editorial Elsevier, España 2005.

*** SUE MOORHEAD, Clasificación de resultados de enfermería (NOC), 3ª ed. Editorial Elsevier, España 2005.

PLANEACIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Necesidad 8. Higiene/piel.

Deterioro de la integridad cutánea [Dominio 11 clase 2 Lesión física (00046)] r/c cambios en el estado de los líquidos y desequilibrio nutricional (p. ej., obesidad, emaciación) manifestado destrucción de las capas de la piel, alteración de la superficie de la piel (estrías).

(Alteración de la epidermis y/o la dermis)*

NOC (Resultados esperados)**

NIC (Intervenciones de enfermería)***

Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101).

INDICADOR.

110101 Temperatura de la piel

110102 Sensibilidad

110103 Elasticidad

Vigilancia de la piel (3590).

Objetivo.

Exponer a la paciente los cuidados necesarios para evitar la aparición de estrías.

ACTIVIDADES:

57

<p>110104 Hidratación</p> <p>110106 Transpiración</p> <p>110111 Perfusión tisular</p> <p><u>MEDICION.</u></p> <p>5. Levemente comprometido.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Asegurar la ingesta de una dietética adecuada verificando la ingesta de calorías y proteínas de alta calidad. - Hidratar con crema la piel - Controlar el calor, temperatura, edema, humedad y la apariencia de la piel circundante.
---	--

FUENTE:

*Diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificación (2009-2011) NANDA internacional pp.79

** McCLOSKEY DOCHTERMAN JOANNE Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4ª ed., Editorial Elsevier, España 2005.

*** SUE MOORHEAD, Clasificación de resultados de enfermería (NOC), 3ª ed. Editorial Elsevier, España 2005.

PLAN DE ALTA

El objetivo del plan de alta, esta encaminado a brindar orientación y educación para la salud; de manera que la paciente pueda llevar un auto-cuidado en su domicilio y se logre elevar la calidad de vida y de salud y minimizar el riesgo de complicaciones.

Se puede apoyar el personal de salud con material como trípticos, y orientación verbal con fundamentación, películas, etc. para un mejor entendimiento tanto de la paciente como de sus familiares y poder despejar de la mejor manera posible todas las dudas que surjan y con ello logren la total evolución de la paciente. Una de las alternativas son las siguientes:

MOVIMIENTO. Recomendar y decir la importancia que tiene el seguir las instrucciones dadas para la realización y valoración de sus exámenes de laboratorio para poder identificar con anticipación cualquier alteración agregada a la preeclampsia.

ELIMINACIÓN. Orientar y asesorar sobre las complicaciones que se pueden desencadenar por la falta de ingesta de líquidos y la cantidad diaria que debe consumir como mínimo de 2 litros.

EVITAR RIESGOS Y PELIGROS. Asesorar y despejar en la mejor manera posible las dudas resultantes acerca de la patología que presenta y los efectos que pueden resultar por el descuido de todo su tratamiento tanto para ella como para su bebe. Así como indicarle todos los signos y síntomas de alarma y la manera de actuar ante ellos si se presentan.

NUTRICIONAL. Aconsejar a que acuda con un especialista para que adecue sus ingestas de alimento de acuerdo a sus requerimientos y sobre aquellos productos que le pueden perjudicar. Además de comunicarle la baja o nula ingesta de sal para que no favorezca el edema en miembros inferiores y la ingesta de proteínas para favorecer la disminución del edema.

ACTUAR DE ACUERDO A CREENCIAS Y VALORES. Orientar que si sigue al pie de la letra todas las indicaciones que se le den va a tener un mejor pronóstico durante el embarazo y la resolución de este, así como la minimizar efectos contraproducentes para su bebe como puede ser la prematuridad y así evitar temor en la paciente y tener una respuesta favorable en sus cuidados.

COMUNICARSE. Tener contacto con los familiares de la paciente para favorecer la tranquilidad de ambos y conseguir la mayor colaboración para su tratamiento.

CUIDADO DE PIEL. Asesorar a la paciente sobre la lubricación adecuada para su abdomen y evitar la aparición de estrías así como el vendaje y elevación de miembros inferiores para disminuir el edema.

CONCLUSIONES

En el presente trabajo nos dimos cuenta del incremento considerable en la incidencia de complicaciones agregadas al embarazo y que en muchas ocasiones pueden ser prevenidas o detectadas oportunamente y con ello se puede evitar el deterioro progresivo a nivel de órganos principales que produce la patología que en este caso fue la Preeclampsia y que la descompensación de ésta provoca en la paciente alteraciones que pueden desencadenar secuelas permanentes o incluso la muerte así como prematurez en el producto y demás alteraciones producidas por la inmadurez.

Es por ello de la importancia que tiene la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) basándonos en un modelo específico para facilitar la elaboración de éste y detectar alteraciones en la paciente y así poderlo implementar en forma individual en nuestros pacientes. En este caso se utilizó la valoración de Virginia Henderson el cual ve las catorce necesidades básicas de todo ser humano, es uno de los más completos y determinantes para darnos cuenta de las necesidades específicas que pueden presentarse en todos los pacientes y poder ofrecer una mejor calidad de atención a todo aquel que lo necesite además de poder manejar una educación en los pacientes para evitar futuras complicaciones de acuerdo a la patología que padezcan.

Debido a todo esto, el personal de Enfermería y no solo el Licenciado de Enfermería y Obstetricia deben manejar el Proceso de Atención de Enfermería y estar en continua capacitación para poder detectar alteraciones o factores de riesgo potenciales en los pacientes que puedan llevar a posibles complicaciones que en determinado momento pueden evitarse y así beneficiar tanto a la

institución en el aspecto económico como a los pacientes y familiares en todo sus ámbitos.

El presente Proceso de Atención de Enfermería se realizó como ya se mencionó en un hospital en el cual se brinda atención a toda la población que no cuenta con recursos para la salud y específicamente en el área de Ginecología en una paciente embarazada y nos dimos cuenta en las estadísticas internas del mismo la alta incidencia de casos que se presentan con complicaciones durante el embarazo y que si se aplicara el PAE desde un primer nivel de atención, detectar y captar a todas aquellas pacientes con factores altos de desarrollar cualquier alteración y darle un seguimiento adecuado; bajaría la tasa de morbi – mortalidad para el binomio o bien se daría un tratamiento específico y en tiempo adecuado para llegar a un desenlace favorable tanto para la madre como para el bebe y no llegar hasta complicaciones más severas que pudieran evitarse.

También debe destacarse la importancia de la educación de la comunidad para crear conciencia acerca del cuidado de la salud y así evitar la aparición de enfermedades que en cierto caso pueden ser evitadas, además de llevar un control adecuado en las mujeres embarazadas ya que en muchos casos por la falta de recursos o información se hace caso omiso de las indicaciones aportadas por el personal de salud y que ya cuando acuden a consulta ya ingresan con diversas complicaciones y es más difícil el control de las mismas.

SUGERENCIAS Y PROPUESTAS

- ✓ Implementar en todas la Instituciones de Salud capacitaciones continuas para todo el personal específicamente programas sobre el manejo del Proceso de Atención de Enfermería ya que no todo el personal conoce el manejo de éste y la importancia que este tiene.
- ✓ Introducir y definir desde la escuela de Enfermería los diferentes instrumentos y modelos de valoración que hay para su aplicación en las prácticas hospitalarias.
- ✓ Fomentar en el personal de enfermería actitudes críticas y determinantes para detectar alteraciones en los pacientes y evitar complicaciones.
- ✓ Estandarizar el uso del Proceso de Atención de Enfermería en las Instituciones de Salud para beneficio del mismo personal así como para los pacientes y brindar una atención específica, oportuna y de calidad.
- ✓ Implementar programas de educación para la población acerca de los padecimientos más frecuentes y la importancia de la detección oportuna de estos.
- ✓ Orientar a las mujeres embarazadas acerca de la importancia de la vigilancia del embarazo o de los riesgos que conlleva una inadecuada

valoración del mismo además de los signos y síntomas de alarma para ella.

G L O S S A R I O

- **EDEMA.** Es la acumulación de líquido en el espacio tisular intercelular o intersticial y también en las cavidades del organismo. (inflamación). Expansión del espacio extracelular. Acumulación de agua en los tejidos.

- **HIPERTENSIÓN.** Aumento de la presión de la sangre en las arterias, se define como la presión arterial igual o mayor de 140/90 mm. Hg

- **PAE.** Proceso de atención de enfermería.

- **PLAQUETOPENIA.** Es cualquier situación con un recuento plaquetario inferior a 100.000/mm³, es decir, la disminución de la cantidad de plaquetas circulantes en el torrente sanguíneo por debajo de los niveles normales. En términos generales los valores normales se ubican entre 150.000 y 400.000 plaquetas por cada milímetro cúbico.

- **PREECLAMPSIA.** Trastorno hipertensivo mas frecuente caracterizado por hipertensión, proteinuria y edema.

- **PROTEINURIA.** Es la presencia de proteína en la orina en cuantía superior a 150 mg en la orina de 24 horas, esta puede ser transitoria, permanente, ortostática, monoclonal o de sobrecarga.

**B
-
B
-
L
-
O
-
G
-
R
-
A
-
F
-
A**

- ❑ Bellamy L. Casas JP, Hingorani AD, Williams DJ. Pre.eclampsia and risk of cardiovascular disease and cancer in later life: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2007; 335:974-978.

- ❑ Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4ª ed., Elsevier, España 2005.

- ❑ Clasificación de resultados de enfermería (NOC), 3ª ed. Elsevier, España 2005.

- ❑ Cárdenas De La Peña. Terminología medica. 3ª ed. Mc Graw Hill Interamericana. 1996.

- ❑ Departamento de Estadística del Hospital General “Dr. José G. Parres”

- ❑ DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS: Definiciones y clasificación 2009 – 2011. NANDA International.

- ❑ FISILOGIA HUMANA. GUYTON a.c. 6ª. Edición. interamericana

- ❑ Enfermeras teóricas – Virginia Henderson (consultado el 7 de febrero del 2010). Disponible en: www.Terra.es/personal/duenas/teorias2.htm.

- ❑ Guía de manejo del síndrome hipertensivo del embarazo. (consultado el 21 de Febrero de 2010). Disponible en : www.saludcapital.gov.co/.../guias%20para%20la%atencion%Materno/20perinatal/guía/2010

- ❑ Historia del hospital General Cuernavaca (Consultado el día 16 de febrero del 2010) Disponible en:
[Http://www.bibliotecas.tv/zapata/zapatistas/parres.html](http://www.bibliotecas.tv/zapata/zapatistas/parres.html)
- ❑ Kvale g. Olsen BE, Hinderaker SG, et al. Maternal deaths in developing countries: A preventable tragedy. Norsk Epidemiology 2005;15:141-149
- ❑ Leeman L, Fontaine P. Hypertensive disorders of pregnancy. Am FAM Physician 2008; 78:93-100.
- ❑ Masson. Enciclopedia ginecología – obstetricia. Elsevier EMC. 2004.
- ❑ Plaquetopenia (consultado el 7 de marzo del 2010). Disponible en:
www.wikipedia.org/wiki/plaquetopenia.
- ❑ Preeclampsia/eclampsia (control del embarazo). Practica Médica Efectiva. Instituto Nacional de Salud Pública. UNICEF.SSA/DGSR, 1999; 1(7).
- ❑ Proteinuria. (Consultado el 7 de marzo del 2010). Disponible en:
www.wikipedia.org/wiki/proteinuria.
- ❑ Report of the National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. Am J Obstet Gynecol 2000; 183:S1-S22.
- ❑ Virginia Henderson (consultado el 7 de febrero del 2010). Disponible en:
www.wikipedia.org/wiki/virginiahenderson
- ❑ Yunes J, Díaz A. Situación de la salud materno – infantil y sus tendencias en América Latina y el Caribe. PAHO Publication, WHO, 2001.

A

N

E

71

X

O

S

FISIOPATOLOGIA DE LA PREECLAMPSIA (ANEXO I)

En la primera mitad del embarazo, a partir de las siete semanas, los cambios que ocurren normalmente en todas las mujeres provocan un descenso de la presión arterial en alrededor de 10% de los valores previos.

La hipertensión gestacional se definió con base en la presión arterial absoluta sistólica, diastólica o ambas; la presión arterial media, o incluso una elevación de la misma en el segundo trimestre del embarazo, tomando como referencia la presión arterial basal previa del primer trimestre.

De todas las opciones, el criterio de tomar los valores absolutos sistólicos y diastólicos prevalece desde el año 2000, en el que el *National High Blood Pressure Working Group* propuso reemplazar el término "hipertensión inducida por el embarazo" por el de "hipertensión gestacional" en las mujeres con cifras elevadas de presión arterial sin proteinuria, y la definió como la coexistencia de presión sistólica mayor de 140 mmHg y de diastólica mayor de 90 mmHg después de 20 semanas.⁴

Tomando en cuenta que la presión arterial tiene variaciones durante el día, otro requisito imprescindible (además de los niveles de las cifras tensionales y la edad gestacional) para definir hipertensión gestacional es la persistencia de la misma en dos oportunidades separadas por un intervalo de 4 a 6 horas entre una y otra.⁵

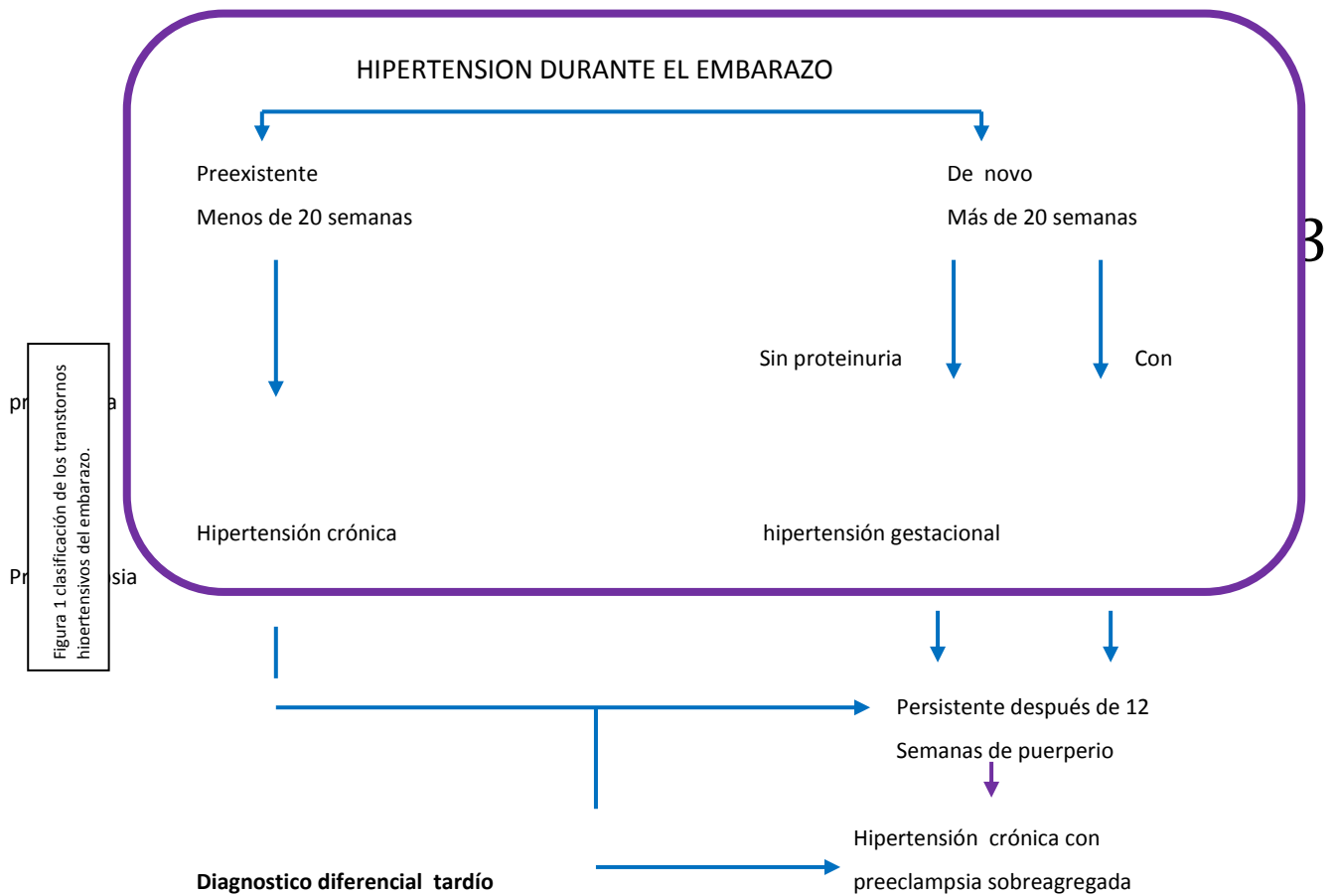
La preeclampsia se define como hipertensión gestacional asociada con proteinuria significativa (valores ≥ 300 mg en 24 horas). La eclampsia se define

⁴ Report of the National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183:S1-S22.

⁵ Preeclampsia/eclampsia (control del embarazo). *Practica Médica Efectiva*. Instituto Nacional de Salud Pública. UNICEF.SSA/DGSR, 1999; 1(7).

como la existencia de convulsiones en una paciente con preeclampsia durante el periodo prenatal intraparto o posnatal, en ausencia de otra causa neurológica asociada.⁶

En la figura 1 se incluye la clasificación que en la actualidad se utiliza para definir cada uno de los trastornos hipertensivos del embarazo, así como las dificultades existentes para el diagnóstico definitivo, porque se requiere continuar el monitoreo de la mujer hasta las 12 semanas posparto, para realizar su clasificación correcta. En el caso de una paciente con diagnóstico de hipertensión gestacional o de preeclampsia, el Trastorno se confirmará si el cuadro se resuelve después al nacimiento, se reclasificará como una hipertensión crónica.



⁶ Leeman L, Fontaine P. Hypertensive disorders of pregnancy. Am Fam Physician 2008; 78:93-100.

En el embarazo, la hipertensión crónica se define como la coexistencia de hipertensión de novo antes de las 20 semanas (recuérdese que a esas semanas debe existir hipotensión, por los cambios fisiológicos del embarazo), al igual que si se tiene el antecedente de hipertensión preexistente antes del embarazo.

La preeclampsia y eclampsia forman parte de un espectro de trastornos hipertensivos del embarazo, que tienen en común a la hipertensión durante la gestación, pero difieren en su repercusión en la salud materna y fetal, y en las estrategias para su atención específica.⁷ La clasificación actual más utilizada distingue cuatro categorías:

1. Preeclampsia – eclampsia.
2. Hipertensión crónica
3. Preeclampsia sobre agregada a hipertensión crónica.
4. Hipertensión gestacional.

La preeclampsia se define como la aparición de hipertensión gestacional y proteinuria significativa después de las 20 semanas de embarazo, durante el parto, o en las primeras 48 horas del puerperio.

Se considera un síndrome o enfermedad de carácter multifacético que complica de 2 a 8 % de los embarazos que ocurren en los países industrializados y hasta 10% en los países en desarrollo. Es la "enfermedad de las teorías" porque se desconoce su causa, a pesar de que se han propuesto muchas vías fisiopatológicas a manera de hipótesis causal. Su incidencia aumenta en primigestas, complica 15 – 20% de los embarazos gemelares y 25% de los que tienen neuropatía crónica. Se ha estimado que 15 – 25% de las pacientes con hipertensión gestacional agregan, posteriormente proteinuria y evolucionan a preeclampsia.⁸

⁷ Kvale g. Olsen BE, Hinderaker SG, et al. Maternal deaths in developing countries: A preventable tragedy. Norsk Epidemiology 2005;15:141-149

⁸ Preeclampsia/eclampsia (control del embarazo). Practica Médica Efectiva. Instituto Nacional de Salud Pública. UNICEF.SSA/DGSR, 1999; 1(7).

La eclampsia es una de las complicaciones más graves de la preeclampsia severa, por su asociación con la mortalidad materna junto con el síndrome de HELLP (elevación de enzimas hepáticas y disminución de plaquetas), accidente vascular encefálico, rotura hepática y la coagulación intravascular diseminada. En conjunto, la preeclampsia – eclampsia es la causa principal de las defunciones maternas en nuestro país.

La lista detallada de las causas de mortalidad materna en el periodo 2002 – 2004 en México muestra en el primer lugar a la hemorragia posparto (20.3%), en el segundo a la preeclampsia (14.3%) y en el tercero a la eclampsia (14%). De esta manera, en conjunto la preeclampsia – eclampsia constituye la causa principal de muerte materna (28.3%) desplazando a la hemorragia en segundo lugar (20.3%). Recientemente, una publicación de la Organización Mundial de la Salud atribuyó a los trastornos hipertensivos del embarazo la mayor parte de las muertes maternas que ocurren en América Latina y el Caribe, dando una cifra global de 25.7% del total (rango de 7.9 - 52.4).⁹

75

Revisiones sistemáticas recientes han obtenido resultados que relacionan a la preeclampsia con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular a mayor edad, como demostración de una repercusión a más largo plazo en la morbilidad de la mujer.

Entre las repercusiones perinatales más importantes de la preeclampsia – eclampsia están:

- Nacimiento pretérmino (19%)
- Restricción del crecimiento intrauterino (12%), que se asocian con aumento del riesgo de muerte fetal y neonatal.
- Retraso del neuro desarrollo
- Enfermedades crónicas en la infancia.

⁹ Bellamy L, Casas JP, Hingorani AD, Williams DJ. Pre-eclampsia and risk of cardiovascular disease and cancer in later life: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2007;335:974-978.

Una revisión reciente del Hospital de Ginecoobstetricos del Centro Médico La Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social mostró que la preeclampsia – eclampsia estuvo relacionada con 2 de cada 3 de las muertes neonatales tempranas que ocurrieron, casi todas, por inmadurez o prematuridad.¹⁰

La preeclampsia – eclampsia, como casi todas las complicaciones obstétricas directas, puede prevenirse, identificarse y tratarse si se cuenta con el personal capacitado para su identificación y atención oportuna. Existen algunas publicaciones internas en México que proponen lineamientos de apoyo para la atención clínica de las mujeres con preeclampsia – eclampsia, tanto con un abordaje independiente como dentro del enfoque de atención del grupo de los trastornos hipertensivos del embarazo en general, ninguna proporciona una síntesis de la mejor evidencia disponible, ni formula recomendaciones que puedan implantarse en nuestro propio entorno.

La preeclampsia puede acompañarse de varios síntomas, sobre todo en la forma más severa. Existe evidencia de que la cefalea y las alteraciones visuales en una paciente con preeclampsia constituyen los factores de riesgo para eclampsia. El dolor epigástrico, la náusea y los vómitos han demostrado ser factores de riesgo independientes de complicaciones graves en la mujer con preeclampsia. El edema de manos y cara (párpados) es signo de preeclampsia

Signos y síntomas de alarma de preeclampsia – eclampsia que todas las pacientes deben conocer se exponen en el siguiente cuadro:

-
- ❖ Dolor de cabeza persistente
 - ❖ Dolor en la boca del estómago
 - ❖ Náusea y vómito
 - ❖ Trastornos de la visión (ver lucecitas)
 - ❖ Escuchar zumbidos en los oídos
 - ❖ Irritabilidad

¹⁰ Yunes J, Díaz A. Situación de la salud materno – infantil y sus tendencias en América Latina y el Caribe. PAHO Publication, WHO, 2001.

- ❖ Epigastralgia (dolor en la boca del estomago o en el lado derecho del abdomen)
 - ❖ Hiperreflexia generalizada
 - ❖ Estupor.
-

Fuente: Cuadro de síntomas de alarma en las embarazadas para prevenir la mortalidad materna.SSA, Aval Ciudadano y Cruzada Nacional por la Calidad.

TRATAMIENTO DE LA PREECLAMPSIA.

En todos los casos de preeclampsia, debe realizarse de inmediato una valoración especial del estado materno y fetal, en especial del ritmo cardíaco fetal (cuadro I). Esta valoración permite clasificar la preeclampsia en grave o leve (cuadro II), y orientar el tratamiento teniendo en cuenta la fase del embarazo.

A diferencia de la forma grave, la preeclampsia leve corresponde a aquella en la que no aparecen los signos de gravedad, maternos o fetales, citados en el cuadro II. Los signos clínicos funcionales maternos se encuentran ausentes, las presiones arteriales sistólica y diastólica son < 160 y < 110 mmHg respectivamente, los parámetros de laboratorios sanguíneos y urinarios no hablan a favor de una preeclampsia grave, el feto tiene un grado de crecimiento normal y la cantidad de líquido amniótico es adecuada.

En casi el 20 % de los casos, la preeclampsia leve evoluciona a la forma grave. Esta posibilidad lleva a que se proponga la hospitalización, sobre todo porque la evolución hacia la gravedad es imprevisible. No obstante, algunos autores han propuesto una vigilancia ambulatoria bajo ciertas condiciones, en especial la obligación de una vigilancia diaria a domicilio de la presión arterial y de la proteinuria con una tira urinaria, de un reposo estricto y de acudir a urgencias ante el mínimo signo funcional de gravedad que la paciente debe saber reconocer. La gravedad potencial e imprevisible de este trastorno y las exigencias de la vigilancia a domicilio propuestas por Barton et al solo permiten esta modalidad de tratamiento en un número muy limitado de pacientes.

Al igual que en cualquier preeclampsia, la vigilancia con la paciente hospitalizada (cuadro III) busca la aparición de los signos maternos o fetales de gravedad. El tratamiento antihipertensor no debe ser sistemático en las formas leves.

La corticoterapia preventiva de la enfermedad de la membrana hialina debe instaurarse en función de la fase del embarazo. Respecto al término del parto, no es necesario interrumpir la gestación después de las 34 SDG, como en la preeclampsia grave. Parece aconsejable esperar hasta las 38 SDG y programar el final de la gestación a partir de esta fase del embarazo, sin precipitarse, por la vía natural o por cesárea; en función de la situación obstétrica.

PREECLAMPSIA GRAVE.

Papel de la actitud conservadora.

El único tratamiento curativo de la preeclampsia grave sigue siendo en la actualidad la interrupción de la gestación y la extracción de la placenta. Esta actitud es lógica con un término superior a las 34 SDG, donde el riesgo perinatal es inapreciable respecto al de complicaciones maternas. En cambio, la mortalidad y la morbilidad fetales se elevan por debajo de las 34 SDG. Ambos factores mejoran cuanto mayor es el término al nacer, con la ausencia de retraso del crecimiento intrauterino asociado y con la corticoterapia preventiva. De este modo, estas constataciones llevan a prolongar la gestación cuando la preeclampsia aparece antes de las 34 SDG.

Las pacientes con preeclampsia deben ser hospitalizadas, valoradas al ingreso (cuadro I) y han de someterse a una vigilancia estrecha (cuadro VI). En caso de preeclampsia grave, la actitud conservadora puede iniciarse si no existen las contraindicaciones citadas en el cuadro III. No obstante, la selección de las pacientes debe ser rigurosa para evitar un aumento de la morbilidad materna. Después de las 34 SDG, la abstención terapéutica en una preeclampsia grave

parece estar poco justificada. En cambio, cuando el término es inferior a las 34 SDG, debe darse prioridad a la actitud expectante cuando sea posible para instaurar una corticoterapia preventiva, e incluso para prolongar la gestación una media de una semana. El tratamiento de estas pacientes (fármacos antihipertensivos, reposición vascular, prevención de la crisis de eclampsia).

CUADRO I.

Valoración inicial en el momento del ingreso de las pacientes con preeclampsia

MATERNA.

Datos clínicos.

- ❖ **Verificar datos del embarazo.**
- ❖ **Control de la presión arterial.**
- ❖ **Búsqueda de signos funcionales: cefalea, trastornos visuales, dolor epigástrico en forma de "barra".**
- ❖ **Hiperreflexia tendinosa, metrorragias.**
- ❖ **Ganancia de peso.**
- ❖ **Inicio de la recogida de orina (para medir la diuresis y la proteinuria 24 hrs).**

Datos de laboratorio:

- **Análisis sanguíneo inicial: Hemoglobina, plaquetas, TP, TCA, Fibrinógeno, Creatinina, Aspartato aminotransferasa (ASAT), lactato deshidrogenasa (LDH), bilirrubina total.**
- **No olvidar el grupo y búsqueda de aglutininas anómalas.**

FETAL

- **Ritmo cardiaco fetal**
- **Búsqueda de movimientos activos.**

ECOGRAFIA

- ⊙ Biometría, estimación ponderal.
- ⊙ Estimación semicuantitativa de la cantidad de líquido amniótico.
- ⊙ Doppler de las arterias umbilicales.
- ⊙ Verificar el estudio morfológico y la inserción placentaria.

CUADRO II.

Criterios que definen la preeclampsia (Basta con un solo de los criterios asociados a la preeclampsia).

MATERNOS.

- ❖ PRESION ARTERIAL SISTOLICA ≥ 160 mmHg o presión diastólica ≥ 110 mmHg.
- ❖ Eclampsia.
- ❖ Edema agudo de pulmón.
- ❖ Cefaleas o trastornos visuales persistentes.
- ❖ Dolor persistente en el epigastrio (en "barra") o en el hipocondrio derecho.
- ❖ Oliguria < 500 ml/24 horas.
- ❖ Proteinuria ≥ 5 g en 24 horas.
- ❖ Elevación de la creatinina sérica (≥ 120 $\mu\text{mol/l}$)
- ❖ Elevación de las transaminasas séricas (ASAT > 2 veces lo normal)
- ❖ Hemólisis: presencia de esquistocitos, o LDH > 600 U/l, o bilirrubina total ≥ 1.2 mg/dl.
- ❖ Trombocitopenica ($< 100,000/\mu\text{l}$)

FETALES

- ✓ Crecimiento intrauterino retardado grave.
- ✓ oligohidramnios

CUADRO III.

Contraindicaciones de la fase expectante en la preeclampsia grave.

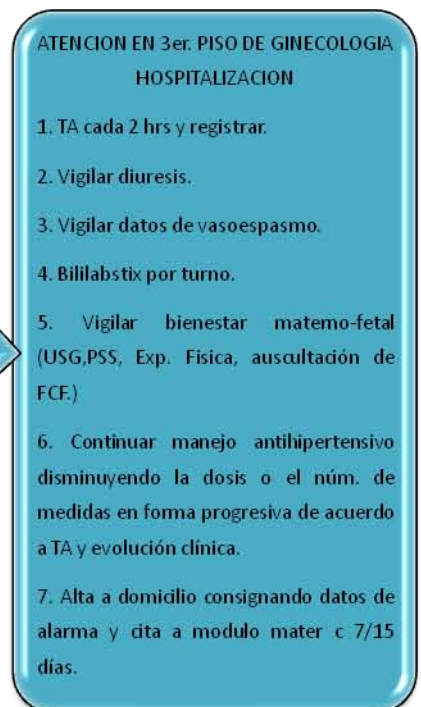
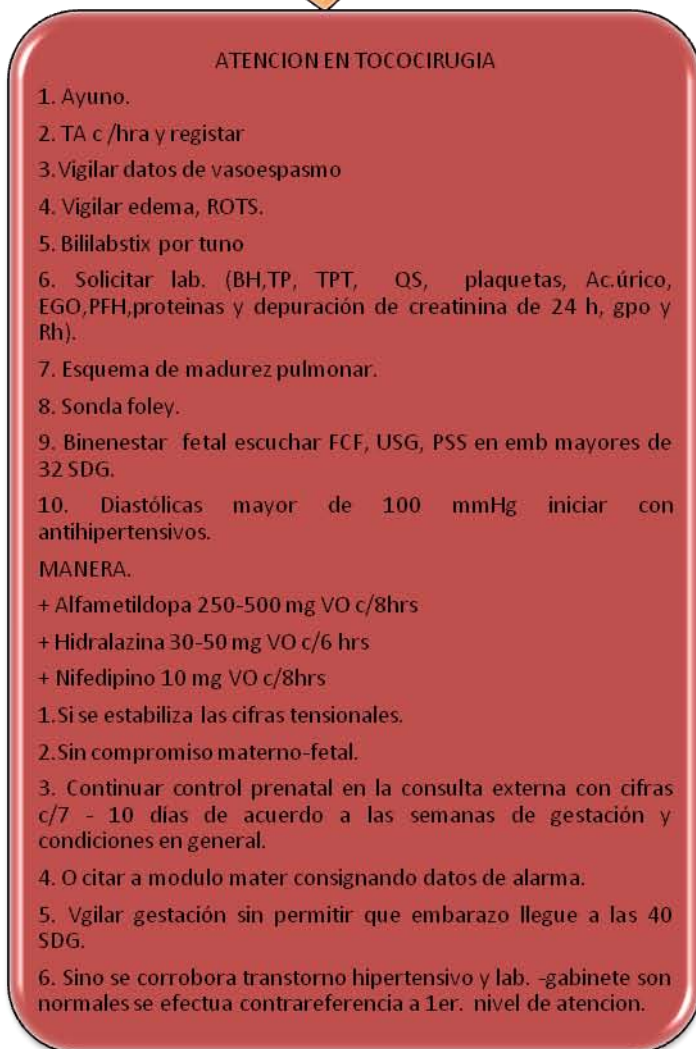
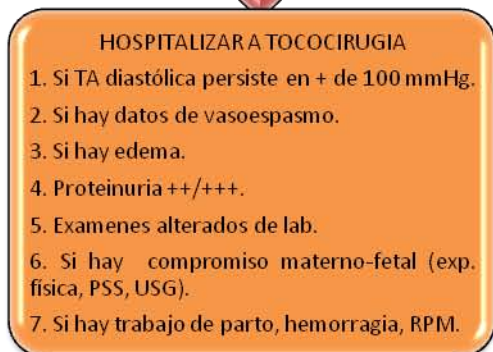
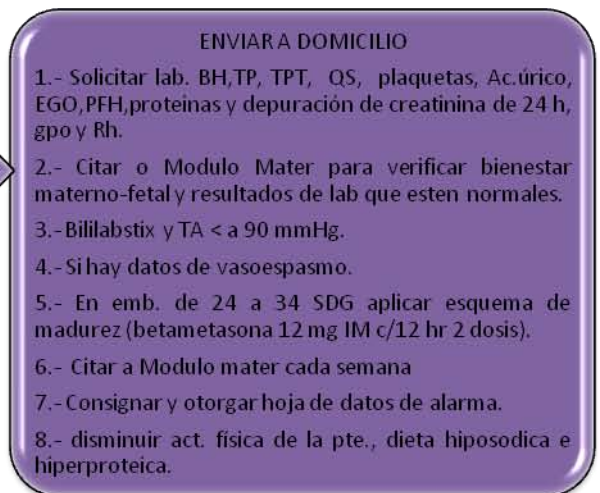
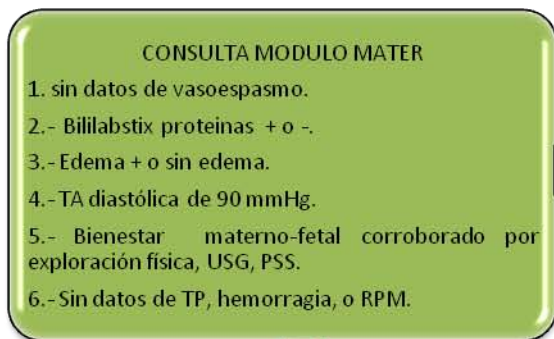
MATERNAS.

- Eclampsia.
- HTA grave no controlada.
- Cefaleas o trastornos visuales persistentes.
- Edema agudo de pulmón.
- Hematoma retroplacentario.
- Plaquetas < 100.00/μl
- ASAT o ALAT > 2 veces la normalidad + dolor epigástrico en “barra”.

FETALES.

- ✓ Ritmo cardiaco fetal patológico.
- ✓ Crecimiento intrauterino retardado grave.
- ✓ Oligohidramnios grave
- ✓ Díástole umbilical arterial invertida.¹¹

¹¹ Enciclopedia GINECOLOGIA – OBSTETRICIA TOMO 3 CAP.E 5036 A 20



RUTAS CRITICAS PARA LA ATENCION PREECLAMPSIA ECLAMPSIA

PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD

Derechohabiencia: todas

Entidad de residencia: Todas.

Sexo: Mujeres

Periodo: Todo.

Tipo de Servicio: Ambos

Grupo de edad: Todos

Especialidades: Gineco obstetricia.

ORDEN	CAUSA	AGRUPACION	VOLUMEN	%
	TOTAL		8,430.00	100
1	Causas obstétricas directas (excepto aborto)	160	3,439	40.8
2	Parto único espontáneo (sólo morbilidad)	161	3,383	40.1
3	Aborto (solo morbilidad)	159	987	11.7
4	Leiomioma uterino	053	157	1.9
5	Atención para la anticoncepción	178	71	0.8
6	Trastornos inflamatorios del ovario, de la trompa de Falopio y del ligamento ancho.	no 153	48	0.6

7	Atención y examen posparto.	183	48	0.6
8	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas.	166	46	0.5
	Complicaciones de la atención médica y quirúrgica, no clasificadas en otra parte.	166J	45	0.5
9	Prolapso genital femenino.	152	38	0.5
10	Causas obstétricas indirectas (solo morbilidad).	162	38	0.5
11	Tumor benigno de la mama.	052	11	0.1
12	Tumores malignos.	049	9	0.1
13	Transtornos de la mama.	148	9	0.1
14	Enfermedades del corazón.	097	4	0.0
15	Colelitiasis y colecistitis.	126	3	0.0
16	Tumor benigno del ovario	054	2	0.0

17	Flebitis, tromboflebitis, embolias y trombosis venosas.	101	2	0.0
18	Hernia de la cavidad abdominal.	120	2	0.0
19	Enfermedades renales tubulointersticiales	140	2	0.0
20	Salpingitis y ooforitis.	149	2	0.0
	Síntomas signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte.	998	6	0.1
	Las demás causas.	999	123	1.5

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD

Derechohabiencia: Todas.

Entidad de residencia: Todas.

Sexo: Mujeres.

Periodo: Todo.

Tipo de servicio: Ambos.

Grupo edad: Todos

Especialidades: Gineco- obstetricia.

ORDEN	CAUSA	AGRUPACION	VOLUMEN	%
	TOTAL		1500	100
1	Embarazo parto y puerperio (solo mortalidad)	157	5	33.3
2	Enfermedades cerebrovasculares	098	2	13.3
3	Enfermedades infecciosas intestinales	001	1	6.7
4	Tuberculosis pulmonar	002	1	6.7
5	Septicemia	015	1	6.7

86

6	Tumores malignos.	049	1	6.7
	Tumor maligno del encéfalo	049X	1	6.7
7	Enfermedades del corazón.	097	1	6.7
	Enfermedades de la circulación pulmonar y otras enfermedades del corazón	097D	1	6.7
8	Colelitiasis y colecistitis	126	1	6.7
9	Pancreatitis aguda y otras enfermedades del páncreas.	127	1	6.7
	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte.	998	0	0.0
	Las demás causas	999	1	6.7

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD

Derechohabiencia: Todas.

Entidad de residencia: Todas.

Sexo: Mujeres.

Periodo: del 26/12/2008 al 25 /12/2009.

Tipo de servicio: Ambos.

Grupo y edad: Todos

Todas las especialidades¹²

ORDEN	CAUSA	AGRUPACION	VOLUMEN	%
	TOTAL		179.00	100
1	Enfermedades endocrinas, metabólicas, hematológicas e inmunológicas	81	16	8.9
2	Infecciones respiratorias agudas bajas.	40	11	6.1
3	Enfermedad cerebrovascular.	109	11	6.1
4	Enfermedades isquémicas del corazón.	108	9	5.0
5	Nefrosis y nefritis	122	9	5.0
6	Asfixia y trauma al nacimiento.	52	7	3.9

88

¹² Departamento de Estadística Del Hospital General "DR. José G.Parres"

7	Edema proteinuria y transtornos hipertensivos en el embarazo.	46	4	2.2
8	Tuberculosis.	3	3	1.7
9	Diabetes mellitus.	80	3	1.7
10	Enfermedades hipertensivas	107	3	1.7
11	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado.	118	2	1.1
12	Enfermedades infecciosas intestinales.	10	1	0.6
13	Tumor maligno del esófago.	63	1	0.6
14	Tumor maligno del hígado.	66	1	0.6
15	Leucemia.	77	1	0.6
16	Malformaciones congénitas del corazón.	141	1	0.6
	Causas mal definidas	164	2	1.1
	Las demás causas		94	52.5

EVALUACION DE

RIESGO

REPRODUCTIVO

91

(ANEXO II)

EVALUACION DE RIESGO REPRODUCTIVO

1. Nivel socioeconómico	Medio y alto	bajo	Muy bajo
2. Escolaridad (años aprobados)	6 o más	1 a 5	Cero
3. Edad (años)	20 - 30	15 – 19	14 o menos
4. Edad (años)		31 -35	36 o más
5. Estatura cm.	1.50 o más	1.45 – 1.49	1.44 o menos
6. Estado civil	Casada	Soltera	Sin cónyuge
7. Estado civil	Unión libre	Viuda	
8. Paridad	1 a 3	Nulípara	
9. Paridad		4 y más	
10. Partos anteriores	Normal	Difícil	Traumático
11. Intervalo intergenésico	1 a 2 años	Menos de 1 año	
12. Abortos	No	1 a 2	Más
13. Nacidos muertos	No	1 a 2	Más
14. Hijos con bajo peso	No	1 a 2	Más
15. Hijos con malformaciones	No	1 a 2	Más
16. Hijos prematuros	No	1 a 2	Más
17. Muertes neonatales	No	1 a 2	Más
18. Diabetes	No	Controlada	Activa
19. Hipertensión	No	Controlada	Activa
20. Epilepsia	No	Controlada	Activa
21. Cardiopatía	No	Controlada	Activa
22. Enfermedades de la tiroides	No	Controlada	Activa
23. Enfermedades renales	No	Controlada	Activa
24. Consanguinidad	No	Si	
25. Retraso mental	No	Si	
26. Exposición a radiaciones	No	Si	
27. Carga de trabajo	Normal	Excesivo	Exagerado
28. Exposición a tóxicos	No	Si	
29. Desnutrición	No	Moderada I	Grave II
30. Anemia Hb. en gramos	10 o más	8.0 a 9.9	Menos de 8
31. Alcoholismo	No	Si	
32. Tabaquismo	No	Si	
33. Otras farmacodependencias	No	Tuvo	Actual
34. Toxoplasmosis	No	Tuvo	Actual
35. Rubéola	Tuvo		Actual
36. Citomegalovirus	No		Si
37. Herpes	No		Si
38. Sífilis	No	Tuvo	Actual
39. S.I.D.A.	No	Sospecha	Si

EVALUACION INICIAL DE RIESGO PERINATAL EN EL EMBARAZO

1. DATOS GENERALES

1. Edad (años)	20 a 30	15 a 19	14 o menos
2. Edad (años)		31 a 35	36 o más
3. Peso inicial (Kg)	51 a 64	65 a 75	76 o más
4. Peso inicial (Kg)		41 a 50	40 o menos
5. Estatura (cm.)	1.50 o más	1.45 a 1.49	1.44 o menos
6. Nivel socioeconómico	Alto y medio	Bajo	Muy bajo
7. Estado Civil	Casada	Soltera	Sin cónyuge
8. Estado civil	Unión libre	Viuda	
9. Actitud	Adecuada	Inadecuada	Muy alterada

2. ANTECEDENTES.

10. Paridad	1 a 3	4 a 6	
11. Paridad		Nulípara	
12. Parto anterior	Normal	Difícil	Traumático
13. Abortos consecutivos	No	2 o más	
14. Cesáreas previas	No	Una	2 o más
15. Parto pretérmino 37 SDG	No	Uno	2 o más
16. Preeclampsia - eclampsia	No	Si	
17. Hijos 2500 grs o menos	No	Uno	2 o más

18.Hijos de 4000 grs o más	No		Si
19.Muertes perinatales	No	Uno	2 o más
20.Hijo malformado	No		Si
21.Cirugía previa	Ginecológica		Útero

3. EMBARAZO ACTUAL

22. Consanguinidad	No		Si
23. Factor Rh	Positivo	Negativo no inmunizada	Negativo inmunizada
24. Hemoglobina en gramos	11 o más	8 a 10.9	8 o menos
25. Tabaquismo	No	Si	
26. Alcoholismo	No	Si	
27. Toxicomanías	No	Si	
28. Amenaza de aborto (20 sem. o menos)	No	Controlada	Activa
29. Amenaza de parto pretérmino (21 o mas sem.)	No	Controlada	Activa
30. Hemorragia ginecológica	No	Controlada	Activa
31. Cardiopatía	No	Controlada	Activa
32. Nefropatía	No	Controlada	Activa
33. Diabetes	No	Controlada	Activa
34. Hipertensión crónica	No	Controlada	Activa
35. Hipertensión del embarazo	No	Controlada	Activa
36. Ruptura de membranas	No	12 hrs o menos	13 hrs o más
37. Otros especifique			
38.	Riesgo bajo	Riesgo medio	Riesgo alto

EVALUACION DE RIESGO PERINATAL DURANTE LA EVOLUCION DEL EMBARAZO

1. Presión arterial Sist.	80 - 139	140 - 160	61 y más
2. Presión arterial Diast.	60 - 90	91 - 109	110 y más
3. Aumento de peso (Kg/mes)	1 a 1.5	1.6 a 2.9	3.0 o más
4. Aumento de peso (Kg/mes)		Sin aumento	Disminución
5. Aumento F.U. (cm./mes)	3 a 5	6 -7	8 y más
6. Aumento F:U: (cm./mes)		1 -2	No
7. Líquido amniótico (cantidad)	Normal	Moderado	Exagerado ↑
8. Líquido amniótico (Cantidad)		Moderado	Exagerado ↓
9. Movimientos fetales	Normal	Moderado	Exagerado
10. Movimientos fetales		Moderado	Exagerado
11. Hemorragia genital	No	Mínima	Regular
12. Membranas ovulares	Integras	Rotas 12 hrs o menos	Rotas 13 hrs o más
13. Contracciones uterinas antes de 37 semanas por horas	1 o menos	2 a 3	4 o más
14. Aborto 20 semanas o menos	No	Amenaza	En evolución
15. Parto pretérmino (21 - 36 semanas)	No	Amenaza	En evolución
16. Infección urinaria	No	Controlada	Activa
17. Otras alteraciones maternas. Especifique			
18. Otras alteraciones fetales. Especifique			
19. Otros, especifique			

INSTRUMENTO DE VALORACION

CON MODELO DE

97

VIRGINIA HENDERSON



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



GUIA DE VALORACION DEL EMBARAZO CON MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

DATOS DE IDENTIFICACION.

NOMBRE UNIDAD FECHA

FEBRERO 2010

CEDULA SERVICIO GRUPO SANGUINEO

RH POSITIVO

EDAD ESTADO CIVIL OCUPACION ESCOLARIDAD

PREPARATORIA

DOMICILIO TELEFONOS

LUGAR DE ORIGEN SEMANAS DE AMENORREA FAMILIAR RESPONSABLE

98

NECESIDADES FUNDAMENTALES

1. NECESIDAD DE OXIGENACION.

FRECUENCIA RESPIRATORIA POR MINUTO DISNEA RINITIS GRIPE

ASMA

TOS ORTOPNEA CIANOSIS UNGUEAL CIANOSIS BUCAL OTROS

2. NECESIDADES NUTRICIONALES.

PESO ANTES DEL EMBARAZO KG PESO ACTUAL KG TALLA cm.

HEMOGLOBINA HEMATOCRITO COLESTEROL TRIGLICERIDOS

3. NECESIDAD DE ELIMINACION.

ELIMINACION INTESTINAL DIARIO CADA TERCER DIA CARACTERISTICAS USO DE LAXANTES

ELIMINACION VESICAL HORARIO CADA 4 HRS APROX CARACTERISTICAS ORINA CONCENTRADA CON

DISURIA

4. NECESIDAD DE MOVIMIENTO

CARDIACO

FRECUENCIA CARDIACA POR MINUTO TENSION ARTERIAL mmHg.

ALTERACIONES CARDIACAS PATOLOGIA CARDIACA CARACTERISTICAS

FRECUENCIA CARDIACA FETAL 121-150 151-160 110 Y MENOS 161 Y MÁS

INTENSIDAD RITMO NORMAL ALTERACIONES

MOTILIDAD FETAL ESPONTANEA MOTILIDAD FETAL CON ESTIMULO HIPOMOTILIDAD

CEREBRAL

CEFALEA TEMBLORES DEPRESION ANSIEDAD INSOMNIO

NIVEL DE CONCIENCIA: CONSCIENTE SEMICONSCIENTE INCONSCIENTE

RESPUESTA PUPILAR: NORMAL MIDRIASIS MIOSIS ANISOCORIA

APERTURA DE OJOS: ESPONTANEA CON ESTIMULO

RESPUESTA VERBAL: CONGRUENTE INCONGRUENTE

RESPUESTA MOTORA: VOLUNAD LIMITADA IMPOSIBILITADA CONVULSIONES

PERIFERICO

PULSO RADIAL: AUSENTE DEBIL NORMAL FUERTE

COLOR DE LA PIEL: PALIDEZ CIANOSIS ICTERIA RUBOR CLOASMA

LLENADO CAPILAR: NORMAL DISMINUIDO

CRECIMIENTO DE MAMAS: TURGENTES PEZON INVERTIDO PEZON PLANO PEZON NORMAL

CRECIMIENTO UTERINO ALTURA UTERINA ACTITUD

PESO FETAL POR VALORACION DE JHONSON TOSHACH 2500-3499GR 2000-2499 GR 3500-3999GR

MENOS 2000 4000 Y MAS

PRESENTACION FETAL CEFALICO POSICION FETAL DERECHA SITUACION FETAL

LONGITUDINAL

PRODUCTO UNICO 2 O MAS PRODUCTOS

TRABAJO DE PARTO.

FECHA Y HORA INICIO TRABAJO DE PARTO 3 MARZO 2010 REGISTRO Y SEGUIMIENTO EN PARTOGRAMA

PARTO ESPONTANEO INDUCIDO CONDUCIDO OXITOCINA OXITOCINA Y OTROS

NACIMIENTO POR CESAREA PROGRAMADA URGENCIA

DILATACION CERVIX CADA HORA 1-2 3 Y MAS ESTACIONARIA

EVOLUCION DE LA GRAFICA DE FRIEDMAN FASE LATENTE FASE ACTIVA FASE DE DESACELERACION

ACTIVIDAD UTERINA CONTRACCIONES

FRECUENCIA EN 10 MINUTOS -3 -4 +5 DURACION 40-60 90

+90

INTENSIDAD NORMAL BAJA ELEVADA TONO NORMAL

HIPOTONICO HIPERTONICO

VALORACION DE LA PERLVIS UTIL LIMITE O DUDOSA DESPROPORCION

PELVIMETRIA INTERNA NO SE TOCA PROMONTORIO SE TOCA SEGUNDA SACRA SE TOCA EL

PROMONTORIO

PELVIMETRIA EXTERNA BICIATICO DE 9 O MÁS cm. BICIATICO DE 7 A 8 cm. BICIATICO MENOR DE 7 cm.

99

APERTURA DE OJOS: ESPONTANEA CON ESTIMULO
RESPUESTA VERBAL: CONGRUENTE INCONGRUENTE
RESPUESTA MOTORA: VOLUNAD LIMITADA IMPOSIBILITADA CONVULSIONES

PERIFERICO

PULSO RADIAL: AUSENTE DEBIL NORMAL FUERTE
COLOR DE LA PIEL: PALIDEZ CIANOSIS ICTERIA RUBOR CLOASMA
LLENADO CAPILAR: NORMAL DISMINUIDO
CRECIMIENTO DE MAMAS: TURGENTES PEZON INVERTIDO PEZON PLANO PEZON NORMAL
CRECIMIENTO UTERINO ALTURA UTERINA ACTITUD
PRESENTACION FETAL CEFALICO POSICION FETAL DERECHA SITUACION FETAL

LONGITUDINAL

CONTRACCIONES INDOLORAS ESPORADICAS CONTRACCIONES BRAXTON HICKS

MUSCULO ESQUELETICO

DEFORMIDADES OSEAS DEFORMIDADES ARTICULARES DEFORMIDADES MUSCULARES
MIALGIAS ARTRALGIAS VARICES ESCOLIOSIS

REGULACION FISICA

MENARCA 14 AÑOS RITMO 30X3 DEHCA DE ULTIMA MENSTRUACION 23 JUNIO 2009

100

ACTIVIDAD

DEAMBULACION CAMINA 20 MINUTOS DIARIAMENTE SUBE 20 ESCALONES LABORES DIARIAS
REFIERE FATIGA/DEBILIDAD CUANDO: _____ NO REFIERE FATIGA EN NINGUN EJERCICIO
EJERCICIO QUE PRÁCTICA REGULARMENTE: CAMINA NATACION AEROBIC'S OTROS (Especifique)
ACTIVIDADES A LAS QUE DEDICA EL TIEMPO LIBRE: _____

5. NECESIDAD DE DESCANSO.

REPOSO

CUANTAS HORAS DUERME POR LA NOCHE 8 CUANTAS HORAS DUERME POR EL DIA 2 DESCANSO

QUE APOYO UTILIZA PARA DORMIR: _____

HABITUALMENTE AL DESPERTAR SE SIENTE: CANSADA TENSA SOMNOLIENTA DESCANSADA

6. NECESIDAD DE HIGIENE.

BAÑO FRECUENCIA DIARIO LAVADO DE MANOS FRECUENCIA PEINADO DIARIO
LAVADO Y CEPILLADO DE DIENTES FRECUENCIA 3 VECES AL DIA CORTE DE UÑAS FRECUENCIA SEMANAL
CAMBIO DE ROPA TOTAL FRECUENCIA DIARIO CAMBIO DE ROPA PARCIAL FRECUENCIA DIARIO

7. NECESIDAD DE TERMOREGULACION.

TEMPERATURA CORPORAL POCA TOLERANCIA LA FRIO POCA TOLERANCIA AL CALOR

8. NECESIDAD DEL CUIDADO DE LA PIEL.

INTEGRIDAD TISULAR
HIPERPIGMENTACION LOCALIZADA EN PEZON, LINEA MORENA, ABDOMEN, AXILAS. ACNE DERMATITIS
ESTRIAS PRESENTES AUSENTES LOCALIZACION ABDOMEN
EPISIOTOMIAS NO NUMERO MOTIVO FECHA DE LA MÁS RECIENTE
OTRAS INTERVENCIONES QUIRURGICAS (DESCRIBIR TIPO, FECHA Y MOTIVO) CESAREA HACE 2 AÑOS POR PREECLAMPSIA .

9. NECESIDAD DE EVITAR RIESGOS Y PELIGROS

SU SITUACION DE SALUD ACTUAL HA ALTERADO: AGUDEZA VISUAL AGUDEZA AUDITIVA OLFATO
TACTO HIPOACUSIA HIPERSENSIBILIDAD GUSTO
SISTEMA DE APOYO QUE UTILIZA: LENTES PROTESIS LENTES DE CONTACTO PROTESIS DENTAL

PATOLOGIAS

DIABETES NO SI CONTROLADA DESCOMPENSADA INSULINO DEPENDIENTE HIPOGLUCEMIANTES

HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMIC NO SI CONTROLADA DESCOMPENSADA MEDICAMENTOS

CARDIOPATIA NO SI CONTROLADA DESCOMPENSADA MEDICAMENTOS

NEFROPATIA NO SI CONTROLADA DESCOMPENSADA

MEDICAMENTOS _____

EPILEPSIA NO SI CONTROLADA DESCOMPENSADA

MEDICAMENTOS _____

ENFERMEDAD TIROIDEA NO SI CONTROLADA DESCOMPENSADA

MEDICAMENTOS _____

NEOPLASIAS NO SI CONTROLADA DESCOMPENSADA

MEDICAMENTOS _____

RETRASO MENTAL NO SI CONTROLADA DESCOMPENSADA

MEDICAMENTOS _____

ALTERACIONES DE SALUD MENTAL NO SI CONTROLADA DESCOMPENSADA

MEDICAMENTOS _____

TOXOPLASMOSIS NO SI CONTROLADA DESCOMPENSADA

MEDICAMENTOS _____

SIFILIS NO SI CONTROLADA DESCOMPENSADA

MEDICAMENTOS _____

RUBEOLA NO SI CONTROLADA DESCOMPENSADA

MEDICAMENTOS _____

CITOMEGALOVIRUS NO SI CONTROLADA DESCOMPENSADA

MEDICAMENTOS _____

HERPES NO SI CONTROLADA DESCOMPENSADA

MEDICAMENTOS _____

SIDA NO SI CONTROLADA DESCOMPENSADA

MEDICAMENTOS _____

CERVICOVAGINITIS NO SI LEUCORREA ARDOR VAGINAL COMEZON

PREVENCION DE ENFERMEDADES CON VACUNAS

VACUNA CONTRA SARAMPION RUBEOLA AÑO _____ TOXOIDE TETANICO NO SI 1ºDOSIS 2ºDOSIS

ANTECEDENTES OBSTETRICOS

GESTAS 2 PARTOS _____ CESAREAS 1 ABORTOS _____ NACIDOS MUERTOS _____

FECHA DE ULTIMA GESTA HACE 2 AÑOS HIJO MALFORMADO _____ HIJO DE 4000 GR Y MAS _____ CONSANGUINIDAD _____

EMBARAZO ACTUAL

HIPERTENSION DEL EMBARAZO NO SI CONTROLADA DESCOMPENSADA MEDICAMENTOS HIDRALAZINA, ALFAMETILDOPA

REFIERE LOS SIGUIENTES SINTOMAS ACUFENOS _____ FOSFENOS _____ CEFALEA _____ AMAUROSIS _____ DISPRINA _____

JUNIOR

EDEMA PRETIBIAL MALEOLAR MANOS GENERALIZADA

SIGNO DE GIORDANO SIGNO DE GODETE ANASARCA

AMENAZA DE ABORTO NO SI CAUSA _____ ACTIVO _____ SEMANAS DE GESTACION _____

AMENAZA DE PARTO INMADURO NO SI CAUSA _____ ACTIVO _____ SEMANAS DE GESTACION _____

AMENAZA DE PARTO PRETERMINO NO SI CAUSA IVU ACTIVO _____ SEMANAS DE GESTACION _____

33

HEMORRAGIA TRANSVAGINAL NO SI CAUSA _____ ACTIVO _____ SEMANAS DE GESTACION _____

RUPTURA DE MEMBRANAS NO SI CAUSA _____ ACTIVO _____ SEMANAS DE GESTACION _____

CUADRO INFECCIOSO NO SI CAUSA IVU ACTIVO _____ SEMANAS DE GESTACION _____

33

CONTROL PRENATAL No. DE CONSULTAS 5 LUGAR CENTRO DE SALUD Y PERIODICIDAD MENSUAL

AFRONTAMIENTO PARTICULAR OCAS.

RECIBE APOYO PARA EL CUIDADO DE SUS HIJOS SI NO

DE QUIEN LO RECIBE PADRES PAREJA HIJOS FAMILIAR OTROS

AFRONTAMIENTO INEFECTIVO

ALCOHOLISMO POSITIVO NEGATIVO FRECUENCIA CASUAL SOCIAL FRECUENTE

EMBRIAGUEZ SI NO PERTENECE A ALGUN GRUPO DE AUTOAYUDA (Especifique) _____

TABAQUISMO NUMERO DE CIGARRILLOS AL DIA _____ TOXICOMANIAS NEGADAS

AUTOESTIMA

CONCEPTO DE UNO MISMO COMO CONSIDERA SU ESTADO DE SALUD ACTUAL BUENO MALO GRAVE

QUE HA HECHO PARA MEJORARLO Y/O PARA PREVENIR COMPLICACIONES NADA LECTURA DE GUIAS DE AUTOCUIDADO

ATENDER CONSEJOS DE FAMILIARES Y AMIGOS SEGUIR INDICACIONES DE PROFEIONALES DE LA SALUD

ADAPTACION

LOS CAMBIOS EXPERIMENTADOS POR SU ESTADO ACTUAL AFECTAN EN LA FORMA EN QUE SIENTE, PIENSA O VE A SI MISMO

NO SI LO ANTERIOR LE PRODUCE ALEGRIA INDIFERENCIA DESESPERANZA

SIGNOS DE DUELO

HOSTILIDAD HACIA LAS PERSONAS SANAS REHUSA VERSE EN EL ESPEJO

CONDUCTA AUTODESTRUCTIVA ALCOHOL DROGAS AUTOLESIONES

QUE LIMITACIONES PIENSA QUE LE ACARREARA SU PROBLEMA ACTUAL

EN LA FUNCION SEXUAL EN SU ROL FAMILIAR EN SU ROL LABORAL

PARTICIPACION

SEGUIMIENTO DE REGIMENES SANITARIOS NO SI

EN EL PASADO, CUALES _____

ACTUALMENTE CUALES _____

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE

FUNCION VERBAL NORMAL CON DIFICULTAD INCAPAZ
 FUNCION NO VERBAL CAPAZ INCAPAZ

11. NECESIDAD DE ACTUAR DE ACUERDO A SUS CREENCIAS Y VALORES.

JUICIO

SU EMBARAZO ACTUAL FUE: PLANEADO NO PLANEADO
 ALGUNA VEZ PENSO EN EL ABORTO NO SI QUE LE HIZO CAMBIAR DE OPINION _____
 ACEPTA LA LACTANCIA MATERNA NO SI

DESPUES DE ESTE EMBARAZO CUAL METODO DE CONTROL DE LA FERTILIDAD ELEGIRA (Especifique) OTB
 EMOCIONAL, INTEGRIDAD Y ESTADO

PARA DUELO ANTE UNA PERDIDA REAL, LA PACIENTE EXPRESA:

TRISTEZA DEPRESION TEMOR NEGACION CULPA

ANTE LA POSIBLE PÉRDIDA DE UN ORGANO, FUNCION O PERSONA (DUELO PREVISTO O ANTICIPADO), LA PACIENTE EXPRESA:

AFLICCION CULPABILIDAD ENOJO TRISTEZA
 CAMBIO EN PATRONES DE: SUEÑO ALIMENTACION SOCIALES DISMINUCION DE LA LIBIDO

TEMOR EN LA ETAPA PERINATAL LA PACIENTE PRESENTA: TENSION MUSCULAR FATIGA

GRITOS

DEFICIENCIA DE ATENCION DEFICIENCIA DE CONTROL TAQUICARDIA

HIPERTENSION

EXPRESION FACIAL Y POSTURA QUE CORRESPONDE A LA INTENSIDAD DEL TEMOR FALTA DE CONCENTRACION

INFORMACION VERBAL DE LA ANGUSTIA DIAFORESIS DISNEA IRRITABILIDAD

ANOREXIA

12. NECESIDAD DE REALIZACION.

PATRON DE SEXUALIDAD

RESPUESTA DE SU PAREJA SOBRE SU ESTADO ACTUAL: RECHAZO ACEPTACION INDIFERENCIA

RESPUESTA HACIA LA PAREJA: FELIZ LO IGNORA ENFADO INDIFERENCIA

BUSCA CONTACTO FISICO CON EL PADRE SI NO

PRESENTA CONTACTO OCULAR POSITIVO HACIA EL PADE NO SI

SU PADECIMIENTO ACTUAL HA CONDICIONADO: CAMBIO EN SUS RELACIONES SEXUALES NO SI

DISMINUCION DE LA LIBIDO NO SI DISPAURENCIA NO SI

RECHAZO A LA PAREJA NO SI RECHAZO PROVENIENTE DE LA PAREJA NO SI

DESEMPEÑO DEL ROL

ROL QUE DESEMPEÑA EN EL HOGAR: AMA DE CASA

RESPONSABLE DEL SUSTENTO FAMILIAR NO SI DEPENDE DE OTRO FAMILIAR NO SI

SOCIALIZACION

LAS PERSONAS CON LAS QUE VIVE ACEPTAN SU ESTADO ACTUAL SI NO

VIVE CON PAREJA PADRES HIJOS SOLA OTROS

PARENTESCO	EDAD	SEXO	ESTADO DE SALUD DE LAS PERSONAS ALLEGADAS
Vanessa Barradas Coria (HIJA)	2 Años	Fem.	Bueno
Alan Barradas Ramírez (ESPOSO)	26 años	Masc.	Bueno

13. NECESIDAD DE RECREACION.

ACTIVIDAD DEPORTIVA _____ FRECUENCIA _____ GRADO DE DISFRUTE _____

ACTIVIDAD DE ENTRETENIMIENTO LECTURA FRECUENCIA PROCURA DIARIO GRADO DE DISFRUTE SATISFACTORIO
ACTIVIDAD CULTURAL LECTURA FRECUENCIA PROCURA DIARIO GRADO DE DISFRUTE SATISFACTORIO

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE.

CONOCIMIENTO.

PROBLEMAS ACTUALES DE SALUD.

DE QUIEN HA RECIBIDO INFORMACION SOBRE SU ESTADO ACTUAL MEDICO ENFERMERA PARTERA

FAMILIARES AMISTADES OTROS _____

LA INFORMACION QUE HA RECIBIDO HA SIDO: CLARA COMPLETA CONFUSA INCOMPLETA

EN QUE ASPECTOS REQUIERE MAS INFORMACION: ALIMENTACION EJERCICIO LACTANCIA

HIGIENE SEXUALIDAD CUIDADOS AL RECIEN NACIDO EN IDENTIFICAR SIGNOS DE ALARMA

CEFALEA EDEMA ACUFENOS FOSFENOS SANGRADO TRANSVAGINAL

RUPTURA DE MEMBRANAS FALTA DE MOTILIDAD FETAL INICIO DE TRABAJO DE PARTO.

SE HA RECIBIDO INFORMACION SOBRE PARTO PSICOPROFILACTICO: NO SEÑALE LAS TECNICAS DE RELAJACION

RESPIRATORIA PARA AUMENTAR TOLERANCIA AL DOLOR

DISPONIBILIDAD

SI ESTAPROGRAMADA PARA CIRUGIA: COMPRENDIO SOBRE EL TIPO DE INTERVENCION SI NO

DEMUESTRA DISPONIBILIDAD PARA PARTICIPAR EN: CUIDADO DE LOS HIJOS DEAMBULACION TEMPRANA

LACTANCIA MATERNA EDUCACION ALOJAMIENTO CONJUNTO TRATAMIENTO MEDICO

METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR OTB NIVEL DE PREPARACION ACADEMICA PREPARATORIA TERMINADA

CURSO PSICOPROFILAXIS NO SI

ORIENTACION

TIEMPO (SABE QUE FECHA ES HOY) SI NO LUGAR (SABE EN DONDE SE ENCUENTRA) SI NO

PERSONA (MENCIONE SU NOMBRE COMPLETO) SI

MEMORIA INTACTA SOLO RECIENTE SOLO RETROGRADA

RESPONSABLE DE LA VALORACION ENF. MARIA CRISTAL RODRIGUEZ RAMIREZ

104

FORMATO ELABORADO POR: LIC. MARGARITA GONZALEZ VAZQUEZ..