



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA APLICADO A UNA
PACIENTE CON EMBARAZO DE 36 SDG Y PREECLAMPSIA LEVE
CON BASE EN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA.

PRESENTA

ADRIANA SAN JUAN CERVANTES

NO. DE CUENTA 407120958

DIRECTORA ACADÉMICA

LIC. MARGARITA GONZÁLEZ VÁZQUEZ

MÉXICO D.F. JUNIO 2011



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.

INDICE. CONTENIDO

INTRODUCCIÒN-----	1
JUSTIFICACIÒN-----	2
OBJETIVOS-----	4
GENERAL	
ESPECÌFICOS	
CAPITULO I	
METODOLOGÌA-----	5
CAPITULO II	
MARCO TEÒRICO	
DEFINICIÒN DE ENFERMERÌA-----	6
TEORÌA DEL CUIDADO-----	6
PROCESO ENFERMERO-----	7
HISTORIA DEL PROCESO ATENCIÒN DE ENFERMERÌA-----	8
GENERALIDADES DEL PROCESO ENFERMERO -----	9
ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÒN DE ENFERMERÌA-----	10
VALORACIÒN-----	10
DIAGNÒSTICOS DE ENFERMERÌA-----	11
PLANEACIÒN-----	11
TAXONOMIA NOC	
EJECUCIÒN-----	12
TAXONOMIA NIC	
EVALUACIÒN-----	12
GENERALIDADES DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON	
DEFINICIÒN-----	12
NECESIDADES BÀSICAS-----	13

META PARADIGMA-----	15
AFIRMACIONES TEÒRICAS-----	15
CAPITULO III	
APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO	
PRESENTACION DEL CASO-----	17
VALORACIÓN DE VIRGINA HENDERSON -----	22
DIAGNÒSTICOS DE ENFERMERÌA-----	23
PLAN DE ATENCION ENFERMERIA TAXONOMIA NANDA NIC NOC	
EVALUACIÓN-----	24
CONCLUSIONES-----	36
SUGERENCIAS-----	37
BIBLIOGRAFIA-----	38
ANEXOS	
ANEXO I INSTRUMENTO DE VALORACIÓN -----	41
ANEXO II EVALUACIÓN DEL RIESGO REPRODUCTIVO--	46
ANEXO III EMBARAZO ACTUAL-----	50
ANEXO IV PROGRAMA DE EDUCACIÓN-----	52
GLOSARIO-----	53
ANEXO V PATOLOGIA	
ANATOMIA-----	54
FISIOLOGIA-----	56
PATOLOGIA-----	58
FACTORES DE RIESGO-----	62
SIGNOS Y SINTOMAS-----	63
TRATAMIENTO-----	63
COMPLICACIONES-----	64

INTRODUCCION

El proceso de Atención de Enfermería es una herramienta metodológica para la prestación de cuidados, centrada en cada individuo que asegure sistematización, continuidad, así como individualización de los cuidados.

El presente Proceso de Atención de Enfermería sustentará el examen profesional de Titulación a la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia

En el primer apartado del trabajo, se anota la importancia de este Proceso de Atención de Enfermería, posteriormente se expresa el objetivo general y se enumeran los objetivos específicos

En la Metodología se explican cada una de las etapas que se siguieron para llevarlo a cabo.

En el marco teórico se hace referencia a las perspectivas históricas de Enfermería se abordan la etapas que conforman el Proceso Atención de Enfermería y los conceptos básicos del Modelo de Enfermería de Virginia Henderson.

En el siguiente capítulo se llevo a cabo la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en una mujer embarazada de 35 años que presenta un embarazo de 36 semanas de gestación y Preclampsia leve, la valoración de Enfermería se realiza con base en un instrumento guía de acuerdo al Modelo de Virginia Henderson.

Para la elaboración de los Diagnósticos Enfermeros se utilizaron las definiciones y clasificaciones emitidas por la NANDA Internacional Diagnósticos Enfermeros correspondiente al año 2009 – 2011. Se realiza la priorización de los diagnósticos detectados y en base a estos se realizó la planificación con la Taxonomía NOC clasificación de los resultados esperados enfermeros, NIC clasificación de las intervenciones de enfermeros

Después se mencionan las conclusiones, las sugerencias en Plan de alta para esta paciente, el glosario, la bibliografía consultada se agrega un apartado de anexos que contiene generalidades de pre eclampsia, el instrumento guía utilizado para la valoración de las 14 necesidades básicas.¹

¹ NANDA Internacional *“Diagnósticos Enfermeros Definición y Clasificación”* 2009 2011 Editorial ELSEVIER España 2010.

2.- JUSTIFICACION

Uno de los riesgos y preocupaciones es la salud del binomio durante la etapa del embarazo día a día se trabaja para disminuir la morbimortalidad materno fetal, donde se implementan programas de mejora continua y planes estratégicos para beneficiar al binomio, que pueden verse afectados durante la etapa gestacional.

Con el fin de detectar oportunamente y controlar aquellas enfermedades o factores que pueden complicar el embarazo por lo que resulta de suma importancia investigar cuales son las principales causas de presentar pre eclampsia durante el embarazo y así tomar las medidas preventivas necesarias.

Dentro de las estadísticas del INEGI en el 2006 la tasa de mortalidad materna es de 4.8 defunciones por cada 10 mil nacidos vivos. En el año más de la tercera parte de las muertes maternas se debe a **edema, proteinuria y trastornos hipertensivos** durante el parto y puerperio.²

Una de las causa más frecuente de mortalidad materna en el hospital general Dr. José G. Parres Cuernavaca Morelos en el 2008 predomina pre eclampsia durante el embarazo en mujeres entre 27 a 37 años ³

Se realizo una valoración minuciosa para poder detectar las complicaciones que puedan existir, así satisfacer las necesidades de la paciente y evitar la muerte materna fetal. Analizando las estadísticas me intereso realizar el Proceso Atención Enfermería a una paciente que presento pre eclampsia durante el embarazo, como estudiante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia observo que se debe llevar un control prenatal de las pacientes embarazadas para evitar complicaciones futuras que pone en riesgo su vida.

Dentro del equipo de salud se busca brindar una atención de calidad al usuario, familia, comunidad para detectar y satisfacer sus necesidades, siendo así

² Fuente INEGI *Estadísticas vitales 2006 base de datos* (consultado 7 Octubre de 2011) disponible en la pagina [www. INEGI. com](http://www.INEGI.com)

³ Fuente *Principales causas de morbimortalidad materna* (Consultado agosto 2010) disponible Departamento Estadísticas del Hospital General Dr. José G Parres

el personal de Enfermería tiene un compromiso de superación y actualización continua.

Se debe hacer énfasis en los programas de mejora continua y brindarles orientación y educación a la paciente dentro del primer nivel de atención, cuando acuden a sus consultas para revisión e informales y darles los cuidados necesarios para llevar un embarazo sin complicaciones

Recordando que la Enfermera tiene como misión atender y cuidar el bienestar físico, emocional y social de la mujer en estado grávido, detectando cualquier alteración en el estado fisiológico del embarazo y así ofrecer las mejores prácticas desde el punto profesión.

OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL

- Aplicar los conocimientos adquiridos en la formación académica a través del Proceso Atención de Enfermería para identificar las necesidades o problemas de la paciente, realizando la valoración de Enfermería de acuerdo a las 14 necesidades de Virginia Henderson en una mujer con diagnóstico de embarazo de 36 semanas de gestación y Preclampsia leve para llevarla a una resolución satisfactoria para el binomio.

OBJETIVO ESPECIFICO

- Identificar los principales problemas y necesidades que presenta la paciente con preeclampsia leve durante el embarazo.
- Llevar a cabo una valoración y vigilancia de la paciente durante el embarazo para evitar complicaciones.
- Definir diagnósticos de enfermería de acuerdo a las necesidades detectadas, aplicando el Proceso Atención de Enfermería de acuerdo a las 14 necesidades.
- Aplicar el plan de cuidados de acuerdo a las necesidades de la paciente con el fin de satisfacerlas.
- Sugerir un plan de educación para la salud de la paciente embarazada.
- Evaluar los resultados de enfermería con los objetivos planteados.

CAPITULO I

METODOLOGIA

En la primera fase o etapa de valoración del Proceso Atención de Enfermería se tomo como guía el modelo de Virginia Henderson el cual define los postulados y los valores que sustenta el rol de enfermería permitiendo concebir al ser humano como un ente biopsicosocial y espiritual detectando sus necesidades básicas.

Para realizar la valoración se eligió una paciente con diagnóstico de embarazo de 36 semanas de gestación y preeclampsia leve que ingreso al servicio de tococirugia del Hospital General Dr. José G Parres de Cuernavaca Mor., posteriormente se realizo un seguimiento con cinco visitas domiciliarias.

Durante esta etapa se reunió información, obteniendo los datos relevantes, estos se examinaron para saber el estado de salud de la paciente, se realizó el interrogatorio directo con la paciente y su familiar así nos describió sus problemas y recursos con que cuenta, también se obtuvo información del expediente clínico.

Para la conformación del Proceso Atención de Enfermería se llevo a cabo una revisión bibliográfica para así realizar el marco teórico.

En la etapa del diagnostico se llevo a cabo el análisis de la información recolectada, se fueron formulando los diagnósticos de enfermería con la taxonomía de la NANDA así mismo las intervenciones del enfermería del NIC y los resultados del NOC.

Durante la planificación se desarrollo el plan de cuidados que fue basado en los problemas identificados para determinar las intervenciones de enfermería enfocada a controlar el estado de salud o resolver un problema y satisfacer las necesidades básicas de la paciente.

Posteriormente se realizo la evaluación del plan de cuidados de alta de la paciente según las necesidades, analizando el logro de los resultados esperados.

CAPITULO II

MARCO TEORICO.

DEFINICION DE ENFERMERIA:

La Enfermería tiene como responsabilidad esencial ayudar a los individuos y grupos (familia y comunidad), a realizar sus actividades que contribuyan a su salud desde la concepción o hasta la muerte. Su función principal es de proporcionar cuidados de manera oportuna y profesional tanto en la salud como en la enfermedad, mediante la satisfacción de las necesidades y ayudar a la rehabilitación del individuo para realizar sus actividades lo más pronto posible. La Enfermería requiere la aplicación de conocimientos y habilidades, por consiguiente su campo de acción específico es la prevención y tratamiento de las respuestas humanas.

TEORIA DEL CUIDADO:

Las teorías son una serie de ideas relacionadas entre sí que proporcionan una forma de representar o clasificar los fenómenos predictivos y explicativas. Pueden empezar como una hipótesis y cuando se verifica llega a ser una teoría y se sustente o puede avanzar de forma que alguien determine una acción.

Las teorías son verificadas y tienen valides a través de la investigación y proporcionan una orientación para esa investigación.

La teoría debe ser utilizada por la enfermera para adquirir conocimientos que permitan perfeccionar las prácticas cotidianas mediante la descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos. Las enfermeras han mejorado su capacitación a través del conocimiento teórico, ya que con los métodos aplicados de forma sistemática tienen mayores posibilidades de éxito para mejorar la práctica.

Los metaparadigmas son de contenido abstracto y de ámbito general, intentan explicar una visión global útil para la comprensión de los conceptos y principios clave (por ej. La teoría general de Enfermería).

Los elementos importantes de la teoría son, cuando la Enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, para recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.⁴

⁴ Pacheco A. A. *"Fundamentación Teórica para el Cuidado"* reimpresión 2005 división de educación continua pp. 85 91

Es importante que la enfermera ayude a desarrollar el criterio de la independencia del paciente en la valoración de la salud. Debe saber Identificar 14 necesidades humanas básicas que componen “Los cuidados Enfermeros”, esferas en las que se desarrollan los cuidados.

Existe 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.

Virginia Henderson utilizo el método deductivo de razonamiento lógico para desarrollar su teoría. Dedujo esta definición y las catorce necesidades de su modelo de los principios psicológicos y fisiológicos.⁵

PROCESO ENFERMERO.

Es un método que brinda cuidados para desarrollo de las cualidades esenciales del hombre centrado en el logro de objetivos.

Tiene como características que es un método a seguir por el personal de enfermería para organizar su trabajo y solucionar problemas que se relacionan con la salud del usuario lo que hace posible la continuidad para otorgar cuidados, existe una comparación con las etapas del método de solución de problemas y del método científico.

El Proceso Enfermero es sistemático porque está compuesto por cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación). Es humanista por considerar al hombre como un ser único, Es intencionado porque logra sus objetivos y guía las acciones para resolver los problemas disminuyendo así los factores de riesgo valorando las capacidades, el desempeño del usuario y el de la enfermera, es dinámico porque está sometido a los cambios que obedecen a la naturaleza del hombre, es flexible porque se aplica y adaptarse en cualquier momento de la práctica de enfermería, es interactivo porque requiere de la interrelación humano – humano con el usuario para lograr los objetivos comunes.

⁵ *Ibidem* p.92

Aplicar el Proceso Enfermero es un verdadero reto porque es importante para la práctica de enfermería, sin embargo es un reto para toda enfermera que busca lograr ser profesional para brindar una atención de calidad.

Con la aplicación del Proceso Enfermero con ello se demuestra que la enfermera profesional realiza acciones que van más allá de cumplir una prescripción médica, para la enfermera el aplicar el proceso enfermero es importante para el logro de sus objetivos de esta manera compromete al individuo, familia y comunidad para que tomar parte activa en las decisiones y cuidados que permiten mantener o recuperar la salud.

HISTORIA DEL PROCESO ATENCION ENFERMERIA.

El proceso enfermero ha evolucionado hacia un proceso de cinco fases compatibles con la evolución de la profesión "Hall en 1955 lo describió como un proceso distinto, Jhonson, Orlando y Wiedenbach desarrollaron un proceso de tres fases que contenía elementos del proceso de cinco fases actual. En 1967 Yura y Walsh fueron los autores del primer texto donde se describía un proceso de cuatro fases valoración, planificación, ejecución y evaluación. A mediados de la década de los 70, Blach, Roy, Mundinger, Jauron y Aspinall ellos descubrieron la fase diagnóstica, dando lugar al proceso de cinco fases.

Para la Asociación Americana de Enfermería (A.N.A.) el proceso es importante para la práctica de la profesión de las enfermeras donde se ha exigido cambios en sus etapas favoreciendo el desarrollo de la enfermería como disciplina científica, para así proporcionar una mejor calidad de atención al individuo, familia y comunidad. En muchos países, la aplicación del proceso es importante para el ejercicio de la enfermería, en nuestro país México cada día adquiere mayor relevancia en la formación de enfermeras (os) aplicado durante la práctica.⁶

⁶ Rodríguez S.B. "Proceso Enfermero Aplicación Actual" Editorial Cuellar Impreso en México pp. 29 - 31

GENERALIDADES DEL PROCESO ENFERMERO.

La enfermera debe ser competente en el área profesional del saber para aplicar el proceso enfermero con facilidad para lograr cambios que favorezcan la salud del usuario, familia y comunidad.

Existen competencias en el área del saber esto se refiere al dominio de conocimientos propios de la enfermería y de disciplinas afines y complementarias a la profesión, que son sustento teórico de los cuidados enfermeros y permiten abordar la problemática del usuario desde diferentes puntos de vista.

Son competencias del área de saber hacer las actividades de carácter intelectual que constituyen el pensamiento crítico es decir razonamientos lógicos, analíticos y reflexivos, en la aplicación del proceso enfermero se requiere de este tipo de competencias, por tal razón se convierte en el sistema dentro del cual puede aplicar su capacidad de razonamiento crítico, asimismo son competencias en esta área las habilidades prácticas que apoyadas en el conocimiento, reflexión y experiencia permiten valorar al usuario, planear y ejecutar funciones independientes e interdependientes de enfermería, también se requieren competencias en el área del saber ser y convivir que favorezcan la interrelación con el usuario e integrantes del equipo sanitario, en consideración con los aspectos éticos, bioéticos y legales que son indispensables para el ejercicio de la profesión.

Se debe establecer una base de datos sobre el paciente, identificando las necesidades para determinar prioridades de los cuidados y establecer un plan para poner en práctica las actuaciones de enfermería.⁷

⁷ Bailly R. E. *“Manual de la Enfermería”* Edición original (España) Editorial Océano p. 3

ETAPAS DEL PROCESO ENFERMERO

Se trata de un proceso continuo que está integrado por fases o etapas ordenadas, tiene como objetivo importante, la planificación ejecución de los cuidados oportunos orientados al bienestar del paciente. Estas etapas están relacionadas y son ininterrumpidas.

El Proceso Enfermero tiene una actuación constante a todos los niveles para determinar y cubrir los requerimientos del paciente, tanto físico, biológico, psicológico, sociológico y espiritual. El Proceso Enfermero abarca la recolección, el análisis y la interpretación de los datos precisos para determinar las necesidades del paciente, así planificar los cuidados oportunos, su ejecución y la evaluación global.

Fase de valoración en esta fase se debe recopilar la información basada en la observación y la entrevista que se realiza al paciente en el interrogatorio debe aportar todos los datos sobre sus características personales, sus dificultades o padecimientos, sus hábitos de vida y el estado de satisfacción de sus necesidades fundamentales con el fin de identificar sus necesidades, problemas y preocupaciones sobre el paciente, su familia y su entorno, entre los datos obtenidos se pueden diferenciar cuales son los objetivos y otros son subjetivos facilitados por el paciente, lo importante dentro de la valoración existe la información general, características personales, sus hábitos estilos de vida y el sistema de apoyo familiar y comunitario, antecedentes personales y familiares relacionados con la salud, estado físico, funciones fisiológicas y datos procedentes de los diversos métodos de exploración que reflejan la situación actual del paciente como datos biológicos y psicológicos como nivel de estrés, ansiedad, sufrimiento o confort su estado emocional y mental.

La información primaria se obtiene de la entrevista y el examen físico, los datos de laboratorio y los resultados de las pruebas complementarias, también se toma en cuenta la información de las fuentes secundarias como son las aportaciones familiares así como los datos en la historia clínica actual.⁸

El personal de enfermería no debe dejar de observar, indagar, consultar, cuestionar y recolectar datos relativos mientras persista la relación con el paciente.

⁸ *Ibidem* pp. 4 -10

DIAGNÒSTICOS DE ENFERMERÍA

La fase de diagnóstico es la segunda fase del Proceso Enfermero corresponde al análisis e interpretación de datos obtenidos en la etapa de valoración con la finalidad de ver el problema específico y las necesidades que presenta el paciente para plantear los cuidados de enfermería más oportunos, gracias a esta fase en definitiva se pueden sacar las conclusiones así poder realizar o diseñar un plan de atención que se adapte a sus necesidades

Tipos de diagnóstico

Real: Estado del paciente que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Este consta de tres partes formato PES: Problema (P) más etiología. Factores causales o contribuyentes (E) más signos y síntomas (S) estos últimos son los que validan el diagnóstico.

De riesgo: Es un juicio clínico que no existe, pero la presencia de factores de riesgo indica que es probable que se presente un problema en el individuo, familia o comunidad. Este consta de dos componentes, formato PE. Problema, (P) más etiología/ factores contribuyentes (E).

Posible: Es un diagnóstico en el cual las pruebas de que existe un problema de salud no están claras o son insuficientes. Consta de dos componentes formato (PE) problema (P) más etiología/ factores contribuyentes (E).

De bienestar: Juicio clínico respecto a una persona, familia o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado.

De síndrome: Comprende un grupo de diagnósticos de enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinada.

Fase de planificación de cuidados en esta se planifican las estrategias para prevenir, corregir y solucionar los problemas identificados previamente determinando los pasos básicos para alcanzar los objetivos propuestos, la participación activa del paciente es fundamental donde la enfermera puede resolver la falta de conocimientos, proporcionando enseñanza mediante instrucción para incrementar su

independencia, los familiares pueden colaborar de manera activa y así se hacen partícipes del plan de actuación esta etapa es fundamental del proceso enfermero .⁹

Fase de ejecución en esta etapa se pone en práctica el plan de actuación elaborada cuya meta es conducir al paciente hacia la óptima satisfacción de sus necesidades, se intenta que el paciente con la debida ayuda y supervisión lleve a cabo sus cuidados planificados a medida que se produzca una evaluación positiva, se intentará que la responsabilidad sea únicamente de el de este modo va adquiriendo una independencia, se debe explicar con detalle los cuidados requeridos y la forma de ejecución al tratamiento que debe someterse, así se reduce las actividades proporcionadas por el personal de enfermería.

Fase de evaluación es la última del Proceso Enfermero la cual determina hasta donde se han alcanzado los objetivos propuestos y los resultados de la aplicación del plan de cuidados, cabe mencionar la evolución del paciente en esta fase se toma en consideración los resultados obtenidos con las intervenciones y también las reacciones del paciente los cuidados y su grado de satisfacción, de todo el proceso desarrollado de toda actividad de enfermería.

GENERALIDADES DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas (Missouri). Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente con una gran trayectoria profesional como autora e investigadora. A lo largo de su carrera declaró que su preocupación por los pacientes era el elemento esencial del servicio de enfermería y planeó cuestiones relacionadas con la experiencia de las enfermeras y el empleo de los procesos de enfermería repitió también las necesidades de evaluar de forma continua las necesidades del paciente, ya que su estado como su objeto final cambian permanentemente.¹⁰

Para Virginia Henderson lo que le llevó a desarrollar su trabajo fue la preocupación que le causaba el constatar la ausencia de una determinación de la función propia de enfermería desde la época de estudiante sus experiencias y

⁹

¹⁰ García P. A. "Fundamentación Teórica para el cuidado" División de Educación Continua y Desarrollo Profesional Escuela de Enfermería y Obstetricia UNAM Reimpresión 2006 pp. 181 182

teorías practicadas la llevaron a preguntaba qué es lo que deberían hacer las enfermeras que no pudieran hacer otros profesionales de la salud, en su época el modelo de enseñanza en enfermería le creaba insatisfacción por la ausencia de un modelo enfermero que proporcionara una entidad propia de la profesión.

Cuando se graduó siguió interesándose en los temas ella se dio cuenta que las bibliografías revisadas en aquellos años sobre enfermería que eran básicos no definían de forma clara cuáles eran sus funciones y que para ella no se podían establecer los principios y la práctica de la profesión.

Necesidades Básicas:

De acuerdo con la definición propia de enfermería existe un concepto de individuo o persona, objeto de los cuidados donde cada persona es un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que tiene catorce necesidades básicas que tienen que satisfacer para mantener su integridad física y psicológica para promover su desarrollo y crecimiento.

1º Respiración con normalidad.

2º Comer y beber en forma adecuadamente

3º Eliminar los desechos del organismo.

4º Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada

5º Descansar y dormir

6º Elegir la ropa adecuada

7º Mantener la temperatura del cuerpo dentro de un margen adecuado seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales.

8º Mantener la higiene corporal y un buen aspecto y proteger la piel.

9º Evitar los peligros del entorno y evitar dañar a los demás

10º Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.

11º Actuar con arreglo a la propia fe.

12º Actuar de manera que se tenga la sensación de satisfacción con uno mismo

13º Disfrutar o participaren diversas formas de entretenimiento.

14º Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad para alcanzar un desarrollo y una salud normales y acudir a los centros sanitarios disponibles.

Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas la autora identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que componen 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 esta tiene el conocimiento, la fuerza y voluntad para cubrirlas, 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 a suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden apararse por causas de tipos físicos, psicológicos, sociológicos o relacionados a una falta de conocimiento.

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.¹¹

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.

¹¹ Ibídem pp. 243 - 244

DEFINICION DE HENDERSON DE LOS 4 NUCLEOS BÁSICOS DEL METAPARADIGMA DE ENFERMERÍA.

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

Cuidados de Enfermería: Su función principal es ayudar al individuo sano o enfermo, actúa como miembro de un equipo médico, una enfermera debe tener nociones tanto de biología como de sociología, debe saber valorar las necesidades humanas básicas y los 14 componentes del cuidado de enfermería abarcan todas las funciones posibles de enfermería.

Persona: El paciente como individuo necesita asistencia para recuperar su salud o independencia o una muerte tranquila y que el cuerpo y el alma son inseparables así se contempla al paciente y su familia como una unidad.

Entorno: Todas las personas que están sanas pueden controlar su entorno pero cuando están enfermos puede interferir en dicha capacidad

Salud: La salud es la calidad de vida, siendo fundamental para el funcionamiento humano, como la independencia es la capacidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes del cuidado de enfermería, teniendo salud mental y física permite a la persona a trabajar con la mayor eficacia y alcanzar el nivel de satisfacción vital, teniendo salud habrá más vida.¹²

Afirmaciones Teóricas:

Se establecen tres niveles en la relación enfermera paciente están van desde una relación muy independiente a la práctica independiente. La Enfermera como sustituto del paciente, la Enfermera como auxiliar del paciente y la Enfermera como compañera del paciente.

La enfermera como sustituta del paciente cuando existe una enfermedad grave se contempla a la enfermera como un sustituto de las carencias del paciente para ser completo, integro o independiente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento, la enfermera ayuda al paciente para recuperar su independencia sana.

¹² Kozier B. Erb. G. *“Fundamentos de Enfermería conceptos, proceso y practica”* quinta edición, (España) Editorial McGraw: Hill Interamericana 2005 p. 43

La enfermera debe tener la capacidad de valorar no solamente las necesidades del paciente sino también las condiciones y estados patológicos que lo alteran. La enfermera y el paciente siempre trabajan por un mismo objetivo el de la salud, la enfermera debe ayudar al paciente a llevar una vida cotidiana lo más normal posible debe enseñar a aprender cómo mantener su salud que preparando a los terapeutas más especializados para que la ayuden en los momentos de crisis.

La relación Enfermera - Médico la función de la Enfermera es diferente a la del Médico, su función es independiente pero existe una relación de trabajo. El plan asistencial formulado por la Enfermera y el paciente debe aplicarse de forma que se promueva el plan terapéutico prescrito por el Médico.

La Enfermera como miembro del equipo sanitario. La enfermera es independiente pero cada miembro de salud tiene su participación asistencial para que el individuo recupere su salud incluyendo al paciente y su familia.¹³

¹³ Ibídem p. 45

CAPITULO III.

APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO

FICHA DE IDENTIFICACION

Presentación del caso.

Se trata de una persona femenina adulta, de 35 años de edad con un diagnóstico de Embarazo de 36 SDG y Preclampsia leve.

FICHA DE IDENTIFICACION:

EDAD; 35 Años

SEXO: Femenino

PESO: 85kg

TALLA: 1.56 metros

LUGAR DE NACIMIENTO: Cuernavaca Morelos.

ESCOLARIDAD: Secundaria completa

OCUPACION: Ama de casa

RELIGION: Católica

ESTADO CIVIL: Casada

NIVEL SOCIOECONOMICO: Bajo

DOMICILIO: Calle Francisco Villa no. 20 Col. Lagunilla

FUENTE DE INFORMACION: Entrevista Directa

DIAGNOSTICO MEDICO: Embarazo de 36 SDG. Y Preclampsia leve.

FAMILIAR RESPONSABLE: Esposo.

VALORACION DE ENFERMERIA

Datos de dependencia e independencia obtenidos a través de de la entrevista directa y observación, según la guía de valoración.

Datos históricos

Antecedentes Ginecoobstetricos: FUM 29/05/09 FPP 20/02/2010 gesta 2 aborto 0 parto 1.

El día 30 de enero del 2010 ingresa al servicio de modulo MATER la Sra. María Luisa A. N. de 35 años de edad con un embarazo de 36 semanas de gestación es enviada por el médico del Centro de Salud, por presenta T/A 140/100 a la exploración física.

Se encuentra paciente con actividad uterina irregular, dolorosa, irradia a región lumbosacra, con pérdidas transvaginales presenta cefalea y edema en miembros inferiores, con palidez de tegumentos piel y mucosas secas, cabeza y cuello sin alteraciones cardiopulmonares abdomen globoso a expensas de útero gestante con dos productos vivos.

Se indica internamiento para vigilancia y clasificación de la enfermedad hipertensiva aguda del embarazo.

En el área de tococirugía se realiza tacto vaginal se encuentra cérvix posterior con borramiento de un 60%, se toma ultrasonido obstétrico encontrando al gemelo 1 presentación cefálica con frecuencia cardiaca de 170 latidos por minuto y gemelo 2 presentación pélvica con frecuencia cardiaca de 180 latidos por minuto.

Se toman muestras hemáticas para realizar perfil toxémico y poder determinar conducta terapéutica adecuada.

Se reportan exámenes de laboratorio Hb. 12g/dL. Hematocrito 30% glucosa 90mg./dL EGO. Con leucocitosis +++++, pH de 7 y proteínas (+++) se logro cambios en cifras tensionales con la de la ministración de medicamentos.

Se toma la determinación de interrumpir el embarazo por presentar ruptura de membranas de 6 horas de evolución mediante operación Cesárea.

1.- NECESIDAD DE OXIGENACIÓN:

Datos Objetivos:

A la exploración se encuentra con los siguientes signos vitales.

FRECUENCIA RESPIRATORIA: 26 por minuto

FRECUENCIA CARDIACO: 88 por minuto

PRESION ARTERIAL: 140/100

Datos subjetivos : En la toma de signos vitales se encuentra alteración de los mismos, refiere la paciente cefalea.

2.- NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACION.

Datos Objetivos :

Su peso antes del embarazo era de 65 Kg. Talla de 1.56 Con peso actual de 85 kg. Con IMC de 30kg. / m² presenta edema en miembros inferiores.

Datos subjetivos :

Refiere ingesta de carne 1 vez por semana, huevo 2 veces a la semana, leche 3 a 5 días a la semana, vegetales eventual por semana, fruta eventualmente y frijoles,

ingere muy poca cantidad de agua y en ocasiones refresco y jugos enlatados refiere que en ocasiones comía tacos en la calle.

3.-NECESIDAD DE ELIMINACION.

Datos objetivos:

El examen general de orina se observa leucocitosis (++++), PH de 7 y proteínas (++)

Datos subjetivos:

Orina con disuria y en poca cantidad es de color amarillo concentrado, en la eliminación fecal es diario no tiene problema alguno.

4.- NECESIDAD DE MOVIMIENTO.

Datos objetivos:

Se ve limitada al realizar esfuerzos

Datos subjetivos:

Realiza todas sus actividades con dificultad por su peso en forma independiente, realiza trabajo del hogar hace pausas para poder terminar con sus labores acostumbradas.

5.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Datos objetivos:

Se observan ojeras y en ocasiones bostezos y presta atención durante la entrevista.

Datos subjetivos:

Refiere que desde el principio del embarazo no duerme bien por la noche al principio por presentar nauseas y después porque no se acomoda dormir en una posición que no le afecte a sus bebés y durante el día ya se siente fatigada y con sueño en ocasiones duerme por la tarde.

6.- NECESIDAD DE HIGIENE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Datos objetivos: Usa sandalias porque presenta edema en miembros inferiores.

Datos subjetivos:

Su aspecto es limpio y agradable, refiere bañarse todos los días cuando tiene calor se baña dos veces al día, cepillado de dientes en ocasiones 2 veces al día, su ropa es adecuada para su edad se cambia de ropa diaria interior como exterior, no le da mucho importancia a su aspecto ya que refiere que se siente cómoda con su ropa de elección, calza zapatos cómodos o sandalias.

7.- NECESIDADES DE TERMORREGULACION.

Datos objetivos:

La paciente presenta una temperatura de 36.8°C

Datos subjetivos:

Por el embarazo manifiesta cambios de temperatura calor.

8.- NECESIDAD DE CUIDADO DE LA PIEL

Datos objetivos:

Presenta edema en miembros inferiores.

Se observan mucosas orales secas, piel lubricada uñas cortas y limpias, cabello limpio y peinado, hiperpigmentación de la aréola del pezón, así como línea morena en el abdomen y visualización de abundantes estrías, cuidado de pies limpios y uñas cortas.

Datos subjetivos:

Refiere lavarse las manos cada vez que ella considera necesario.

9.- NECESIDAD DE EVITAR RIESGOS Y PELIGROS

Datos objetivos:

Su situación actual lleva su Control Prenatal en el Centro de Salud de y fue referida al Hospital general Dr. José G. Parres por presentar presión arterial de 140/100.

Datos subjetivos:

Refiere dolor por las contracciones uterinas siente temor por su bienestar físico, la estadía en el hospital y por las posibles complicaciones de su embarazo su esposo se encuentra preocupado por su esposa.

10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE

Datos objetivos:

Mantiene una buena comunicación con su familia.

Datos subjetivos:

Ella vive con su esposo y su hijo comenta que tiene una buena comunicación con él y la ayuda en las actividades diarias de la casa, comenta que se sentían preocupados por las complicaciones del embarazo y durante su estancia en el hospital le comunicaron la interrupción del embarazo sin llegar a término

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

Datos objetivos: Ella actúa de acuerdo a sus creencias

Datos subjetivos:

Es de religión católica va a misa los domingos a las 11hrs. Mantiene su fe en Dios, considera que satisface sus necesidades y acepta sus creencias, tiene principios bien cimentados y valores humanos y pide a dios que todo salga bien durante la estancia hospitalaria, por el bienestar físico de ella y sus hijos por la intervención quirúrgica practicada para el nacimiento de ellos.

12.- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Datos objetivos: no le gusta estar sentada ella quiere realizar las labores de su casa.

Datos subjetivos:

Su ocupación es de ama de casa refiere sentirse contenta con lo que realiza ya que su esposo le ayuda en los quehaceres de la casa. Y tiene muy buena aceptación con su familia.

13.- NECESIDAD DE JUGAR/ PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Datos objetivos: Por el momento no está en condiciones.

Datos subjetivos:

Comenta que solo va a misas los domingos y en ocasiones sale con su esposo al parque.

14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Datos objetivos: Muestra interés en aprender lo que se le enseñe.

Datos subjetivos:

Estudio hasta el tercer grado de secundaria ya que proviene de una familia de bajos recursos y tuvo la necesidad de trabajar y dejar los estudios, la fuente de información que ella recibía acerca del control prenatal es en el centro de salud refiere interés por su embarazo y sabe que el tener la presión arterial con cifras altas es una complicación que puede afectar su salud. Durante su estancia hospitalaria colaboro con su tratamiento antes y después de la intervención quirúrgica, posteriormente se oriento y educo a la paciente y su familia sobre los cuidados que debe seguir para su recuperación.

VALORACION DE VIRGINIA HENDERSON

NECESIDAD	MANIFESTACION
1.- Necesidad de Oxigenación.	Presenta Hipertensión arterial.
2.- Necesidad de Nutrición	Sensación de hambre, toma poca cantidad de agua en 24hrs, presenta obesidad. Edema en M. Inferiores
3.- Necesidad de Eliminación	Presenta disuria, I.V.U.
4.- Necesidad de Movilización	Sin alteraciones
5.- Necesidad de descanso y sueño	Alteración del patrón del sueño Situaciones estresantes
6.- Necesidad de Higiene	Sin alteraciones
7.- Necesidad de Termorregulación	Manifiesta cambios de temperatura en ocasiones siente calor.
8.- Necesidad del cuidado de la piel	Presenta estrías en el abdomen
9.- Necesidad de Evitar riesgos Seguridad.	Temor, Prematurez Riesgo de infección, Dolor agudo
10.- Necesidad de Comunicación	Riesgo de la diada materno fetal RPM. Complicaciones del embarazo.
11.- Necesidad de actuar de acuerdo a sus creencias y valores	De acuerdo con sus creencias le pide a dios que todo esté bien después de la intervención quirúrgica.
12.- Necesidad de Realización	Le gusta participar en las labores de su casa.
13.- Necesidad de recreación	Por el momento no está en condiciones
14.- Necesidad de aprendizaje	Disposición para mejorar los conocimientos por la interrupción de su embarazo por medio de intervención quirúrgica (Cesárea), no tiene claridad de los signos de alarma.

DIAGNÒSTICOS DE ENFERMERIA

- ⊙ Disminución del gasto cardiaco relacionado con cifras de presión arterial elevadas
- ⊙ Riesgo de alteración de la diada materno/fetal relacionada con ruptura de membranas amnióticas y compromiso de transporte de oxígeno
- ⊙ Dolor relacionado con las contracciones uterinas, que se expresa por gesticulaciones y tensión muscular durante estas.
- ⊙ Riesgo de infección del producto relacionado con ruptura prematura de membranas amnióticas de seis horas de evolución
- ⊙ Desequilibrio nutricional por ingesta superior de carbohidratos y grasas relacionado por factores económicos manifestado por informe de ingesta inferior de nutrientes de cantidades recomendadas.
- ⊙ Deterioro de la eliminación urinaria relacionado con infección del tracto urinario manifestado por disuria.
- ⊙ Exceso de volumen de líquidos corporales (edema) relacionado con retención hídrica y alteraciones de la excreción de sodio.
- ⊙ Riesgo de conducta desorganizada del lactante relacionado con prematuridad.
- ⊙ Alteración del patrón del sueño relacionado con situaciones estresantes por complicaciones del embarazo manifestado por dificultad para conciliar el sueño y falta de energía durante el día.
- ⊙ Alteración del patrón neurológico, relacionado con su bienestar físico y estadía hospitalaria manifestado por temor, angustia y preocupación
- ⊙ Deterioro de la integridad cutánea relacionado con cambios en la elasticidad del musculo por incremento de peso manifestado por alteraciones de la superficie de la piel.
- ⊙ Disposición para mejorar los conocimientos relacionado por manifestar interés en el aprendizaje posterior a su estancia hospitalaria por la intervención quirúrgica practicada.

DIAGNÒSTICOS DE ENFERMERIA

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA CON TAXONOMIA NANDA, NOC y NIC.

NECESIDAD 1 RESPIRACIÓN

Disminución del gasto cardiaco (00209)¹⁴

Dominio 4: Actividad/reposo. Clase 4: Respuesta Cardiovascular/pulmonar.

Definición: mecanismos cardiovasculares que apoyan la actividad/ reposo

Disminución del gasto cardíaco relacionado con cifras de presión arterial elevadas

NIC Intervenciones ¹⁵

6680 Monitorización de los signos vitales (presión arterial).

Actividades

- Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio si procede
- Anotar tendencias y fluctuaciones de la presión sanguínea
- Vigilancia de la crisis hipertensiva hacia la estabilidad durante la cesárea
- Ministración de oxígeno y medicamentos para reducir las cifras de la presión arterial.
- Controlar periódicamente la precisión de los instrumentos utilizados para la recogida de los datos del paciente.

NOC Resultados ¹⁶

0407 Disminución del gasto cardiaco

Indicador

040727 Presión sanguínea sistólica

040728 Presión Sanguínea diastólica

Escala: Grave de rango normal

Evaluación: Se logro disminuir la presión arterial mediante la ministración de medicamentos

¹⁴ NANDA internacional diagnósticos enfermeros definición y clasificación (2009 2011) editorial ELSEVIER España 2010 pp. 143

¹⁵ Bulechek Gloria clasificación de intervenciones de enfermería NIC editorial ELSEVIER España 2009 pp. 624

¹⁶ Bulechek Gloria clasificación de intervenciones de enfermería NOC editorial ELSEVIER España 2009 pp. 563.

NECESIDAD 10 COMUNICACION

Riesgo de alteración de la diada materno fetal (000209)¹⁸

Dominio 8: sexualidad. Clase 3: Reproducción.

Definición: Riesgo de alteración de la diada simbiótica materno fetal como resultado de la comorbilidad o condiciones relacionadas con el embarazo.

Riesgo de alteración de la diada materno/fetal relacionada con ruptura de membranas amnióticas y compromiso de transporte de oxígeno.

NIC Intervenciones ¹⁹

6800 Cuidados del embarazo de alto riesgo

Actividades

- Determinar la presencia de factores relacionados con malos resultados del embarazo (hipertensión).
- Seguimiento estrecho de la paciente
- Concientizar a la paciente sobre su padecimiento
- Orientación sobre datos de alarma y resolución de los mismos.
- Enseñar a contar los movimientos fetales y realizar pruebas para evaluar el estado fetal y la función de la placenta como perfiles biofísicos y pruebas de ultrasonido.
- Indicar el cuidado de movimientos constantes del bebe.

NOC Resultados ²⁰ (0111) Estado fetal prenatal

Indicador: 011101 Frecuencia cardiaca fetal

011105 Frecuencia de movimientos fetales

011110 Puntuación del perfil biofísico.

Medición: Sin desviación del rango normal

Evaluación: Se le dio seguimiento adecuado a la paciente por su embarazo realizando estudios de laboratorio y gabinete y llegar a un terminó satisfactorio. Sé oriento sobre el procedimiento que se le realizaría para evitar complicaciones que pongan en peligro su vida y la de sus hijos.

¹⁸ NANDA Internacional óp. Cit. p. 231

¹⁹ Bulechek óp. cit. p. 267

²⁰ Bulechek óp. Cit. Pp.398

NECESIDAD 9 SEGURIDAD

Dolor agudo (00132) ²¹

Dominio12: Confort Clase 1: Confort físico.

Definición: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos, inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración inferior a 6 meses.

Dolor relacionado con las contracciones uterinas, que se expresa por gesticulaciones y tensión muscular durante estas

NIC Intervenciones. ²²

1400 Manejo del dolor

Actividades

- Evaluar la eficacia de las medidas para el dolor con cambios posturales
- Realizar valoraciones exhaustivas del dolor
- Utilizar medidas de control con analgésicos i.v. y con bloqueo peridural.
- Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor (miedo, fatiga)
- Enseñar cómo debe respirar durante la contracción uterina

NOC Resultados ²³

1605 Control del dolor.

Indicador

160507 Refiere síntomas incontrolables al profesional sanitario

Escala

Frecuentemente demostrado

Evaluación:

Se le explico a la paciente cual era la posición indicada que le favorece para tener mejor control del dolor durante las contracciones uterinas.

²¹ NANDA internacional óp. Cit. pp.349

²² Bulechek óp. Cit. p. 250

²³ Bulechek óp. cit 349

NECESIDAD 9 SEGURIDAD.

Riesgo de infección, (00004) ²⁴

Dominio 11: Seguridad y protección. Clase 1: Infección.

Definición: Aumento del riesgo de ser invadido por órganos patógenos.

Riesgo de infección del producto relacionado con ruptura prematura de las membranas amnióticas de seis horas de evolución.

NIC Intervenciones ²⁵

6550 Protección contra las infecciones

Actividades

- Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada
- Observar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones.
- Vigilar el recuento de granulocitos absoluto, el recuento de glóbulos blancos y los resultados diferenciales
- Obtener muestras para cultivo, si fuese necesario
- Instruir al paciente y familia acerca de los signos y síntomas de infecciones y cuando debe informarse de ello al cuidador.
- Poner en práctica las precauciones universales
- Enseñar al paciente a tomar los antibióticos tal como se ha prescrito
- Informar de la sospecha de infecciones al personal de control de infecciones.

NOC Resultados ²⁶

1902 Control de riesgo

Indicador

190201 Reconoce factores de riesgo

Escala

Siempre demostrado.

Evaluación:

Se previnieron los factores de riesgo y no se presento ninguna complicación.

²⁴ NANDA Internacional óp. cit p. 349

²⁵ Bulechek óp. cit. p 620

²⁶ Bulechek óp. Cit.pp. 422

NECESIDAD 2 ALIMENTACION/ HIDRATAACION

Desequilibrio nutricional: Ingesta inferior a las necesidades (00002) ²²

Dominio 2: Nutrición, Clase 1: Ingestión.

Definición: Ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.

Desequilibrio nutricional por ingesta superior de carbohidratos y grasas relacionado por factores económicos manifestado por informe de ingesta inferior de nutrientes de cantidades recomendadas

NIC Intervenciones ²⁸

1100 Manejo de la nutrición

Actividades

- Identificar junto con el paciente los factores que impiden y/o dificultan el aporte de nutrientes (cantidad y/o calidad) necesarios para cubrir los requerimientos corporales.
- Determinar con el dietista el número de calorías y tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las exigencias de alimentación
- Fomentar la ingesta de hierro en las comidas la dieta debe ser hiperproteica.
- Asegurar de que la dieta incluya alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento.
- Recomendar comidas ligeras poca cantidad, toma frecuente variando alimentos y realizar un menú atractivo, pesar a la paciente.
- Ofrecer complementos nutricionales si procede

NOC Resultados ²⁹

1004 Estado nutricional

Indicador

100402 Ingestión alimentaria

Escala Desviación moderada del rango.

Evaluación: Se da orientación y educación a la paciente cual es la dieta correcta que debe comer para proporcionarle todos los requerimientos necesarios y cuáles son los alimentos de bajo precio y nutritivos.

²² NANDA internacional óp. Cit. pp. 75

²⁸ Bulechek óp. Cit 526

²⁹ Bulechek óp. Cit. 466

NECESIDAD 3 ELIMINACION

Deterioro de la eliminación urinaria. (00016) ³⁰

Dominio 3: Eliminación e Intercambio Clase 1: Función urinaria.

Definición: Disfunción en la eliminación urinaria

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

NIC Intervenciones ³¹

0620 Cuidados en la retención urinaria

Actividades

- Proporcionar intimidad para la eliminación
- Utilizar poder sugestión haciendo correr agua o tirando de la cadena del aseo.
- Proporcionar tiempo suficiente para el vaciado de la vejiga (10 minutos)
- Controlar periódicamente la ingesta y eliminación
- Estimular el reflejo de la vejiga aplicando frio en el abdomen
- Disponer maniobras de crede
- Vigilar periódicamente el grado de distensión de la vejiga mediante la palpación y percusión
- Incorporar o sentar al paciente en cama o levantarlo si es posible.
- Ministración de medicamentos indicados

NOC Resultados ³²

0503 Eliminación urinaria

Indicador

050301 Patrón de eliminación. **Escala:** Gravemente comprometido

Evaluación:

Con los cuidados de enfermería el controlar la ingesta de líquidos y la ministración de medicamentos se logro favorecer la eliminación urinaria.

³⁰ NANDA internacional óp. Cit. pp. 91

³¹ Bulechek óp. Cit. pp. 241

³² Bulechek óp. Cit. pp. 416

NECESIDAD 2 ALIMENTACION HIDRATAACION

Exceso de volumen de líquidos (00026) ³³

Dominio 2: Nutrición. Clase 5: Hidratación

Definición: Aumento de la retención de líquidos isotónicos.

Exceso de volumen de líquidos corporales (edema) relacionado con retención hídrica y alteraciones de la exesión de sodio

NIC Intervenciones ³⁴

4130 Monitorización de líquidos

Actividades

- Vigilar signos y síntomas de la retención de líquidos.
- Colocar en cama con los pies elevados
- Peso diario
- Instruir sobre restricciones dietéticas y vigilar estado hídrico
- Control de líquidos y características de diuresis, T/A, FC., FR:
- Administrar agentes farmacológicos para aumentar la diuresis cuando este prescrito

NOC Resultados ³⁵

0601 Equilibrio hídrico

Indicador 060101 Presión arterial.

060107 Entrada y salidas diarias equilibradas

060112 Edema periférico.

060109 Peso corporal estable

Escala

060107 y 060109 Gravemente comprometido

Evaluación

Con el control de ingresos y egresos de líquidos y la administración de fármacos se logro la eliminación de líquidos.

³³ NANDA internacional óp. Cit. pp. 85

³⁴ Bulechek óp. Cit. pp. 623

³⁵ Bulechek óp. Cit. 42

NECESIDAD 9 SEGURIDAD

Riesgo de conducta desorganizada (00115) ³⁶

Dominio 9 Clase 3: Estrés comporta mental.

Definición: Riesgo de sufrir una alteración en la integración y modulación de los sistemas de funcionamiento fisiológico y conductual (es decir, sistemas autónomos, motor, organizativo, autor regulador y de atención interacción) .

Riesgo de conducta desorganizada del lactante relacionada con prematuridad.

NIC Intervenciones ³⁷

6840 Cuidado del niño prematuro.

Actividades

- Proporcionar cuidados inmediatos y mediatos al recién nacido prematuro
- Vigilar signos vitales y dificultad respiratoria en el niño prematuro
- Colocar en una fuente de calor y control del la temperatura
- Crear un ambiente seguro para el niño
- Mantener una temperatura agradable
- Establecer medios inmediatos y continuos de contacto con el recién nacido.

NOC Resultados ³⁸

(1840) Cuidados del RN. Pretermino.

Indicadores

184001 Causas y factores que contribuyen a la prematuridad.

Escala Conocimiento extenso.

Evaluación:

Se proporciono cuidados inmediatos y mediatos a los RN. Pretermino a su nacimiento posterior fueron llevados a la sala de UCIN para mantenerlos en observación y darles un seguimiento proporcionando cuidados durante su estancia hospitalaria.

³⁶ NANDA internacional óp. Cit. pp. 127

³⁷ bulechek óp. Cit. pp. 189

³⁸ Bulechek óp. Cit. pp. 566

NECESIDAD 5 REPOSO/ SUEÑO

Alteración del patrón del sueño (00095) ⁴⁰

Dominio 4: Actividad/reposo. Clase 1: Sueño/reposo.

Definición: Trastornos de la calidad y cantidad del sueño que deteriora el funcionamiento.

Alteración del patrón del sueño relacionado con situaciones estresantes por complicaciones del embarazo manifestado por dificultad para conciliar el sueño y falta de energía durante el día.

NIC Intervenciones ⁴¹

1850 Mejorar el sueño

Actividades

- Orientación de los cuidados que se requiera
- Explicar la importancia de sueño durante el embarazo.
- Observar registrar el esquema y número de horas de sueño del paciente.
- Ajustar el ambiente (Luz, temperatura, ruido, colchón y cama) para favorecer el sueño.
- Apoyo emocional, Brindar un ambiente de confort
- Fomentar el aumento de las horas de sueño
- Ayudar al paciente a evitar a la hora de irse a la cama, alimentos y bebidas que interfieren el sueño.

NOC Resultados ⁴²

0004 Sueño

Indicado

000401 Horas de sueño

000403 Patrón del sueño

Escala

Sustancialmente comprometido

Evaluación: Se le explico a la paciente la importancia de la posición para dormir y que tan importante es el sueño durante el embarazo para descansar durante la noche, se le oriento que es importante saber los signos de alarma para evitar complicaciones

⁴⁰ NANDA Internacional óp. Cit p 116

⁴¹ Bulechek óp. Cit. pp. 605

⁴² Bulechek óp. Cit. pp. 664

NECESIDAD 9 SEGURIDAD

Temor, (00148)⁴³

Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés. Clase 2: respuesta de afrontamiento.

Definición: Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro

Alteración del patrón neurológico, relacionado con su bienestar físico y estadía hospitalaria, manifestado por temor, angustia y preocupación

NIC Intervenciones ⁴⁴

5230 Aumentar el afrontamiento

Actividades

- Brindar un ambiente confiable, apoyo emocional y confort.
- Control de signos vitales
- Orientación de los cuidados que se requiere
- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico
- Disminuir los estímulos del ambiente que puedan ser malinterpretados como amenazadores.
- Reposo en cama decúbito lateral izquierdo
- Explicarle a la paciente porque es importante su estancia en el hospital.
- Controlar los sentimientos ambivalentes del paciente

NOC Resultados ⁴⁵

1404 Autocontrol del miedo

Indicadores.

140403 Buscar información para reducir el miedo

Escala

Frecuentemente demostrado

Evaluación:

Se le brindo confianza a la paciente para tranquilizarla y obtener mayor colaboración de ella y sus familiares.

⁴³ NANDA internacional óp. Cit. pp. 274, 275

⁴⁴ Bulechek óp. Cit. pp.618

⁴⁵ Bulechek óp. Cit. pp.605

NECESIDAD 8 HIGIENE PIEL.

Deterioro de la integridad cutánea (00046) ⁴⁶

Dominio 11 Seguridad y protección.

Clase 2: Lesión física.

Definición: Alteración de la epidermis y/o dermis

Deterioro de la integridad cutánea relacionado con cambios en la elasticidad del musculo por incremento de peso manifestado por alteraciones de la superficie de la piel

NIC Intervenciones ⁴⁷

(3590) Vigilancia de la piel

Actividades

- Asegurar la ingesta de una dieta adecuada verificando la ingesta de calorías y proteínas de alta calidad.
- Hidratar con crema la piel
- Controlar el calor, temperatura y edema, humedad y la apariencia de la piel circulante.

NOC. Resultados ⁴⁸

(1101) Integridad tisular: piel y membranas mucosas

Indicador

110101 Temperatura de la piel

110102 Sensibilidad

110103 Elasticidad

Escala:

Levemente comprometido

Evaluación: Se oriento a la paciente sobre el cuidado de la piel como debe lubricarla y la importancia de la alimentación para evitar la aparición de estrías.

⁴⁶ NANDA Internacional óp. cit. p. 310

⁴⁷ Bulechek óp. cit. p. 308

⁴⁸ Bulechek óp. cit. p 420

NECESIDAD 14 APRENDIZAJE

Disposición para mejorar los conocimientos (00161)⁴⁹.

Dominio 5: Percepción/cognición. Clase 4: Cognición.

Definición: La presencia o adquisición de información cognitiva sobre un tema específico es suficiente para alcanzar los objetivos relacionados con la salud y pueden ser reforzados.

Disposición para mejorar los conocimientos relacionado por manifestar interés en el aprendizaje posterior a su estancia hospitalaria por la intervención quirúrgica practicada.

NIC Intervenciones ⁵⁰

(5520) Facilitar el aprendizaje

Actividades

- Comenzar la instrucción solo después de que el paciente demuestre estar dispuesto a aprender.
- Fomentar la participación activa del paciente y familia.
- Ajustar la instrucción al nivel de conocimientos y establecer información en una secuencia lógica.
- Utilizar un lenguaje familiar.
- Definir la terminología que no sea familiar.
- Proporcionar los cuidados necesarios para su pronta recuperación

NOC Resultados ⁵¹

(0907) Elaborar la información

Indicador:

090703 Verbalizar un mensaje coherente

090709 Comprender una frase

Escala:

Siempre demostrado

Evaluación: Se proporciono información clara a la paciente y su familia acerca de su tratamiento adecuado a su padecimiento para llegar a un término favorable.

49 NANDA Internacional op. cit. p 169

50 Bulechek óp. cit p. 322

51 Bulechek op. cit. 410

CONCLUSIONES.

El desarrollo del Proceso Atención Enfermería me permitió valorar la importancia de incluir en la práctica el diagnóstico enfermero para mejorar la atención con calidad y detectar necesidades para brindar cuidados de enfermería de acuerdo a las necesidades de cada paciente.

La profesión de enfermería exige cambios y obliga a la enfermera a una formación continua para adquirir nuevos conocimientos, para dar una atención oportuna al paciente, familia y comunidad.

Con la elaboración de este trabajo me di cuenta la importancia que tiene el PAE., basado en el modelo de Virginia Henderson el cual ve las catorce necesidades básicas de todo ser humano

Es importante que el personal de enfermería de las instituciones públicas y privadas manejen el PAE., para esto deben estar en continua capacitación para poder detectar posibles alteraciones o factores de riesgo que puedan complicar en determinado momento a la paciente.

El Proceso Atención Enfermería se realizó en una institución que da atención a la población abierta, este trabajo se pudo desarrollar en el área de tóco cirugía a una paciente embarazada que presentó preeclampsia leve.

Es necesario que se dé la información a la mujer embarazada desde el primer nivel de atención para dar un seguimiento adecuado, proporcionando un tratamiento oportuno para llegar a un desenlace favorable para el binomio y así evitar complicaciones que pongan en peligro su vida

Con la aplicación del Proceso Atención de Enfermería se cumplieron el objetivo general, así como los específicos.

Se tiene evidencia teórica manejada por algunos estudiosos por ejemplo Mariner, Ferrin y en la práctica la comisión institucional de Enfermería lo están normatizando para los hospitales.

SUGERENCIAS

SEGUIMIENTO

- ❑ De acuerdo con las estadísticas de morbimortalidad materna en el Hospital General Dr. José G. Parres de Cuernavaca Morelos, se implemento un programa continuo para brindar orientación y educación a la paciente embarazada que acude a esta institución sobre los cuidados prenatales para llegar a un término satisfactorio y evitar complicaciones que ponga en peligro la vida del binomio

- ❑ Implementar capacitación continua en las instituciones hospitalarias al personal sobre el proceso atención enfermería para saber la importancia que este tiene y poder aplicarlo a cada paciente.

- ❑ Implementar programas de educación para la salud a toda la población para detectar oportunamente los padecimientos más frecuentes durante el embarazo.

- ❑ Toda mujer embarazada debe llevar un seguimiento y control prenatal enfatizando las complicaciones que se pueden presentar antes, durante y después del embarazo.

- ❑ Dar enseñanza a los alumnos de las escuelas de enfermería sobre el Proceso Atención Enfermería para poder realizarlo durante su práctica hospitalaria.

BIBLIOGRAFIA.

- Bailly R. E. “ *Manual de la Enfermería*” edición original (España) Editorial Océano p.3
- Bellamy L. “*Preclampsia and risk of cardiovascular disease and cancer*” in later systematic review and metaanalysis BMJ 2007
- Bulechek G. “*Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC*” edición original Editorial ELSEVIER España 2010.
- Bulechek G. “*Clasificación de intervenciones de Enfermería NOC*” edición original Editorial ELSEVIER España 2010.
- García P. A. “*Fundamentación teórica para el cuidado*” División de educación continua y desarrollo profesional Escuela de Enfermería y Obstetricia UNAM reimpresión 2006 pp. 181 – 182.
- Fuente INEGI “*Estadísticas vitales 2006 base de datos*” (Consultado el 7 de Octubre del 2011) Disponible en la pagina www.inegi.com.
- Fuente “ *Principales causas de morbimortalidad materna* “ (consultado 10 agosto 2011) disponible Departamento Estadísticas del Hospital General Dr. José G Parres Cuernavaca Morelos
- Guyton A. “ *Fisiología Humana* “ sexta edición Editorial Interamericana 2000
- Kozier B. Erb. G. *Fundamentos de Enfermería, Conceptos, proceso y practica*” quinta edición (España) Editorial Mc graw. Hill Interamericana 2005 p. 43.

- Llaca V. y Fernández A. *“Obstetricia Clínica”* segunda edición. Editorial McGraw Hill pp. 347 – 356.
- NANDA Internacional *“Diagnosticos Enfermeros Definición y Clasificación”*
- Pacheco A. A. *“Fundamentación Teórica para el Cuidado”* reimpresión 2005 División de Educación Continua pp. 85 - 91
- Rodríguez S. B. *“Proceso Enfermero Aplicación Actual”* Editorial Cuellar impreso en México pp. 2931

A N E X O S.

ANEXO I INSTRUMENTO DE VALORACION.

**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	SRA. MARIALUISA A.N.		UNIDAD	HOSP. GENERAL		ENE2010	
CEDULA			TOCOCIRUGIA			GPO O	
POSITIVO							
EDAD	35 AÑOS	ESTADO CIVIL	CASADA	OCUPACION	AMA DE CASA	ESCOLARIDAD	SECUNDARIA
DOMICILIO	COL. LAGUNILLA			TELEFONOS	NO		
LUGAR DE ORIGEN	GUERRERO	SEMANAS DE AMENORREA	36	FAMILIAR RESPONSABLE	MARIANO OCAMPO		
GOMEZ (ESPOSO)							

NECESIDADES FUNDAMENTALES

1. NECESIDAD DE OXIGENACION.

FRECUENCIA RESPIRATORIA	26	POR MINUTO	DISNEA		RINITIS		GRIFE		ASMA	
TOS		ORTOPNEA		CIANOSIS UNGUEAL		CIANOSIS BUCAL		OTROS		

2. NECESIDADES NUTRICIONALES.

PESO ANTES DEL EMBARAZO	68KG.	PESO ACTUAL	85 KG	TALLA	1.56 cm.
HEMOGLOBINA	12	HEMATOCRITO	30	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	88	POR MINUTO	TENSION ARTERIAL	140 / 90	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	
LLENADO CAPILAR:	NORMAL		DISMINUIDO				CLOASMA	
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 Y PELVICO	POSICION FETAL	DERECHA	SITUACION FETAL	LONGITUDINAL			
PRODUCTO UNICO		2 O MAS PRODUCTOS						



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



TRABAJO DE PARTO.

FECHA Y HORA INICIO TRABAJO DE PARTO 20 FEB. 2010 REGISTRO Y SEGUIMIENTO EN PARTOGRAMA

PARTO ESPONTANEO INDUCIDO CONDUCTIVO 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 3-4 +5 DURACION SEG. 40-60 61-90 +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 MAS cm. BICIATICO DE 7 A 8 cm. BICIATICO MENOR DE 7 cm.

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 Y PELVICO 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 29 MAYO 2009

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 6 CUANTAS HORAS DUERME POR EL DIA 1 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 SI PEINADO DIARIO

LAVADO Y CEPILLADO DE DIENTES FRECUENCIA 8 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 36.9C 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 SI

EPISIOTOMIAS NO NUMERO MOTIVO FECHA DE LA MÁS RECIENTE

OTRAS INTERVENCIONES QUIRURGICAS (DESCRIBIR TIPO, FECHA Y MOTIVO) NO



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



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 SISTEMICA 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 1 CESAREAS 1 ABORTOS _____ NACIDOS MUERTOS _____
FECHA DE ULTIMA GESTA HACE 5 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 35
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 35
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 PROFESIONALES 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



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



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 X _____ 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
	MARIANO OCAMPO GOMEZ		45	MASC..	Bueno
	JORGE OCAMPO ARIZMENDI		5 A.	Masc.	Bueno

13. NECESIDAD DE RECREACION.

ACTIVIDAD DEPORTIVA NO FRECUENCIA _____ GRADO DE DISFRUTE _____

ACTIVIDAD DE ENTRETENIMIENTO JUEGA CON SU HIJO FRECUENCIA _____ PROCURA DIARIO _____ GRADO DE DISFRUTE SATISFACTORIO

ACTIVIDAD CULTURAL NO FRECUENCIA _____ 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. ADRIANA SAN JUAN CERVANTES

ANEXO II

EVALUACION DE RIESGO REPRODUCTIVO

1. Nivel Socioeconómico bajo	Medio y alto	Bajo	Muy
2. Escolaridad (años aprobados)	6 o más	1 a 5	Cero
3. Edad (años) menos	20-30	15-19	14 o
4. Edad (años) más		31-35	36 ~ 45
5. Estatura Cm menos	150 o más	145-149	144 o
6. Estado Civil cónyuge	Casada	Soltera	Sin
7. Estado Civil	Unión libre	Viuda	
8. paridad	1 a 3	Nulípara	
9. Paridad		4 y más	
10. Partos anteriores Traumático	Normal	Difícil	
11. Intervalo ínter genésico	1 a 2 años	Menos de 1 años	
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 Activa	No	Controlada	
19. Hipertensión Activa	No	Controlada	
20. Epilepsia Activa	No	Controlada	
21. Cardiopatía Activa	No	Controlada	
22. Enfermedades del tiroides Activa	No	Controlada	

23. Enfermedades renales Activa	No	Controlada	
24. Consanguinidad	No	Si	
25. Retraso mental	No	Si	
26. Exposición radiaciones	No	Si	
27. Carga de trabajo	Normal	Excesivo Exagerado	
28. Exposición a tóxicos	No	Si	
29. Desnutrición Grave II	No	Moderada I	
30. Anemia Hb. En Gramos Menos de 8	10 o smá	8.0 a 9.9	
31. Alcoholismo	No	Si	
32. Tabaquismo	No	Si	
33. Otras fármaco dependencias Actual	No	Tuvo	
34. Toxoplasmosis Actual	No	Tuvo	
35. Rubéola Actual	Tuvo		
36. Citomegalovirus	No		Si
37. Herpes	No		Si
38. Sífilis	No	Tuvo	Actual
39. S.I.D.A.	No	Sospecha	Si
40. Otros especifique.	Riesgo bajo	Riesgo medio	
Riesgo alto			

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 al inicio (Kg)	51 a 64	65 a 75
76o más		
4. Peso al inicio (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 más	No	Una	2 o
15. Partos pretérmino 37 sem. más	No	Uno	2 o
16. Preeclampsia-eclampsia	No	Sí	
17. Hijos <2500g. ó menos más	No	uno	2 o
18. Hijos de 4000 g. ó más.	No		Si
19. Muertes perinatales más	No	Uno	2 o
20. Hijo malformado	No		
21. Cirugía previa	Ginecológica		Útero

ANEXO III

3. EMBARAZO ACTUAL

22. Consanguinidad	No		
Sí			
23. Factor Rh	Positivo	Negativo no	
Negativo		Inmunizada	
24. Hemoglobina en g.	11 o más	8 a 10.9	
8ó menos			
25. Tabaquismo	No	Si	
26. Alcoholismo	No	Si	
27. Toxicomanías	No	Si	
28. Amenaza de aborto (20 sem. O	No	Controlada	
Activa			
Menos).			
29. Amenaza parto pre término (21 o			
Más 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	13
hrs. Menos o más			
37. Otros especifique.			
38.	Riesgo bajo.	Riesgo medio	
Riesgo alto			

EVALUACION DE RIESGO PERINATAL DURANTE LA EVOLUCION DEL EMBARAZO

0-139	140-160	61 y más		
2. Presión arterial Diast. más	60-90		91-109	110 y
3. Aumento de peso (kg/mes) más	1 a 1.5		1.6 a 2.9	3.0 o
4. Aumento de peso (Kg/mes) Disminución			Sin aumento	
5. Aumento F.U. (cms/mes)	3 a 5		6-7	8 y más
6. Aumento F.U. (cms/mes) Aumento			1-2	No
7. Líquido amniótico (cantidad) Exagerado	Normal		Moderado	
8. Líquido amniótico (cantidad) Exagerado			Moderado	
9. Movimientos fetales Exagerado	Normal		Moderado	
10. Movimientos fetales Exagerado			Moderado	
11. Hemorragia genital	No		Mínima	regular
12. Membranas ovulares 13 hrs	integras		Rotas 12 hrs. o menos	Rotas o más
13. Contracciones uterinas antes de 37 semanas (por hora)	1 o menos		2 a 3	4 o más
14. Aborto 20 sem. O menos	No		Amenaza	En Evolución
15. Parto pre término (21-36 sem.) Evolución	No		Amenaza	En
16. Infección urinaria	No		Controlada	Activa
17. Otras alteraciones maternas Especifique				
18. Otras alteraciones fetales Especifique				
19. Otros especifique				
		Riesgo bajo	Riesgo medio	Riesgo
alto				

ANEXO IV

PROGRAMA DE EDUCACION.

El personal de enfermería debe dar orientación con palabras claras que la paciente entienda para evitar dudas acerca de los cuidados necesarios para su recuperación.

El plan de alta está encaminado a brindar orientación y educación para la salud de manera que la paciente pueda llevar un auto cuidado en su domicilio para evitar complicaciones, se le debe informar y decirle la importancia que tiene el seguir las instrucciones que el médico le indique.

Para dar enseñanza acerca del cuidado que debe llevar, el personal de salud se puede apoyar con material didáctico 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 sus dudas que surjan y con ello logren la total evolución de la paciente.

Se le debe indicar a la paciente la importancia que tiene el seguir las instrucciones que se le indican para poder detectar cualquier complicación que pueda surgir como son los signos y síntomas de alarma y la manera de actuar ante ellos si se presentan, se le debe orientar sobre la medicación indicada.

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 dos litros.

El nutriólogo le debe indicar la dieta que necesita de acuerdo a sus requerimientos nutricionales se debe evitar la ingesta de sal durante la comida.

Se le debe indicar que debe seguir las indicaciones al pie de la letra.

Se les debe informar a los familiares de la paciente para que contribuyan con el cuidado en casa para su tratamiento

Asesorar a la paciente sobre la lubricación de la piel para evitar la aparición de más estrías así como la elevación de miembros inferiores y el vendaje del mismo para disminuir el edema.

GLOSARIO.

☐ **Hipertensión:**

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

☐ **Preeclampsia:**

Gestosis. Estado patológico condicionado por el embarazo que se caracteriza por hipertensión, edema y proteinuria.

☐ **Proteinuria:**

Es la presencia de proteínas en la orina en cuantía superior a 150mg. En la orina de 24 hrs esta puede ser transitoria, permanente, ortostatica, monoclonal o de sobrecarga.

☐ **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.

☐ **Asistencia de enfermería:**

Modalidad de asistencia realizada por uno o más de los integrantes del equipo de enfermería en la promoción y prevención de la salud y en la recuperación y rehabilitación de enfermería.

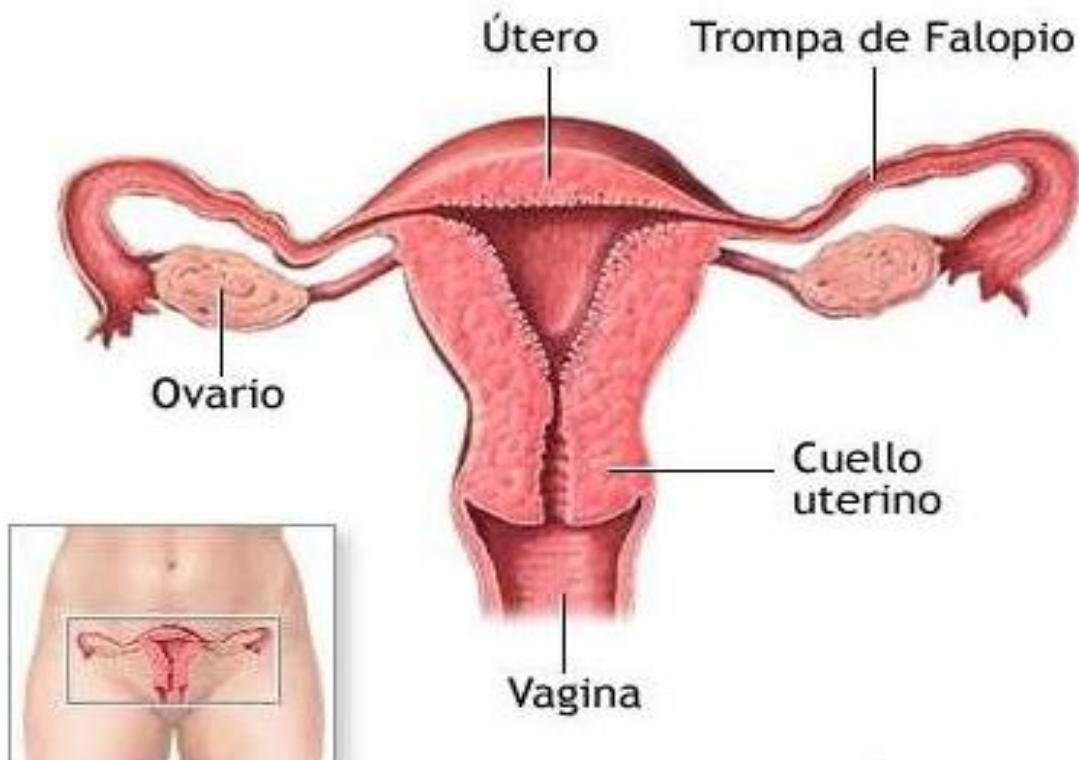
☐ **Hellp:**

Síndrome de complicación muy grave de una preeclampsia con hemolisis alterada de enzimas hepáticas y trombocito peña.

ANEXO V

ANATOMÍA DEL ÚTERO

El **útero**, también denominado **matriz** o **seno materno**, es el órgano de la gestación y el mayor de los órganos del aparato reproductor femenino de la mayoría de los mamíferos, incluyendo los humanos. Es un órgano muscular, hueco, en forma de pera, extra-peritoneal, situado en la pelvis mayor de la mujer, que cuando adopta la posición en ante-versión se apoya sobre la vejiga urinaria por delante, estando el recto por detrás. Situado entre la vagina y las trompas de Falopio, aloja a la blástula, que se implanta en el endometrio, dando comienzo a la gestación, que en la especie humana dura unos 280 días.



UTERO

El útero consta de un cuerpo, una base o fondo, un cuello o cérvix y una boca. Está suspendido en la pelvis y se coloca con la base dirigida hacia arriba y hacia adelante, y el cuello dirigido un poco hacia atrás. Está conectado con la vagina por medio del cérvix; en cada uno de sus lados hay un ovario que produce óvulos o

huevos que llegan a él a través de las trompas de Falopio. Cuando no hay embarazo, el útero mide unos 7,6 cm de longitud, 5 cm de anchura y 2,5 cm de grosor. Durante la gestación, el óvulo fecundado se implanta en el revestimiento uterino, donde crece hasta alcanzar la madurez. Las paredes del útero son elásticas y se estiran durante el embarazo para albergar al feto en crecimiento. Aunque el útero es un órgano muscular posee un revestimiento de material glandular blando que durante la ovulación se hace más denso, momento en el cual está listo para recibir un óvulo fecundado. Si no se produce la fecundación, este revestimiento se expulsa durante la menstruación.

Regiones

El útero está formado por dos zonas anatómico y funcionalmente distintas que son:

- El **cuerpo uterino**, al que están unidas por los lados las trompas de Falopio. Está separado del cuello uterino o cérvix por el istmo uterino.
- El **cuello o cérvix uterino** se comunica con el istmo en su extremo superior, mientras que el extremo inferior termina haciendo protusión en la porción superior de la vagina, lo que viene en denominarse *portio u hocico de tenca*. El orificio cervical externo mediante el cual el cervix desemboca en la vagina, adquiere diferente forma según la paridad, evento que puede visualizarse mediante la colposcopia, o examen cervical directo.

Capas

El útero está recubierto parcialmente por peritoneo en el fondo uterino, en su porción más posterosuperior. Por los lados presenta los ligamentos redondos y por delante a la vejiga.

La pared del útero presenta a la sección tres capas de células que son de fuera a dentro:

- Serosa o **Perímetro**, corresponde al peritoneo en la parte posterosuperior, y al tejido laxo que se extiende por los lados del útero en lo que se denomina parametrios.
- Miometrio, formado principalmente por tejido muscular liso. La capa más interna del miometrio es una zona de transición que se engruesa en la adenomiosis.

- Endometrio, es una capa mucosa especializada que se renueva en cada ciclo menstrual de no haber fecundación. Es la porción derramada durante la menstruación o *período* a lo largo de los años fértiles de la mujer. En otros mamíferos el ciclo menstrual puede estar separado uno del otro por varios días y hasta seis meses.

FISIOLOGIA DEL ÚTERO

El útero está constituido por un cuerpo y un cuello. El cuerpo y el cuello del útero presentan diferencias fisiológicas sustanciales.

Cuerpo uterino

En el cuerpo uterino deben considerarse dos estructuras: el miometrio y el endometrio.

El miometrio (músculo uterino) al contraerse expulsa el producto de la concepción durante el parto. Además durante la menstruación facilita la expulsión al exterior del contenido menstrual.

El endometrio, capa de células - mucosa - que reviste la superficie interna del cuerpo uterino, es el lugar de anidación y desarrollo ulterior del huevo. Esta función se cumple mediante la acción de las hormonas del ovario. En ausencia de embarazo.

Ometrial se desprende en forma cíclica, aproximadamente cada 28 días, (Menstruación).

Cuello Uterino

El cuello uterino desempeña un importantísimo papel en el mecanismo de la fecundación; en el interior del mismo (canal endocervical) se almacenan los espermatozoides y de allí ascienden a las partes altas del aparato genital (trompas). Además en el cuello uterino se segrega una sustancia, el moco cervical, que actúa como barrera defensiva impidiendo la entrada de gérmenes hacia los segmentos superiores del aparato genital.

Órgano muscular, hueco, situado en la parte profunda de la pelvis, deforma piriforme; está invertido y aplanado ligeramente en sentido antero posterior. La cara anterior de este órgano se relaciona con la vejiga, la posterior con el recto, las laterales con los uréteres, y la parte inferior con la vagina, la cual se inserta en su

parte cervical, dejando una porción supravaginal y otra intravaginal. Mide de 7 a 8 cm. De longitud y de 5 a 6 cm. De ancho en la parte fúndica.

Para estudiar al útero, éste se divide en tres partes:

- A. Cuerpo o parte superior;
- B. Istmo, que es la zona donde se adelgaza formando una depresión, y
- C. Cérvix parte inferior.

El útero está formado por 3 capas:

1. Externa. Serosa o peritoneo. Cubre todo el cuerpo excepto la parte antero-inferior, o sea la que se relaciona con la vejiga. Esta capa origina una serie de refuerzos que dan lugar a los elementos de fijación del útero, que son: ligamento redondo, ligamento uterosacro, ligamento cardinal y ligamento ancho.
 2. Media. Muscular o miometrio. Es la más gruesa y resistente: está forzada por fibras musculares lisas dispuestas en capas entrelazadas y mezcladas con tejido elástico constituido por fibras musculares, longitudinales y arciformes.
 3. Interna. Endometrio. Capa que reviste la cavidad uterina, que sufre cambios cíclicos, por efecto hormonal y que al desprenderse da lugar a la menstruación. Está formada por un epitelio que contiene gran cantidad de glándulas y vasos sanguíneos de dos tipos: arterias rectas y arterias en espiral.⁵³
-

Preeclampsia

Se define como preeclampsia a una enfermedad aguda caracterizada por hipertensión arterial, edema y proteinuria que se presenta durante la gestación después de la vigésima semana o en el puerperio.

En casos graves la trílogía signológica descrita se agregan convulsiones y estado de coma, con lo que se denomina como eclampsia.

Preeclampsia Hipertensión que se presenta después de la semana 20 en una mujer antes normotensa. Presión sistólica igual o mayor a 140mmhg o diastólica igual o mayor a 90 mm Hg en dos ocasiones con diferencia de seis horas, con proteinuria igual o mayor a 0.3g. en orina de 24 hrs. Este hallazgo se correlaciona con 1 + o más en tira reactiva. Puede estar o no presente edema. Impresión clínica.

La preeclampsia afecta a 6 a 8 % de las mujeres embarazadas y es la causa del edema como parte de la triada por lo general se valora con base en la de que 20 % de que los recién nacidos pesen 2000g. o menos así mismo, es causa de una de cada cuatro de las muertes maternas obstétricas directas registradas y clasificadas en México.

La etiología de la preeclampsia se desconoce aún sigue sin identificarse por ello alguien lo definió como la enfermedad de las teorías ya que en la búsqueda de sus causas se han elaborado infinidad de hipótesis que abarcan a todos los órganos maternos y fetales, en la que se ubica una alteración de su fisiología y a partir de la cual se genera una cascada de eventos que afectan al resto de aparatos y sistemas. Se destaca que en un trastorno multifactorial único en la especie humana.

En su fisiología los órganos con circulación más rica son los que tienen mayor repercusión funcional. Los principales cambios a nivel cardiovascular, renal, pulmonar, hepático y encefálico.

Uno de los territorios en los que se aprecia un particular efecto es a nivel de la unidad uteroplacentaria, donde hay hipertrofia placentaria, presencia de infartos múltiples y cambios arteriulares importantes, este fenómeno circulatorio repercute en

el crecimiento fetal y es causa de restricción del crecimiento intrauterino y muerte fetal.⁵⁴

La teoría fisiopatogènica que prevalece en la actualidad se relaciona con una anomalía a nivel de la unidad uteroplacentaria en la que hay penetración profunda del trofoblasto hacia las paredes de las arteriolas uterinas durante la placentación normal lo cual se ha observado en la preeclampsia, lo anterior origina una circulación anormal carente de turbulencias, fenómeno que se ha demostrado en forma parcial mediante estudios de flujometría Doppler, la consecuencia local es una mayor producción de tromboxano tipo A₂ que tiene acción vasoconstrictora. A ello se asocia la hiperactividad plaquetaria, con trombosis arteriolar. La acción vasoconstrictora afecta las arteriolas renales y activa el sistema renina – angiotensina, lo cual es la razón de la hipertensión arterial. En lo sucesivo se establece el círculo vicioso vasoespasmo – hipoxia – hipovolemia – vasoespasmo en este proceso la disfunción de las células endoteliales tienen acción preponderante.

La enfermedad hipertensiva del embarazo se clasifica en:

Enfermedad hipertensiva aguda

- Preeclampsia
Leve y grave
- Eclampsia

Proteinuria: Es la pérdida de orina por la orina, en la que predomina la albumina, se considera como tal a la presencia de 300mg. O más en muestra de orina de 24 hrs. Cuando la determinación es cualitativa mediante cintas reactivas, el valor de referencia de positividad es el que se manifiesta con dos cruces.

Edema: Se caracteriza por la extravasación de líquido al espacio intersticial, es de grado variable y se evalúa clínicamente tanto por los segmentos corporales que comprende como por la cuantía del mismo en la clásica exploración del signo de godete. Es importante considerar que el peso corporal se incrementa en forma desproporcionada aun antes de hacerse aparente el edema. Es anormal un incremento de 2000g o más en una semana.

⁵⁴ Laca V. y Fernández A. "Obstetricia Clínica" segunda edición Editorial MC graw Hill pp.347 – 348.

De acuerdo con lo referido de cambios fisiopatológicos en aparatos y sistemas en general se presentan múltiples síntomas y signos concomitantes, como cefalea, náuseas, vómito, acufenos, fosfenos, oliguria, hiperreflexia y somnolencia.⁵⁵

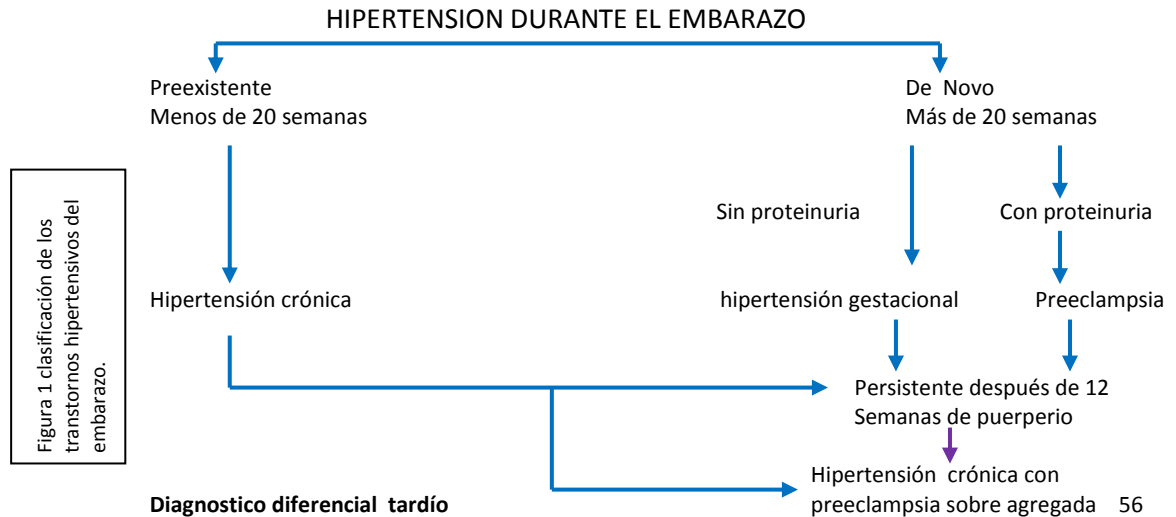
Clasificación diagnóstica de la preeclampsia leve

- Sistólica 140 mmHg o mayor
- Sistólica 30 mmhg mayor a la habitual
- Diastólica 90 mmHg o mayor
- Diastólica 15 mmHg mayor a la habitual
- Presión arterial media de 90 mmHg o mayor
- Proteinuria menor de 3g.
- Edema persistente de miembros y cara

(Dos o más datos hacen el diagnóstico)

La preeclampsia es una de las entidades de la patología obstétrica en la que el laboratorio proporciona mediante diversas determinaciones bioquímicas, un necesario e indispensable campo en el diagnóstico debido a que en la práctica un número importante de casos ofrece datos de descompensación inicial o agravamiento a nivel de compuestos bioquímicos cuantificados en líquidos biológicos. En general, se encaminan a evaluar las funciones de acuerdo con la repercusión multisistémica (neurológica, cardiopulmonar, renal, pulmonar y hematológica) del padecimiento.

⁵⁵ Ibídem Pp. 352 - 353



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 neurodesarrollo

Enfermedades crónicas en la infancia.

Una revisión reciente del Hospital de Ginecoobstetricia 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.⁵⁷

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

⁵⁶

⁵⁷ Ibídem pp. 356- 357

disponible, ni formula recomendaciones que puedan implantarse en nuestro propio entorno.

Factores de riesgo

- Mujer primigesta
- Embarazos múltiples
- Edad extrema de la vida
- Historia familiar de preeclampsia
- Portador de hipertensión crónica

Valoración

Examen de la paciente y medición de la presión arterial en cada consulta prenatal en busca de hipertensión. Se acepta que las cifras normales de presión arterial no son superiores a 140/90mmHg, considerando hipertensión cuando se superan tales límites.

Detección de proteinuria con tiras colorimétricas. La lectura de +1 de proteínas en dos o más ocasiones debe ir seguida de la obtención de una muestra de orina de 24hrs para titulación de proteínas urinarias.

Valorar cuidadosamente el aumento ponderal total y el intervalo en que se producen los aumentos; la retención de líquidos puede producir un aumento ponderal hasta de 2.5 kg en una semana.

Examinar las piernas y los tobillos de la paciente para valorar el grado de edema; el edema facial puede ser un signo ominoso de preeclampsia.

Revisar los hábitos dietéticos para valorar una posible falta de ingestión de proteínas o un consumo excesivo de sal; de ser necesario fomentar la ingestión de ocho a diez vasos de líquido al día.

ESTUDIOS DE LABORATORIO:

Hemoglobina y Hematocrito

Frotis sanguíneo

Recuento plaquetario.

Análisis de orina

Intervenciones de Enfermería

Preeclampsia en la Paciente Hospitalizada

- Solicitar a la paciente que guarde reposo en cama en decúbito lateral izquierdo, para mejorar la función renal e incrementar el riego sanguíneo de la placenta.
- Vigilar la presión arterial cada cuatro horas
- Verificar los reflejos tendinosos profundos dos veces al día
- Pesar a la paciente todos los días
- Medir la ingestión de líquidos y la diuresis todos los días
- Ordenar una dieta rica en proteínas (facilita la excreción de líquidos) y recomendar la ingestión de seis a ocho vasos de agua al día.
- Vigilar la actividad y frecuencia cardíaca fetales, así como la reacción a las contracciones maternas, mediante pruebas sin estrés.
- Ordenar los estudios ecográficos prescritos para valorar la función placentaria

Administrar los hipotensores prescritos sin interrumpir la administración de líquidos intravenosos.

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.⁵⁹

⁵⁹ Bellamy L, Casas JP, Hingorani AD, Williams DJ. Preeclampsia and risk of cardiovascular disease and cancer in later life: systematic review and metaanalysis BMJ 2007; 335:974-978

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.
- ❖ Trombocitopenia ($< 100,000/\mu\text{l}$)

FETALES

- ✓ Crecimiento intrauterino retardado grave.
- ✓ oligohidramnios⁶⁰

⁶⁰ Ibídem p. 979

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
- ✓ Diástole umbilical arterial invertida.⁶¹

⁶¹ Ibídem p. 980