



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

**PROCESO ATENCION ENFERMERIA APLICADO A UNA MUJER CON
PREECLAMPSIA DE 32 SDG**

ELABORO: P.L.E.O. ANA KAREN HERNANDEZ MEDELLIN

N° DE CUENTA: 304087482

DIRECTORA DEL TRABAJO DE RECEPCION

MTRA. MARIA AMPARO HINOJOSA MONDRAGON

MEXICO, D.F., ABRIL 2012



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.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS, Por permitirme disfrutar de una vida plena y permitirme llegar a culminar este logro tan importante en mi vida.

A MI MAESTRA, Por dedicar tiempo, esfuerzo a este trabajo y por compartir sus valiosos conocimientos conmigo, este trabajo es nuestro Mtra. María Amparo Hinojosa Mondragón.

A MI MADRE, Por su amor y apoyo incondicional, estoy orgullosa de ti Mamita, Rosa María Medellín Vargas.

A EL AMOR DE MI VIDA, Por tu apoyo, amor y comprensión en estos 10 años, Te amo, Raúl Alberto Vázquez Gonzales.

A MIS SOBRINOS, Alan, Derek y Sofía, espero que este trabajo los inspire a realizar una carrera profesional, ser personas de bien y a seguir adelante siempre, los amo.

INDICE

I.-INTRODUCCION	1
II.-JUSTIFICACION	4
III.-OBJETIVOS.....	6
III.1.-General.....	6
III.2.-Especificos.....	6
IV.-METODOLOGIA.....	7
V.- MARCO TEORICO	9
V. 1.ANTECEDENTES DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA.....	9
V.1.2.-Conceptualización de la enfermería.....	12
V.1.3.- Funciones de enfermería	14
V.2.-DESCRIPCION DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.....	16
V.2.1.-Biografía.....	16
V.2.2.-Conceptos básicos del modelo de Virginia Henderson	17
V.2.3.-Descripción de las 14 necesidades básicas.....	18
V.2.4.-Los 4 conceptos básicos del meta paradigma de enfermería.....	22
V.2.5.-Causas de la dificultad	23
V.3.- EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	24
V.3.1.- Introducción.....	24
V.3.2.- Objetivos del proceso de atención de enfermería.....	26

V.3.3 Antecedentes del proceso atención enfermería	27
V.3.4.-Características del proceso de atención de enfermería.....	28
V.3.5.-ETAPAS DEL PROCESO ATENCION ENFERMERIA	29
V.3.6.- VALORACION.....	29
V.3.7.-Recoleccion de datos.....	29
V.3.8.-Observacion.....	30
V.3.9.-Entrevista.....	30
V.3.10.-Metodos de exploración física.....	32
V.3.11.-Mapa conceptual.....	34
V.4.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	35
V.4.1 .Análisis de datos.....	35
V.4.2.-Formulación de problemas detectados.....	36
V.4.3.-Etiquetas diagnosticas.....	38
V.4.4.-Mapa conceptual.....	39
V.5.- PLANEACION.....	40
V.5.1.-Fijación de prioridades.....	40
V.5.2.-Formulación de objetivos en el paciente.....	41
V.5.3.-Planificación en los problemas de colaboración.....	42
V.5.4.-Registro del plan.....	43

V.5.5.-Mapa conceptual.....	44
V.6.-EJECUCION.....	45
V.6.1.-Mapa conceptual.....	47
V.7.- EVALUACION.....	48
V.7.1.-Mapa conceptual.....	50
V.8.- DESCRIPCION TEORICA DE LA PATOLOGIA.....	51
V.8.1.-Definicion de preeclampsia.....	51
V.8.2.- Clasificación de la preeclampsia.....	51
V.8.3.- Epidemiología.....	55
V.8.4.- Fisiopatología.....	56
V.8.5.- Manejo y tratamiento.....	58
VI.- DESARROLLO DEL PROCESO ATENCION ENFERMERIA	63
VI.1.-Resumen clínico.....	63
VI.2.- Valoración de enfermería.....	65
VI.3.- Diagnósticos de enfermería.....	69
VI.4.-Jerarquizacion de prioridades.....	70
V1.5.- Planeación del cuidado.....	72
VI.6.- Ejecución.....	82
VI.7.- Evaluación.....	83
VI.8.- Plan de alta.....	84

VII.- CONCLUSIONES.....	86
VIII.- ANEXOS.....	88
VIII.1.- Guía de valoración de enfermería en el embarazo	86
VIII.2.-Etiquetas diagnosticas.....	95
IX.- BIBLIOGRAFIA.....	100

I.-INTRODUCCION

La enfermería como profesión de servicio, se encuentra orientada a brindar los cuidados de atención directa a la persona y al enfermo que le permitan recobrar su estado de salud, en caso de que las condiciones propias de las necesidades alteradas que presente así los permitan, adaptarse a los efectos residuales de una enfermedad o prevenir las complicaciones que pudieran derivarse del manejo inadecuado de sus necesidades alteradas.

La enfermería materno infantil, centra su objeto de trabajo en prevenir la presencia de cualquier tipo de complicaciones o enfermedades que pueden alterar el ciclo normal reproductivo, con el control y cuidado antes, durante y después del embarazo, siguiendo con el cuidado de la salud familiar una vez que el grupo madre-hijo se ha constituido.

En la prevención se desarrollan medidas y técnicas que puedan evitar la aparición de la enfermedad, implica realizar acciones anticipatorias frente a situaciones indeseables, con el fin de promover el bienestar y reducir las alteraciones en las necesidades básicas, no solamente en un momento específico, si no todo el proceso desde el comienzo del funcionamiento del ciclo reproductivo, pasando por el embarazo, parto y puerperio.

El papel del profesional de enfermería es de suma importancia la aplicación y desarrollo de un proceso atención de enfermería de la mujer embarazada, que permita satisfacer las necesidades alteradas en la mujer embarazada con complicaciones de preeclampsia a fin de mejorar la calidad de atención de enfermería, y contribuir con ello para disminuir la tasa de morbi-mortalidad materno fetal.

La defunción de una mujer por causas relacionadas con el embarazo, parto o puerperio constituye una muerte materna, estadísticamente, la mortalidad materna en una población se considera como el número de muertes maternas por cada 10,000 nacimientos, la mortalidad materna representa un grave problema de salud pública.

Su prevención depende de sus condiciones de vida, sociales, económicas y de estilo de vida de la mujer embarazada, cobertura y la calidad de los servicios de salud, la transformación demográfica, económica y social del país, ha proporcionado una demanda creciente de los servicios de salud pública adquiriendo el personal de salud un mayor compromiso en brindar atención en menor tiempo con mayor calidad permitiendo así y garantizando la salud del país, de esa manera se fomenta entre el personal la educación continua.

Las principales causas de muerte materna en México son los trastornos hipertensivos del embarazo y las hemorragias durante el embarazo, el parto y el puerperio, el predominio de ciertas causas depende del contexto. En las zonas urbanas casi la mitad de las muertes maternas se debe a complicaciones del embarazo, dentro de las que destaca la preeclampsia, que es un síndrome clínico complejo de una etiología desconocida, caracterizado por la presencia de hipertensión, edema y proteinuria, se presenta a partir de la semana 20 del embarazo.

La revisión y seguimiento estricto permiten prevenir o determinar a tiempo las complicaciones que podrían surgir en esta etapa, es conveniente destacar la importancia de su vigilancia, durante esta etapa ocurren fenómenos fisiológicos importantes, además de riesgos y complicaciones específicas para la madre, que pueden ser importantes productores de morbilidad y mortalidad.

Fomentando así entre el personal la actualización y la capacitación continua, la investigación, apoyo interdisciplinario, una característica con la que debe contar una disciplina profesional es la de utilizar una metodología para la resolución de los problemas que a esta le competen.

El proceso de atención en enfermería es una forma ordenada del pensamiento crítico del profesional de enfermería para determinar los problemas presentes, potenciales y las respuestas humanas en la persona, familia y comunidad sana o enferma, este método permite al profesional de enfermería prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

El presente proceso de atención en enfermería ha sido elaborado con el fin de determinar las necesidades fundamentales de la paciente que presenta preeclampsia, basado en el modelo de Virginia Henderson.

El primer apartado del trabajo inicia con la justificación de la aplicación de este proceso de atención de enfermería, para continuar con el objetivo general y se enumeran los objetivos específicos.

En la metodología se detallan cada una de las etapas que se realizaron durante la aplicación del proceso de atención de enfermería.

Se presenta el marco teórico, iniciando con una reseña histórica acerca de la enfermería, así como una descripción del modelo de Virginia Henderson, continuando con la descripción del proceso atención enfermería, concepto, etapas, características y complicaciones e intervenciones de enfermería durante el embarazo. Así mismo se puntualizan temas fundamentales sobre complicaciones en el embarazo como es el síndrome de preeclampsia.

Partiendo de las bases anteriores se inicia con el desarrollo del proceso de atención de enfermería en cada una de sus etapas, se presenta la valoración de enfermería en la paciente embarazada, siguiendo con la formulación de diagnósticos de enfermería, y en base a estos se realizó un plan atención de enfermería, y a su aplicación de este se evaluaron los resultados.

Este trabajo se hace al mismo tiempo con la intención de otorgar la atención inmediata a mujeres embarazada con el fin de evitar complicaciones, mediante nuestros conocimientos, brindar seguridad y confianza de los cuidados otorgados, a la mujer embarazada y su núcleo familiar.

Para finalizar se plasman las conclusiones y algunas sugerencias.

II.-JUSTIFICACION

En México, las muertes maternas han disminuido en las últimas décadas. Entre 1990 y 2005 la razón de mortalidad materna por 100,000 nacidos vivos se redujo de 89 a 63. Aunque se trata de un descenso importante todavía estamos lejos de la meta que se estableció en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM): reducir en tres cuartas partes la razón de mortalidad materna entre 1990 y 2015, lo que significa, llevar el valor de este indicador a 22 por 100,000 nacidos vivos en 2015.

Las principales causas de muerte materna en México son los trastornos hipertensivos del embarazo (23.2%) y las hemorragias durante el embarazo, el parto y el puerperio (21.3%), en cuarto lugar está el aborto inducido con 8.4%, por último las infecciones con 5.6%, otras enfermedades no propias del embarazo, pero que se agravan con éste son clasificadas como causas indirectas y constituyen un 7.3%.

En las zonas urbanas casi la mitad de las muertes maternas se debe a complicaciones del embarazo, dentro de las que destaca la preeclampsia, el reto es mejorar la detección temprana y el tratamiento oportuno de estas complicaciones.

La preeclampsia es una forma reversible de hipertensión que complica del 30 al 33% de los embarazos después de las 20 semanas de gestación, la mayoría de ellas primigestas, embarazos múltiples, hipertensión arterial previa al embarazo, daño renal crónico, padecimientos metabólicos como diabetes mellitus.

En la actualidad el sistema de salud en México ha planteado un sin fin de estrategias para mejorar el acceso, la calidad y la oportunidad de la atención del parto y el puerperio en los servicios de salud, basados en fortalecer las aéreas más importantes, implementando programas prioritarios enfocados a la prevención de enfermedades que pongan en riesgo la vida materno infantil, esto ha generado un proceso de formación de profesionales para la atención de la mujer gestante.

Sin embargo, estos programas no han logrado consolidar o establecer criterios de concientización de la población en edad reproductiva, acerca de los riesgos y las complicaciones de no seguir un control prenatal, Persiste un inaceptable círculo vicioso: pobreza-enfermedad-pobreza, potenciado por la desigualdad de oportunidades para el desarrollo cabal de los individuos.

Estas condiciones obligan a enfocarse en intervenciones costo- efectivas y en el fortalecimiento de las acciones de prevención y promoción como las alternativas más viables para enfrentar padecimientos que requieren de tratamientos más costosos y prolongados.

Considerando los datos anteriores, toma mayor importancia la intervención del profesional de enfermería en el ámbito educativo y preventivo, para disminuir la incidencia relacionada a la patología preeclampsia

Es nuestra responsabilidad como sociedad desarrollar y fortalecer una nueva cultura de la salud que enfatice la importancia de la adopción de estilos de vida saludables, fomente el autocuidado de la salud e impulse la prevención de la enfermedad y las discapacidades, atención del embarazo y el parto con mayor tecnología, fortalecimiento de las estrategias de prevención de defectos al nacimiento, educación de la madre, en particular la educación sexual.

Así lograremos que las nuevas y futuras generaciones gocen de mejores condiciones de salud en general y se enfrenten a menores cargas de enfermedad, redundando en un mejor desarrollo económico y social para nuestro país.

III.-OBJETIVOS

III.1.-GENERAL

Generar estrategias para prevenir complicaciones, logrando la culminación del embarazo en óptimas condiciones y asegurando la vida y la integridad del binomio.

III.2.-ESPECIFICOS

- 1.-A partir de las necesidades básicas de la mujer embarazada con preeclampsia, definir diagnósticos e intervenciones de enfermería para prevenir mayores complicaciones.
- 2.-Establecer un plan de cuidados encaminados a corregir los problemas detectados y al fomento de la salud de la mujer embarazada con complicaciones derivadas de preeclampsia.
- 3.-Ampliar el conocimiento en el manejo de la paciente, con preeclampsia, basado en un modelo de atención enfermería para la resolución de problema, que pudiera ser aplicado a casos semejantes.

IV.-METODOLOGIA

El presente trabajo se desarrollo de acuerdo a las etapas del proceso de atención de enfermería basado en el modelo conceptual de Virginia Henderson valorando las 14 necesidades básicas del ser humano.

La valoración de primer contacto se realizo el día 15 del mes de Abril del 2011 en el hospital General Dr. Manuel Gea González, DF, en el turno matutino de 7 am a 15 hrs,se utilizo un instrumento de valoración de las14 necesidades básicas según el modelo de Virginia Henderson impreso (ver en anexos).

Durante la valoración de enfermería la recolección de datos aporto información acerca de la salud física, emocional, familiar y entorno de la mujer embarazada, para complementar la valoración de enfermería, se utilizaron técnicas como la exploración física, observación directa, entrevista cuyos datos se plasmaron por escrito en el instrumento antes mencionado.

Una vez realizada la valoración de enfermería, se procedió al análisis de la información recolectada, identificando las necesidades básicas alteradas, por lo cual se formularon diagnósticos de enfermería de acuerdo a los datos obtenidos de la valoración inicial.

De acuerdo a los diagnósticos de enfermería formulados, se jerarquizaron las necesidades de la usuaria según el modelo de Virginia Henderson, tomando en cuenta solos los criterios siguientes: 1.-Problemas (PC o Dx E) que pongan en riesgo la vida de la persona, 2.- Problemas que para la persona y familia sean prioritarios, 3.- Problemas que contribuyen a la aparición o permanencia de otros problemas...¹.

Se elaboro un plan de cuidados diseñado para lograr los objetivos planeados en la mujer embarazada, el cual se ejecuto durante su estancia hospitalaria, en la fecha que comprende del 15 de Abril al 22 de Abril del 2011.

¹ Luis Rodrigo Maria Teresa, De la teoría a la práctica, el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI, 2ª Edicion, ED. Masson, 2000.

La evaluación de los resultados se realizó mediante el interrogatorio directo, se valoraron las respuestas físicas a los cuidados de enfermería proporcionados, además se recopilaron y analizaron los registros sobre las observaciones de enfermería de los turnos siguientes para darle seguimiento al cuidado integral de enfermería.

V.-MARCO DE TEORICO

V.1 -ANTECEDENTES DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

La profesión de enfermería existe desde hace milenios, muy limitada en la antigüedad, el rol de la enfermera se hizo cada vez más importante con la fundación de escuelas de enfermería en Europa en el siglo XIX.

Es gracias a Florence Nightingale, enfermera inglesa que la profesión fue descrita y puntualizada, en 1860 en Londres, fundó la escuela de enfermería, con un programa de tres años de duración que tenía como objetivo preparar enfermeras competentes y autónomas para el ejercicio de su profesión, siguiendo el ejercicio de esta pionera otras enfermeras han clarificado el rol de la enfermera y la naturaleza de la profesión de enfermería.

En los inicios no se proporcionaba cuidados por personas que fuese especializadas en eso, si no por personas que solo hacían como forma de ayudar a mantener la vida.

Colliere menciona en su libro orígenes de la práctica del cuidado, *“El cuidado surge con la vida misma, como forma de preservar la especie y evitar la muerte, cuidar es por tanto mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, pero que son diversas en su manifestación”*.²

Cuando se da el sedentarismo entre las agrupaciones el cuidado es asignado a las mujeres puesto que ellas son las que se quedan en casa, pero no el cuidado de todas las personas si no solo de las mujeres que parían y de los niños porque a los guerreros que peleaban los cuidaban lo varones debido a creencias. Se realizan dos orientaciones la del bien y le mal pensando que el mal era solo para las personas que realizaban malas acciones

².- Colliere Marie-Francoise, *“Promover la Vida”, de la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de Enfermería*. McGraw-Hill Interamericana de España; Madrid: 1993.

Hasta el surgimiento de las guerras como forma de defender un territorio se dan cuidados como tal con una base muy empírica. Comienza a diferenciarse entre los cuidados que puede proporcionar una mujer y los que puede proporcionar un hombre, por ejemplo, a los pacientes psiquiátricos debido a la fuerza con la que cuentan solo eran dejados con personal masculino.

En 1954 se pone en marcha un programa de estudios para las alumnas-enfermeras y las asistentes sociales. Su desarrollo se basa en la adquisición de conocimientos relativos a las distintas enfermedades o los estados patológicos, son las bases de la enseñanza teórica, que no solo orientan la formación, sino también el ejercicio de la profesión de enfermería.

Los conocimientos teóricos centrados en la enfermedad se completan con los conocimientos centrados en las técnicas, esta enseñanza tiene por meta familiarizar a la enfermera con todo un conjunto de procedimientos.

Los cuidados técnicos aplicados por la enfermera serán los que después de 1968 se matizarán con la denominación “cuidados de enfermería”, lo que contribuirá a aumentar la ambigüedad del aspecto específico de los cuidados de enfermería.

La ciencia y la tecnología han avanzado a pasos agigantados en los últimos tiempos, generando cambios importantes en la sociedad. El hombre y el papel del entorno sobre su existir evidenciará un cambio de civilización, una civilización digital influenciada por la globalización, en la que los alcances tecnológicos y científicos juegan un papel primordial en el desarrollo humano y social.

Así pues la salud, como componente fundamental en la vida humana, no está inmune a estos cambios, es más, como en lo social, es uno de los que más ha estado inmerso en este dinámico proceso. Las tecnologías de punta aplicadas a las ciencias de la salud y las diferentes disciplinas del conocimiento concernientes al desarrollo y aplicación de las mismas, conciben una integralidad benéfica en la interacción salud-individuo-sociedad, brindando herramientas eficaces a los actores de las ciencias médicas alrededor de la constante búsqueda de mejorar y optimizar la calidad de vida del ser humano.

La enfermería como profesión, no ha estado exenta de toda esta serie de cambios y transformaciones, así como tampoco de la influencia que las mismas han tenido y tendrán en su desarrollo.

La enfermería se ha desarrollado y crecido con el conocimiento que le proporciona la experiencia en la disciplina, se expande y desarrolla fundamentada en el hacer, en las relaciones con el equipo interdisciplinario , teniendo en cuenta que el cuidado de enfermería ha sido identificado como el objeto de estudio de la enfermería, y que cuidar es a la vez una ciencia y un arte que exige conocimientos, actitudes especiales, habilidades y destrezas.

V.1.2. CONCEPTUALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA

La enfermería en la actualidad y en nuestro país al igual que en otras partes del mundo lucha por consolidarse como una disciplina científica, los cuidados de la mujer son milenarios, dejan de ser un oficio por estar cada vez más inmersos en el mundo científico, requiere de una redefinición que deje en claro la transición que ha recorrido la enfermería, y darle el nombre que merece, la de una profesión.

ENFERMERIA:” Es la ciencia, y el arte de proporcionar cuidados de predicción, prevención y tratamiento de las respuestas humanas del individuo, familia y comunidad a procesos vitales/ problemas de salud reales o potenciales; así como la colaboración como los demás integrantes del equipo sanitario en la respuesta de la solución de respuestas fisiopatológicas”³

La enfermería se constituye en una ciencia en su fase inicial de desarrollo por tener los elementos integrantes de una actividad investigadora, logrando así una serie de conocimientos sistémicos del cuidado enfermero; empleo del método científico durante y para el ejercicio profesional y conformación de un lenguaje especializado como elemento organizador de los conocimientos.

Esta actividad es una respuesta intuitiva a la aspiración de mantenerse sano, de funcionar de manera óptima y de conseguir bienestar, seguridad y atención en cualquier estado de salud.⁴

La enfermería reúne características sistémicas de la ciencia, paradigma para dar respuesta a los problemas de enfermería de acuerdo al momento histórico con métodos y técnicas que evolucionan pero al mismo tiempo se complementan.

La enfermería se considera un arte por ser una profesión que requiere múltiples y variadas habilidades para adaptarse a las necesidades de las personas en diversos contextos de la práctica profesional, como lo es en el ámbito hospitalario, en el hogar, en la salud pública por mencionar algunos, lo que la hace ser creativa e innovadora.

³ Rodríguez Sánchez Bertha Alicia “Proceso enfermero” 2ª edición, Cuellar, México 2002.

⁴ Ellen Murray, Ph.D.RN.Leslie D. Atkinson R.N.H.S.N. “Proceso de atención de enfermería”, 5ª edición, editorial Interamericana

La razón de ser de enfermería es cuidar a la persona, a través de acciones que permitan mantener y conservar la vida mediante la satisfacción de las necesidades del individuo, familia y comunidad; por ello su campo de aplicación específico es la predicción, prevención y tratamiento de las respuestas humanas, que es la manera en que el cliente responde a un estado de salud o enfermedad , incluye reacciones fisiológicas del organismo, percepciones, sentimientos, y conductas que presenta tanto los individuos sanos como enfermos.

V.1.3.- FUNCIONES DE ENFERMERÍA

La enfermería es un proceso terapéutico que implica la interacción mutua, entre la enfermera, el cliente y la familia, quienes colaboran para conseguir la máxima salud, posible , los individuos son sistemas abiertos que interaccionan continuamente con el medio ambiente , creando normas o patrones individuales de interacción, para contribuir en el comportamiento y salud del individuo

Constituye el ejercicio de la profesión de la enfermera , cuidados que tienen como objetivo identificar las necesidades de salud de las personas, contribuir en los métodos de diagnósticos, prodigar y controlar los cuidados de enfermería que requieran la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el tratamiento y la readaptación.

A partir de un modelo de práctica clínica bifocal en la que se requieren intervenciones de enfermería para atender tanto las respuestas humanas como fisiopatológicas, estas pueden dividirse en independientes e interdependientes.

Las funciones interdependientes son aquellas actividades que se encuentran en el campo de acción específico de la enfermería, que es la predicción, prevención y tratamiento de las respuestas humanas, por lo tanto no requieren de prescripción médica.

Las funciones independientes son aquellas que se realizan en colaboración con los demás integrantes del equipo sanitario, quedando incluida en este rubro la prescripción médica.

Las enfermeras conscientes de la amplitud de sus responsabilidades, se dan cuenta de que para tomar decisiones autónomas frente a los clientes, es esencial apoyarse en una concepción clara y explícita de los cuidados de enfermería, entonces para ejercer su profesión adecuadamente la enfermera debe poseer conocimientos, actitudes y habilidades a través de la concepción de los cuidados de enfermería.

El rol de la enfermera, es un rol de suplencia, suplir, para Virginia Henderson significa hacer por él aquello que él mismo podría hacer si tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios, las intervenciones de enfermería apuntan esencialmente a la independencia del cliente en la satisfacción de sus catorce necesidades fundamentales y los más rápidamente posible.

El centro de la intervención y las formas de suplencia están en relación con el objetivo deseado, la independencia del cliente en la satisfacción de las catorce necesidades fundamentales, a veces la enfermera centra sus intervenciones en las manifestaciones de dependencia y otras veces interviene a nivel de las fuentes de dificultad, según la situación vivida por el paciente, así, las acciones de enfermería consisten en completar o reemplazar las acciones realizadas por el individuo para satisfacer sus necesidades .

V.2.-DESCRIPCION DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

V.2.1BIOGRAFIA

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

Henderson define a la enfermería en términos funcionales como : " La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo , en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud , su recuperación o una muerte tranquila , que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza , la voluntad y el conocimiento necesario . Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible " ⁵

Virginia Henderson consideraba al paciente como un individuo que precisaba ayuda para conseguir independencia, pensaba que la práctica de la enfermería, era independiente de la práctica médica y reconoció su interpretación de la función de la enfermería como una síntesis de muchas influencias.

Puso de relieve el arte de la enfermería, e identificó las 14 necesidades humanas básicas en las que se basa la atención de enfermería, sus contribuciones incluyen la definición de enfermería, la determinación de funciones autónomas de la enfermería, la puesta de relieve de los objetivos de independencia para el paciente, y la creación de conceptos de autoayuda.

Henderson hizo grandes contribuciones a la enfermería durante más de 60 años como enfermera, profesora, escritora e investigadora, su definición de enfermería apareció por primera vez en 1955.

⁵ Marriner, TA, Raile,AM, Modelos y teorías en enfermería, 5ª edición, editorial Harcourt Brance. 2009.

V.2.2.-COCEPTOS BASICOS DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Individuo que necesita asistencia para recuperas su salud o independencia o una muerte tranquila, y que el cuerpo y el alma son inseparables así contempla al paciente, familia y comunidad.

Capacidad del paciente de realizar sin ayuda los 14 componentes del cuidado de enfermería, se trata de la calidad de la salud de la propia vida, ese margen de vigor mental, físico, lo que permite a una persona trabajar con mayor eficacia y alcanzar el nivel de su satisfacción vital.

Conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo ⁶

⁶ Marriner, TA, Raile,AM, Modelos y teorías en enfermería, 5ª edición, editorial Harcourt Brance. 2009, Pag.120

V.2.3.-DESCRIPCION DE LAS 14 NECESIDADES BASICAS

Cada persona se configura como un ser único y complejo, con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que tienen 14 necesidades básicas o requisitos que satisfacer para mantener su integridad, promover su desarrollo y crecimiento.

Identifico las 14 necesidades básicas en las que se basa la atención de enfermería:

1.- Respirar con normalidad

Necesidad del organismo de absorber el oxígeno y expulsar el gas carbónico como consecuencia de la penetración del aire en las estructuras respiratorias y de los intercambios gaseosos entre la sangre.

2.- Comer y beber adecuadamente

Necesidad del organismo de absorber los líquidos y nutrientes necesarios para el metabolismo.

3.- Eliminar los desechos del organismo

Necesidad del organismo de expulsar fuera del cuerpo las sustancias inútiles y nocivas, y los residuos producidos por el metabolismo, la necesidad de eliminar comprende la eliminación urinaria y fecal, el sudor, la menstruación, y loquios.

4.-Movimiento y mantenimiento de una postura

Necesidad del organismo de ejercer el movimiento y la locomoción mediante la contracción de los músculos dirigidos por el sistema nervioso.

5.- Descansar y dormir

Necesidad del organismo de suspender el estado de conciencia o de actividad para permitir la recuperación de las fuerzas físicas y psicológicas.

6.- Seleccionar vestimenta adecuada

La necesidad de proteger el cuerpo en función del clima, de las normas sociales del decoro y de los gustos personales.

7.- Mantener la temperatura corporal

Necesidad del organismo de mantener el equilibrio entre la producción de calor por el metabolismo y su pérdida en la superficie del cuerpo.

8.- Mantener la higiene corporal

Necesidad del organismo de mantener un estado de limpieza e higiene e integridad de la piel y del conjunto del aparato tegumentario.

9.-Evitar peligros en el entorno

La necesidad de la persona de protegerse contra las agresiones internas o externas con el fin de mantener su integridad física o mental.

10.- Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, medios u opiniones

Necesidad de la persona de establecer vínculos con los demás, de crear relaciones significativas con las personas cercanas y de ejercer la sexualidad.

11.- Ejercer culto a dios, acorde con la religión

Necesidad de la persona de realizar actos y tomar decisiones que estén de acuerdo con su noción personal del bien y de la justicia, de adoptar ideas, creencias religiosas o una filosofía de vida que le convengan o que sean propias de su ambiente y tradiciones.

12.-Trabajar de forma que permita sentirse realizado

Necesidad de realizar acciones que le permitan a la persona ser autónoma, utilizar los recursos de que se dispone para asumir roles para ser útil a los demás y alcanzar su pleno

desarrollo.

13.- Participar en todas las formas de recreación y ocio

Necesidad de la persona de relajarse física y psicológicamente mediante actividades de ocio y diversión.

14.- Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de salud.⁷

Necesidad del ser humano de adquirir conocimientos sobre sí mismo, sobre el cuerpo y funcionamiento, sobre sus problemas de salud y los medios de prevenirlos y tratarlos a fin de desarrollar hábitos y comportamientos adecuados.

La necesidad de aprender afecta a todas las demás necesidades, puesto que para satisfacer bien la persona a menudo debe de recibir información.

Estas necesidades son comunes en todos los individuos, si bien cada persona es única, tiene la habilidad y la capacidad de satisfacer de diferente manera, con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de su vida.

Las diferencias personales en la satisfacción de las necesidades básicas bien determinadas, por los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales inherentes a cada persona, así como la interrelación entre las diferentes necesidades.

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 la persona.

⁷ Marriner, TA, Raile,AM, Modelos y teorías en enfermería, 5ª edición, editorial Harcourt Brance. 2009.

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

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

V.2.4.- LOS 4 CONCEPTOS BÁSICOS DEL METAPARADIGMA DE ENFERMERÍA

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

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

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

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

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

Salud: La calidad de la salud, más que la vida en sí misma, es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Virginia Henderson, desde su filosofía humanística, considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos tanto reales como potenciales, que buscan y tratan de lograr independencia y por lo tanto, la satisfacción de las necesidades de forma continua, con el fin de mantener un estado óptimo de la propia salud, cuando eso no es posible, aparece una dependencia que se define como la capacidad de la persona para satisfacer por sí mismas sus necesidades básicas de acuerdo a su edad, etapa de desarrollo y situación y se debe a causas de la dificultad.

V.2.5.-CAUSAS DE LA DIFICULTAD

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

Falta de fuerza: se interpreta por fuerza no solo a la capacidad física o habilidades mecánicas de la persona, sino a la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes de la situación.

Falta de conocimiento: en lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad.

Falta de voluntad: entendida como incapacidades o limitaciones de la persona para comprometerse a una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades básicas.

La presencia de estas tres acusas o de alguna de ellas, puede dar lugar a una dependencia total, parcial, temporal o permanente, aspectos que serán valorados para la planificación.⁸

⁸ Marriner, TA, Raile,AM, Modelos y teorías en enfermería, 5ª edición, editorial Harcourt Brance. 2009, Pag.112-125

V.3.- EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

V.3.1.-INTRODUCCION

La ciencia de la enfermería se basa en un amplio sistema de teorías, el proceso de enfermería es el método en el cual se aplica este sistema a la práctica de enfermería, es un enfoque deliberativo para la resolución de problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales y va dirigido a cubrir las necesidades del usuario.

Una de las características definitorias de una disciplina profesional es la de utilizar una metodología propia para resolver problemas de su competencia; la enfermería como cualquier otra profesión debe cumplir con este requisito.

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

En esencia es un método sistémico y organizado para administrar cuidados de enfermería individualizados de acuerdo con el enfoque básico de cada persona o grupo de personas, responde a una forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud.

“Es el sistema de la práctica de enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el cual el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de salud, es un conjunto de acciones intencionadas que la enfermera realiza en un orden específico, con el fin de asegurar que la persona necesitada de cuidados de salud reciba el mejor cuidado de enfermería posible”⁹

⁹ Alfaro, Le Feure Rosalinda “Aplicación del proceso atención de enfermería” Guía práctica, editorial, Mosby, Barcelona, España.1992. pág. 3

Se encuentra en las bibliografías como:

“Es la serie de acciones señaladas pensadas para cubrir el objetivo de la enfermería, mantener el bienestar óptimo del cliente y si este estado cambia, proporcionar la cantidad y calidad de asistencia de enfermería que la situación exija para llevarle de nuevo al estado de bienestar”¹⁰

¹⁰ Iyer, Patricia W. “Proceso y diagnosticos de enfermeria” Editorial Interamericana Mc Graw Hill, 3ª Edicion, 2005.

V.3.2.- OBJETIVOS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El objetivo principal del proceso de enfermería es proporcionar un sistema dentro del cual se puedan cubrir las necesidades individuales del cliente, la familia y la comunidad, consiste en una relación de interacción entre la persona y el profesional de enfermería, con la persona como centro de atención.

Es identificar el estado de salud de una persona y los problemas relacionados al cuidado de la salud, ya sean reales o potenciales, para individualizar las necesidades de cada persona y así proporcionar intervenciones de enfermería específicas para resolver estas necesidades.¹¹

¹¹ Kozier G. Erb. K. Blais, Johnson, S Temple. "Técnicas en enfermería clínica" 4ª Edición, Vol. I. Ed. Mc Graw Hill, Interamericana. Pág. 18.

V.3.3.- ANTECEDENTES DEL PROCESO ATENCION ENFERMERIA

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach(1963),consideraron un proceso de tres etapas (valoración , planeación y ejecución) ; Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación) ; y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica. ¹²

El proceso enfermero ha evolucionado hacia un proceso de cinco fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión ;así en muchos países, la aplicación del proceso es un requisito para el ejercicio de la enfermería profesional; considero que en el nuestro cada día adquiere mayor relevancia en la formación de enfermeras en diversas universidades de alto prestigio ; sin embargo todavía nos falta camino por recorrer en este terreno, el cual resulta desconocido para muchas compañeras en estos días.

¹² Marriner, TA, Raile,AM, Modelos y teorías en enfermería, 5ª edición, editorial Harcourt Brance. 2009, Pag.110

V.3.4.-CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Es un método porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera, que le permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de las persona, lo que posibilita la continuidad y el otorgamiento de los cuidados.

Es sistémico por estar conformado por cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen a un logro de resultados.

Es humanista por considerar al hombre como un ser holístico, que es más que la suma de sus partes y que no debe ser fraccionado.

Es intencionado porque se centra en el logro de sus objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolverlas causas del problema o disminuir los factores de riesgo, al mismo tiempo que valora los recursos, el desempeño de la persona y el de la propia enfermera.

Es dinámico por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre.

Es flexible porque puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría o modelo de enfermería.

Es interactivo por requerir de la interrelación humano-humano con el de las personas para acordar y lograr objetivos comunes.

Como algunos de sus beneficios podemos mencionar que constituye un método organizado para proporcionar cuidados de enfermería, impide omisiones y repeticiones innecesarias, permite mejorar la comunicación, se centra en la respuesta humana única del individuo, favorece la flexibilidad necesaria para brindar cuidados de enfermería individualizados, estimula la participación del paciente y aumenta la satisfacción de las enfermeras ante la consecución de resultados.

V.3.5.- ETAPAS PROCESO ATENCION ENFERMERIA

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí, de tal forma que cada una depende de la anterior y condiciona a la siguiente, estas etapas contienen a su vez diversos pasos.

V.3.6.-VALORACION

La primera fase del proceso de enfermería es la valoración, antes de planear los cuidados que se brindaran al paciente debe identificar y definir los problemas de dicha persona, esta fase comienza por la recopilación de datos.

V.3.7.-RECOLECCION DE DATOS

La recolección de datos inicia cuando alguien entra en el sistema de cuidados de la salud y continua durante el tiempo que este necesite los cuidados, la información recopilada proporciona la base para determinar el estado de salud actual y establecer un plan de cuidados.

La información recopilada en las entrevistas posteriores no solo aportara datos sobre la situación de salud, sino también como responde el usuario al plan de cuidados, para esto implica la utilización de muchos recursos diferentes, no obstante se debe considerar al paciente como la principal fuente de información, el resto de la información se obtendrá de otros medios médicos y notas.¹³

¹³ Alfaro, Le Feure Rosalinda "Aplicación del proceso atención de enfermería" Guía práctica, editorial, Mosby, Barcelona, España.1992. pág. 36

La información se reúne de varias fuentes, dos métodos básicos de información son: la observación y la entrevista con el paciente y familiares, la historia clínica de enfermería, es un formato sistémico, por lo común en forma de cuestionario o de lista, que se pueden emplear para obtener datos importantes acerca del paciente por medio de la entrevista.

La entrevista es un método de comunicación con fines directos, deberá ser lo más cordialmente posible, progresando de lo general a lo específico y dándole al paciente la oportunidad de que se exprese espontáneamente, habrá que animar al paciente para que exprese sus sentimientos, ya que durante la conversación el paciente está en disposición de revelar información útil.

La entrevista es algo más que una sesión de preguntas y respuestas, es una técnica de observación, la valoración hecha a través del uso de la historia clínica y de otras fuentes secundarias como registros médicos, notas y visitas de enfermería, nos permiten elaborar un diagnóstico de enfermería, este diagnóstico se hace con la recopilación y evaluación de los datos que implican acciones de enfermería.

V.3.8.-OBSERVACIÓN

Una descripción minuciosa acerca de lo observado es de suma importancia para el cuidado del paciente y requiere del uso de todos los sentidos, sobre todo para percatarse del lenguaje no verbal, la audición es otro medio principal de observación, debemos adquirir habilidad para observar los signos y síntomas, aparentes o no de los problemas, la observación es esencial para planear los cuidados de enfermería pero no es la adecuada por sí misma, este es un proceso continuo.¹⁴

¹⁴ Tendencias y modelos más utilizados en enfermería. El proceso atención de enfermería.
<http://www.aibarra.org/abril> Pág. 15, 16,17.

V.3.8.-ENTREVISTA

La entrevista de enfermería es una técnica observacional, es un método que permite aprender acerca de las personas a través de una comunicación intencionada y dirigida hacia un fin, esta se desarrollo en un esfuerzo por proporcionar un cuidado personalizado, su propósito es animar al paciente a que exprese sus ideas, sus sentimientos y los hechos que permiten identificar sus necesidades inmediatas y a largo plazo y lo estimula que reconozca sus necesidades y metas.

Tipos de entrevista

- a) Entrevista directa: es aquella que está bien estructurada y de la cual se obtiene información específica de fuente primaria porque es aplicada directamente a la persona.
- b) Entrevista indirecta, es aquella en la cual se obtiene información de fuentes secundarias como la familia y el expediente clínico.¹⁵

Al elegirse el sitio de la entrevista, debe tomarse en cuenta las condiciones de color, ventilación, olor, ruido, mobiliario y humedad entre otras, debe mantenerse un clima privado y confidencial, en la medida de lo posible ya que la mayoría de las valoraciones se lleva a cabo en las salas de hospitalización en las cuales según cada institución no es posible esto por estar varias camas en el mismo cubículo, y la falta de privacidad podría afectar la misma.

Es importante mencionar que la actitud que tome la entrevistadora y en este caso la enfermera puede afectar los resultados de la entrevista, una actitud cordial puede comunicarse a través de la amabilidad y la consideración, y así dar la confianza de responder espontáneamente y que el paciente arroje datos de ayuda para esta etapa.

El escuchar de forma adecuada es la clave de la entrevista exitosa, de una comunicación terapéutica y de que se le considere una conversación estimulante; el lenguaje n o verbal

¹⁵ Phaneuf, Margot, Cuidados de enfermería, el proceso de atención de enfermería, TR. Carlos Ms. López González, Ed. Mc Graw Hill Interamericana, Madrid, España, 1998. Pág. 59.

puede ser accidental o deliberado, y nosotros comunicamos la mayor parte del tiempo con lenguaje no verbal, los movimientos corporales son aprendidos con la cultura, principalmente por una imitación inconsciente de la comunidad.

V.3.10.-METODOS DE EXPLORACIÓN FÍSICA

Los métodos de exploración física son instrumentos que aportan de gran forma información que contribuyen al proceso enfermero.

Inspección: método de exploración física que se efectúa por medio de la vista, valorando dureza, tamaño, textura, inflamación y movilidad de un órgano.

Palpación: es el proceso de examinar al cuerpo utilizando el sentido del tacto, detectando presencia o ausencia de masas, dolor, temperatura, tono muscular y movimiento.

Percusión: consiste en golpear suavemente con la mano o instrumento cualquier segmento del cuerpo, esta técnica permite producir movimiento, dolor y obtener sonidos para determinar posición, tamaño y densidad de cada uno de las estructuras y determinar la cantidad de aire o material sólido de un órgano.

Auscultación: se efectúa por medio del oído, nos permite valorar ruidos o sonidos producidos en los órganos.¹⁶

¹⁶ Iyer, P. Tapich B. Proceso de enfermería y Diagnostico de enfermería, Madrid España, Ed. Mac Graw Hill Interamericana.

VALIDACIÓN DE DATOS

Se trata de asegurar que la información recogida en el paso anterior es veraz y completa, a fin de evitar errores diagnósticos y conclusiones precipitadas, se debe confirmar todos los datos anómalos e incongruentes con el resto de la información que se dispone, así como todos aquellos que resulten de importancia crítica para establecer el diagnóstico o planificar la actuación.

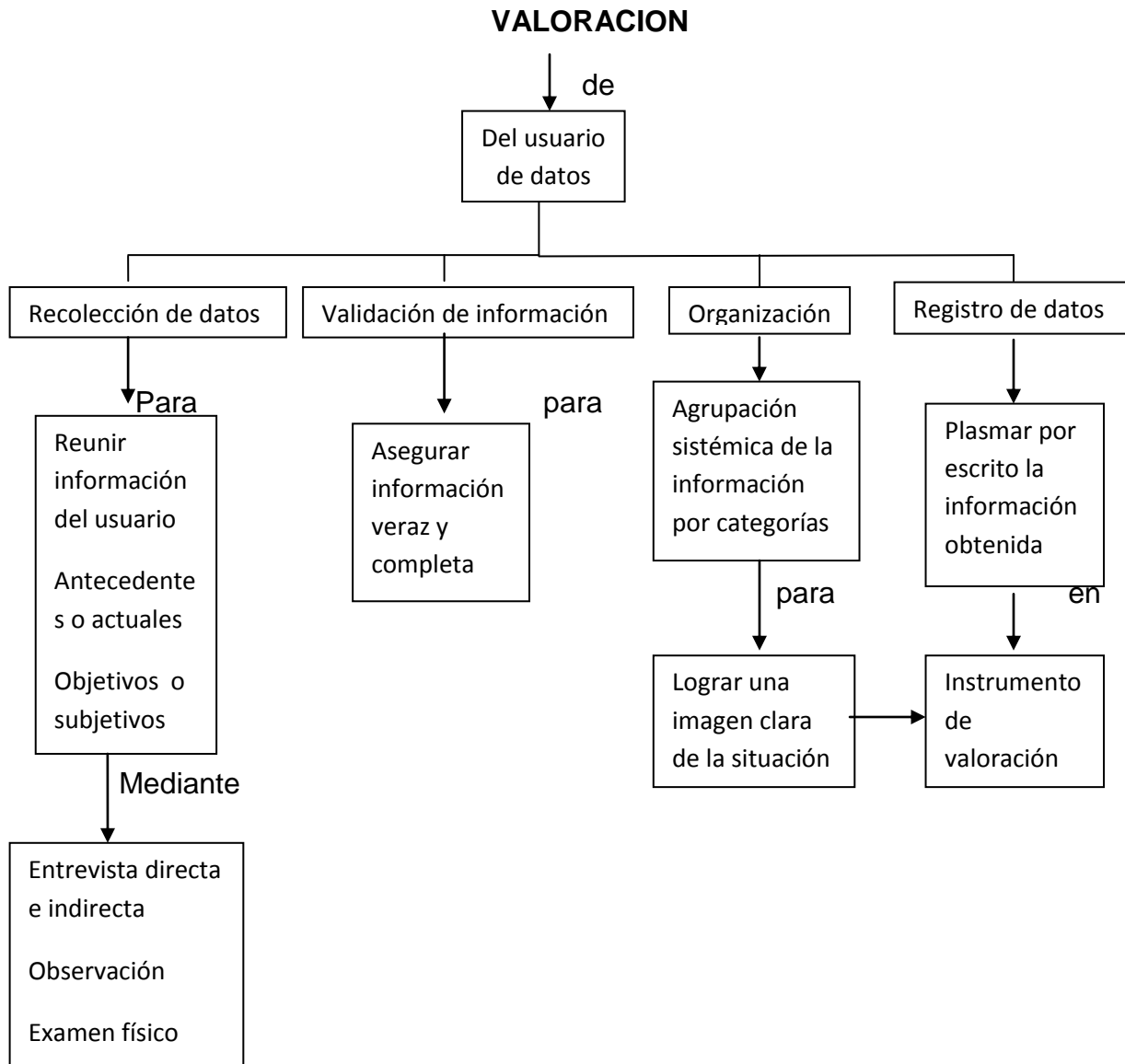
ORGANIZACIÓN DE DATOS

Es la agrupación sistémica en categorías de la información obtenida y validada a fin de lograr una imagen clara de la situación, se considera de suma importancia ya que hacerlo de alguna u otra forma va a influir en el tipo de información que se recoja y en el tipo de problemas que se detecten.

REGISTRO DE DATOS

Consiste en plasmar por escrito toda la información obtenida y debe llevarse a cabo tan pronto como se finalice la valoración a fin de prevenir el olvido de información relevante, este último paso de la etapa de valoraciones de capital importancia para la formulación de diagnósticos y planificar la actuación enfermera, así como para asegurar la continuidad de los cuidados.

V.3.11.-MAPA CONCEPTUAL



V.4.-DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Un diagnostico de enfermería es una exposición de los problemas que aquejan a la persona, es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud, procesos vitales, reales o potenciales.

El diagnostico de enfermería proporciona la base para la selección de cuidados de enfermería que consiguen los resultados de lo que es responsable la enfermera.¹⁷

V.4.1.-ANÁLISIS DE DATOS

En esta etapa podemos distinguir dos pasos, el análisis de datos y la elaboración de inferencias e hipótesis, se empieza por revisar la información recogida a partir de la entrevista, la observación, la exploración física y las anotaciones de otros profesionales, diferenciando los datos relevantes, a continuación se agrupan, finalmente, la interpretación e interrelación de las inferencias conduce a la formulación de hipótesis sobre los problemas y recursos de que la persona dispone obteniendo así una imagen general en la que se pueden encontrar:

- 1.- Problemas (reales o de riesgo) susceptibles de ser tratados en colaboración con otros profesionales (problemas de colaboración)
- 2.- Problemas (reales o de riesgo) que requieren un abordaje independiente diagnósticos enfermeros
- 3.- Recursos personales o del entorno que parecen adecuados en esa situación concreta.

¹⁷ Carpenito Linda, Manual de diagnosticos de enfermería, 5ªedicion, Ed. Interamericana, Madrid, España, 1997.

V.4.2.-FORMULACIÓN DE PROBLEMAS DETECTADOS

Podemos identificar dos tipos de problemas, problemas de colaboración (PC) y Diagnósticos enfermeros (DxE), según pertenezcan al rol de colaboración o al rol propio.

PROBLEMAS DE COLABORACIÓN

Pueden definirse como aquellos problemas de salud reales o potenciales en la persona requiere que la enfermera haga por él las actividades de tratamiento y control prescritas por otro profesional.

Aunque los problemas de salud estén situados en el punto de intersección de nuestro trabajo y el de otro profesional, debemos de situar nuestro trabajo en el usuario específicamente, la ayuda que el requiere para su tratamiento para controlar su situación de salud.

En esta área de la practica en donde se engloban tanto problemas de salud reales y potenciales, la enfermera es plenamente responsable de su acción, pero la responsabilidad del resultado final y el control de la situación son directamente del profesional con el que se colabora.

Para nombrar estas situaciones se requiere de la utilización de la terminología médica, en este apartado pueden tratarse problemas reales o de riesgo, se añadirá la frase, secundario a seguida de la causa médica que genera el problema.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

La North American Nursing Association (NANDA) 1990, definió a los diagnósticos de enfermería, como, juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad frente a procesos vitales o problemas de salud reales o potenciales.

Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para la selección de la actuación de enfermería destinada a lograr los objetivos de los que las enfermeras son responsables, (NANDA, 1999, pág. 149)

Es fundamental llegar a determinar con la mayor exactitud posible cual es el problema o situación y porque se ha producido, situación de la que se encarga la enfermera de identificar, validar y trata independientemente, por ello ella es responsable del resultado final y tiene pleno control y autoridad sobre la situación.

Para nominar estos problemas de la practica independiente de enfermería es no es adecuado el lenguaje medico y requiere una terminología distinta que identifique claramente la naturaleza de la situación, en este punto cada profesional puede optar por usar sus propias palabras o emplear una terminología normalizada como la taxonomía de la NANDA.

Los diagnósticos enfermeros pueden ser:

1.- Diagnostico real, describe respuestas humanas a procesos vitales/ estados de salud que existen en un individuo, familia o comunidad, se apoya en características definitorias (manifestaciones, signos y síntomas) que se agrupan en patrones de claves o inferencias relacionada.

Para escribirlos se aconseja en tres partes, el problema se une a la causa, relacionado con y esta a los datos objetivos y subjetivos mediante la frase manifestado por.

2.-Diagnostico de riesgo: Describe respuestas humanas a estados de salud/ procesos vitales que pueden desarrollarse en un individuo, familia o comunidad vulnerables, se apoyan en factores de riesgo que contribuyen al aumento de la vulnerabilidad, al escrito debe

anteponerse la frase, riesgo de, y se aconseja el formato en dos partes: problema r/c factor de riesgo (causa)

3.- Diagnóstico de salud, Describe respuestas humanas en un individuo, familia o comunidad, que presentan un buen nivel de salud, pero tienen el potencial para alcanzar un grado superior, este enunciado consta de un solo componente: situación de salud a mejorar.

V.4.3.-ETIQUETAS DIAGNOSTICAS

Las etiquetas diagnosticas se componen de un titulo que a su vez es la misma etiqueta y una definición del mismo, y esto es igual a la descripción concisa del problema

TITULO (ETIQUETA) Y DEFINICION: Descripción del problema

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

Se considera a un grupo de signos y síntomas que con frecuencia se asocian al diagnóstico y solo lo poseen los diagnósticos reales, ya que los de riesgo no poseen características definitorias puesto que los signos y síntomas no son evidentes.

Mediante esta formula la enfermera selecciona primero el diagnóstico de enfermería aprobados por la NANDA y utiliza la palabra relacionado para unir el problema con los factores relacionados y lo relaciona con la causa etiológica.¹⁸

Diagnósticos de enfermería de alto riesgo: puede suceder, no presente signos y síntomas y este enunciado consta solo de dos partes.

Diagnóstico de enfermería posible: puede estar presente, solo lleva etiqueta y etiología, se puede escribir un diagnóstico de enfermería como un enunciado incompleto de un problema,

¹⁸ NANDA, Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificaciones 2009-2010.

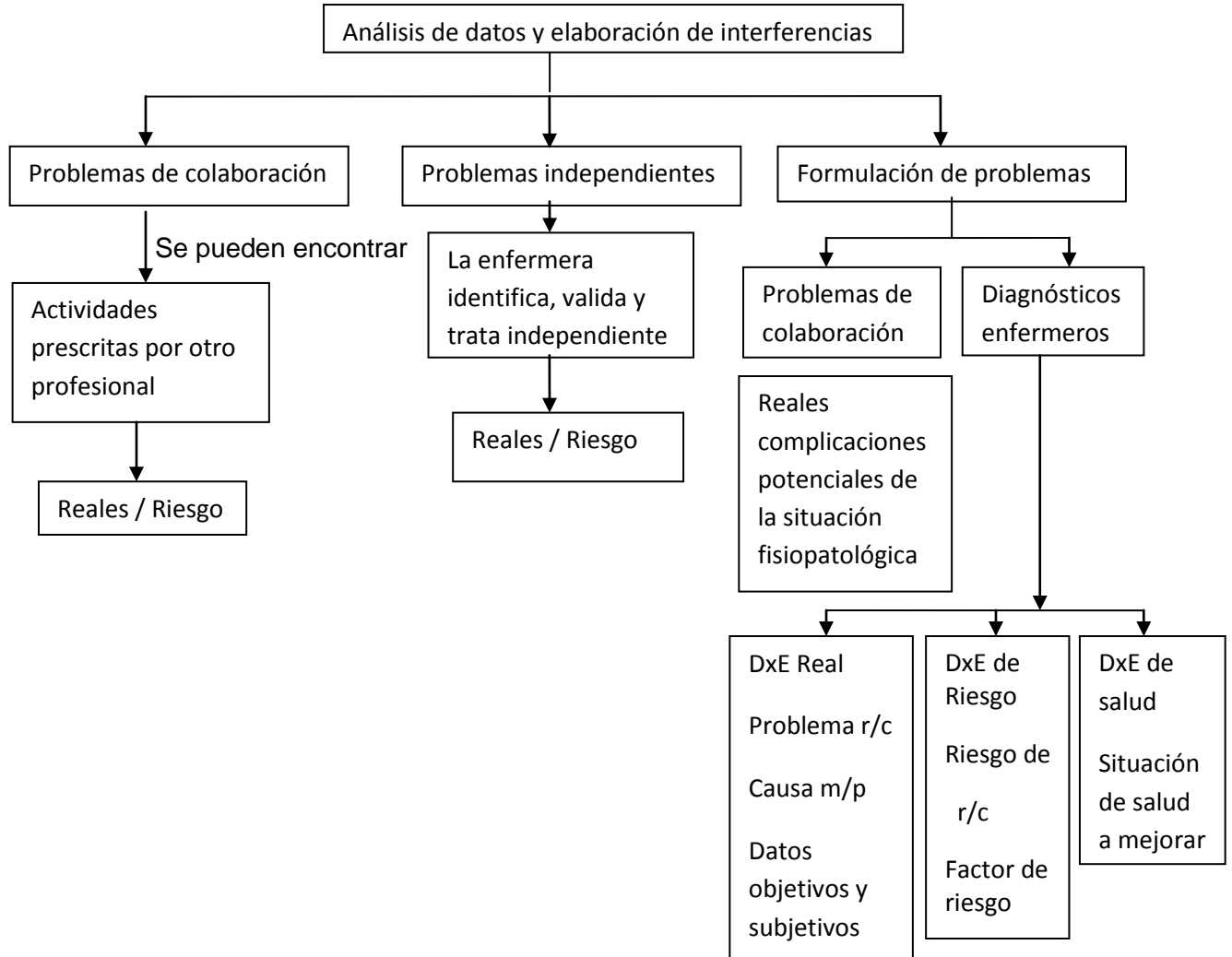
el objetivo de este diagnóstico es asegurar la colecta continua de los datos, en esta fase no se identifican otros signos y síntomas o factores de riesgo.

Diagnóstico de enfermería de bienestar: este empieza con potencial de favorecer seguido por el mayor número de bienestar de la persona o grupos de personas.¹⁹

¹⁹ Alfaro, Rosalinda "Aplicación del proceso atención de enfermería" Guía práctica, 5ª Edición, editorial, Doyma, Barcelona, España.2006, p.p. 309, pág.85, 86

V.4.4.-MAPA CONCEPTUAL

DIAGNOSTICO



V.5.-PLANEACION

Debe desarrollarse un plan de cuidados de enfermería basado en la valoración y el diagnóstico de enfermería, por lo general incluiría los problemas del paciente, las metas y los objetivos de la atención de enfermería y la intervención de esta.²⁰

La planificación es un proceso deliberado, sistémico y esencial para proporcionar un cuidado enfermero de calidad, es un proceso en el que se realizan tomas de decisiones y la resolución del problema, durante esta etapa se desarrolla y se anota un plan de cuidados, diseñado para prevenir, resolver o controlar los problemas y ayudar a la persona a lograr un óptimo nivel de funcionamiento.

V.5.1.-FIJACIÓN DE PRIORIDADES

Después de identificar las necesidades del paciente, la enfermera debe de disponer por orden de prioridad, la clasificación de prioridades, es el proceso para establecer un orden de preferencias, en la distribución de los cuidados de enfermería, tratando solo con problemas con los que el paciente tiene dificultad, al igual que se pueden decidir qué problemas puede resolver el paciente por sí mismo, con cuales necesitara ayuda, y la urgencia relativa de las necesidades del paciente.

En la primera etapa se establece un orden preferencial para las estrategias de enfermería, una meticulosa valoración de enfermería es capaz de identificar numerosas respuestas reales o potenciales que exigen una actuación de enfermería, en la primera etapa del proceso pueden identificarse más de un problema que requiere de la intervención de enfermería, si bien no siempre es posible o aconsejable abordarlos todos a la vez.

Para facilitar el establecimiento de prioridades proponemos aplicar los siguientes criterios:

1.-Problemas (PC o DxE) que pongan en riesgo la vida de la persona

²⁰ Marriner, TA, Raile,AM, Modelos y teorías en enfermería, 5ª edición, editorial Harcourt Brance. 2009. Pag.103

- 2.-Problemas que para la persona y familia sean prioritarios.
- 3.- Problemas que contribuyen a la aparición o permanencia de otros problemas.
- 4.-Problemas que por tener una misma causa pueden abordarse conjuntamente.
- 5.- Problemas que tiene una solución sencilla.²¹

V.5.2.-FORMULACIÓN DE OBJETIVOS EN EL PACIENTE

El siguiente paso en la planeación del proceso de enfermería es establecer objetivos para cada uno de los problemas identificados en cada diagnóstico de enfermería, se traduce como un objetivo en el paciente como el resultado a un cambio deseado en la conducta de la persona hacia su salud.

Es el resultado que se pretende obtener de la atención de enfermería, en el que la enfermera espera lograr con la persona y que está encaminado a prevenir, aminorar el problema identificado en el diagnóstico de enfermería.²²

Los objetivos trazados pueden ser a corto plazo es decir, estos se pueden conseguir en forma rápida, con frecuencia en menos de una semana, y se pueden trazar a largo plazo, son aquellos que van a lograrse a un plazo de tiempo más largo con frecuencia semanas o meses, esto dado que la enfermera se centra en las necesidades inmediatas de persona, y por ello la mayor parte de los objetivos se centra a corto plazo.

Por ello los objetivos a corto y largo plazo deben definir y exponer de manera concisa, cada objetivo debe incluir a alguien que actúa, una situación y unos patrones, debe definir condiciones importantes bajo las que se espera que el comportamiento suceda y especificar un nivel de actuación aceptable, los objetivos deben ser realistas y prácticos, apoyando las necesidades del paciente y las metas aceptables para ambas partes.

²¹ Luis Rodrigo Maria Teresa, De la teoría a la práctica, el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI, 2ª Edición, ED. Masson, 2000.

²² Alfaro, Le Feure Rosalinda "Aplicación del proceso atención de enfermería" Guía práctica, editorial, Mosby, Barcelona, España.1992. pág. 129

Determinación de las intervenciones de enfermería: Una vez identificados claramente los problemas que se van a tratar y marcados los objetivos que se han de conseguirse, es preciso planificar tanto las intervenciones como las actividades más adecuadas para lograrlos.

V.5.3.-PLANIFICACIÓN

PROBLEMAS DE COLABORACIÓN

Nuestro papel en este caso consiste en llevar acabo de forma inteligente las prescripciones médicas que el enfermo no puede o no es conveniente que haga.

- 1.-Planificar y llevar a cabo las actividades de tratamiento y control que la persona no pueda o no deba realizar por sí mismo.
- 2.- Aportar lo elementos cognoscitivos necesarios, y aplicar el juicio clínico a la hora de ejecutar esas prescripciones y controlar la evolución del paciente.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

Con objeto de determinar la intervención, será necesario decidir cuáles son las acciones más convenientes en este caso concreto para ponerlas en práctica, es importante incluir en el plan de cuidados las intervenciones tanto como la actividades de enfermería, al anotar las actividades en el plan de cuidados, hay que hacer constar, sujeto, verbo, tiempo, modo y medida.

Dentro de las actividades que se han planeado para los diagnósticos enfermeros se distinguen dos grandes grupos:

Actividades derivadas del problema

Diagnósticos reales: reducción, control o eliminación de manifestaciones.

Diagnósticos de riesgo: detección temprana de datos objetivos/subjetivos indicadores.

Diagnósticos de salud: logro de mayor grado de salud y bienestar.

Actividades derivadas de la causa

Serán eficaces en la medida en que se logre eliminar, reducir o controlar la causa identificada como responsable, en algunas situaciones esta no se puede eliminar o reducir pero es posible modificar sus efectos.

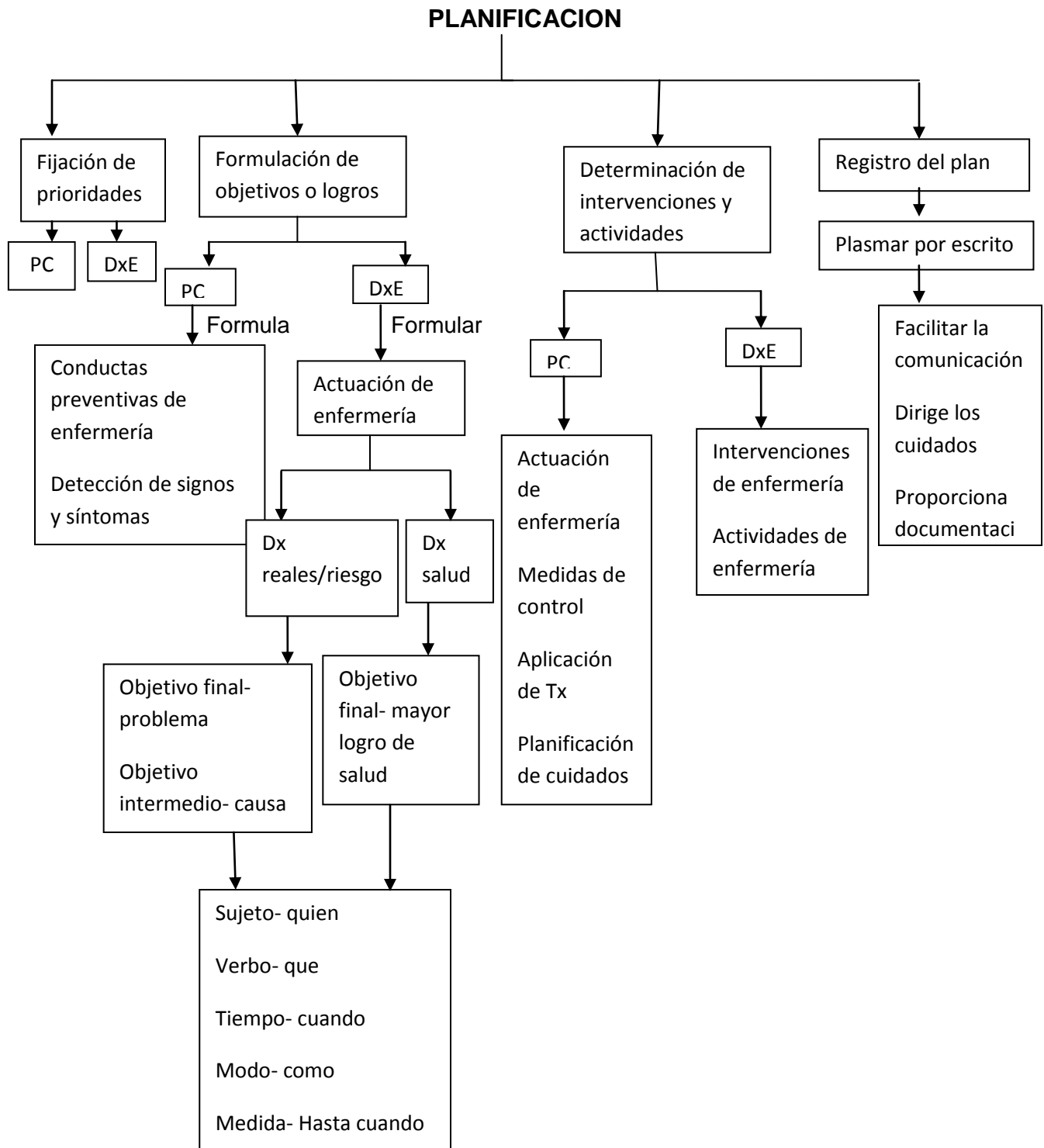
V.5.4.-REGISTRO DEL PLAN

La etapa final en la fase de planeación es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados y actuaciones de enfermería.

Consiste en plasmar por escrito los pasos anteriores, en el registro del plan deben aplicarse las normas generales de registro de datos, el plan de cuidados de enfermería es un instrumento para documentar y comunicar la situación de la persona , los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo el conjunto.²³

²³ Marriner, TA, Raile,AM, Modelos y teorías en enfermería, 5ª edición, editorial Harcourt Brance. 2009, Pag.112

V.5.5.-MAPA CONCEPTUAL



V.6.-EJECUCION

Se dice que esta etapa es la aplicación real de la atención de enfermería enumeradas en el plan de cuidados, esto implica llevar a cabo las prescripciones del médico y seguir las costumbres del hospital así como ejecutar las prescripciones de enfermería.

La actuación de enfermería se define como una acción autónoma basada en el razonamiento científico que se ejecuta para beneficiar al cliente de una forma prevista en relación con el diagnóstico de enfermería y con los objetivos establecidos.

La fase de ejecución marca todas las intervenciones de enfermería dirigidas a la resolución de las necesidades asistenciales alteradas y a los diagnósticos formulados a través de estos. Durante la fase de ejecución se debe continuar recolectando información, pues a medida que las condiciones del individuo cambian, la base de datos también cambiara por lo que se vuelve necesidad revisar y actualizar el plan de cuidados.²⁴

Las actividades de enfermería que se realizan en esta etapa son de tipo dependiente, son aquellas que se realizan bajo un orden o supervisión del médico o jefe inmediato superior y que la enfermera no tiene injerencia en ella; de tipo interdependientes, son aquellas que realiza la enfermera como resultado de su conocimiento y capacidad para decidir su actuación; y de tipo de colaboración las que se realizan conjuntamente con otros miembros del equipo de salud como resultado de una decisión conjunta de equipo.²⁵

²⁴ Kozier G. Erb. K. Blais, Johnson, S Temple. "Técnicas en enfermería clínica" 4ª Edición, Vol. I. Ed. Mc Graw Hill, Interamericana. Pág. 252.

²⁵ Gordon, Maryori. Manual de diagnosticos, Ed, Mosby, Elsevier España, 1999

Para la ejecución del plan de cuidados la enfermera debe reunir tres tipos de capacidades: capacidad cognoscitiva, se refiere a la capacidad de intelectual necesaria para la toma de decisiones, la resolución de problemas, un pensamiento crítico y la capacidad creativa.

Capacidad interpersonal, que son todas aquellas actividades que realiza un persona para comunicarse con otra, la eficacia de la actividad de enfermería depende en gran medida de la habilidad de la enfermera para comunicarse con los demás.

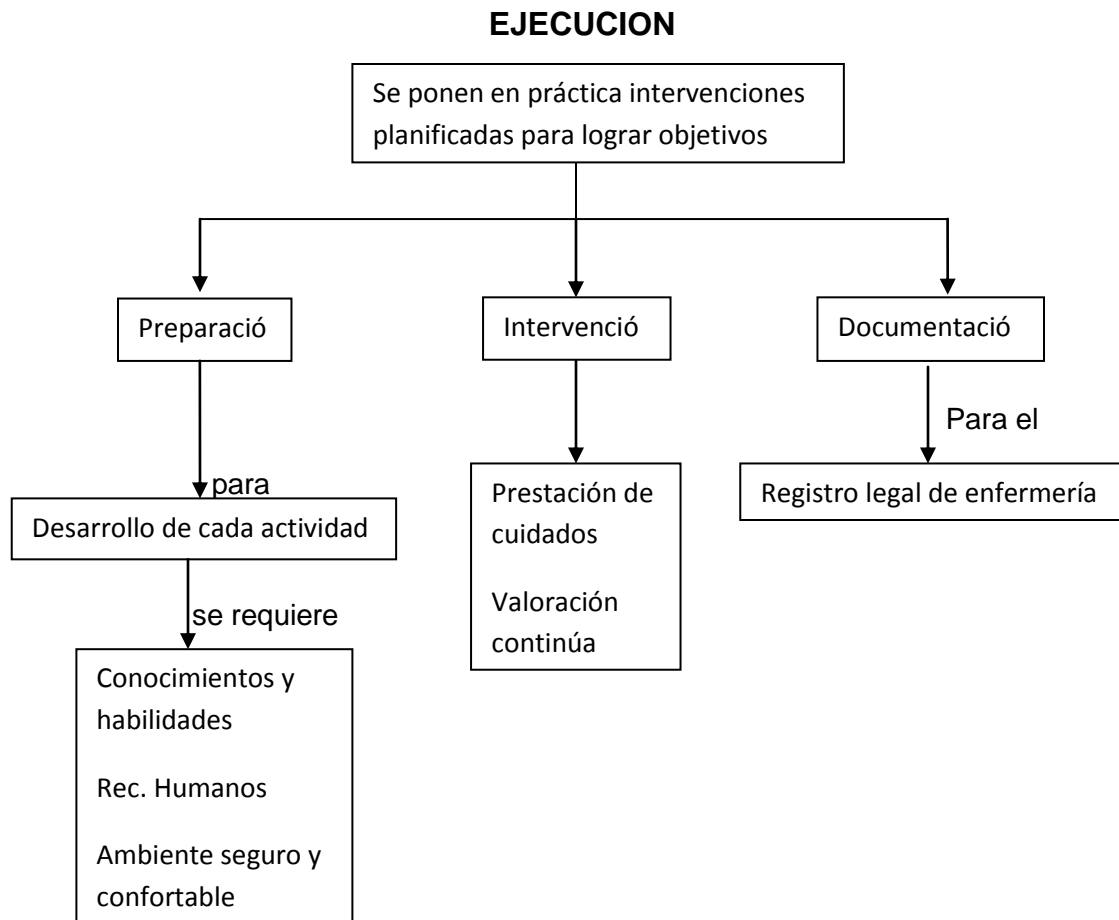
Capacidad técnica o manual, son las que se realizan con las manos, como la aplicación de técnicas y procedimientos o bien la utilización del equipo que se encuentra a su disposición.

La fase de ejecución del proceso de enfermería, finaliza con el registro de actividades de enfermería y la respuesta del paciente, esta información deberá ser precisa, concisa y objetiva.²⁶

La enfermera debe de anotar en la historia del usuario tanto como la ejecución de la actividad como la respuesta de este prestando atención a cualquier dato anormal o inesperado.

²⁶ Kozier G. Erb. K. Blais, Johnson, S Temple. "Técnicas en enfermería clínica" 4ª Edición, Vol. I. Ed. Mc Graw Hill, Interamericana. Pág. 258

V.6.1.-MAPA CONCEPTUAL



V.7.- EVALUACION

La evaluación es el proceso de valorar los progresos del paciente hacia los objetivos de salud, localidad de la atención que recibe el paciente en la institución hospitalaria, la calidad de la atención de enfermería individual a través de la autoevaluación así como el desempeño personal completo.

Es juzgar o valorar, consiste en valora el grado en el que se ha logrado alcanzar los objetivos, es fundamental en el proceso de atención de enfermería, ya que las conclusiones a las que se y llegan determinan si la intervención de enfermería debe terminarse, revisarse o cambiar y esta constituye un proceso continuo por que se realiza durante la ejecución o implementación del plan de cuidados y terminal por que una vez aplicado el plan de cuidados se evalúa si se cubrieron o no los objetivos planteados.²⁷

El proceso de evaluación cuenta con 3 etapas:

1.- Valoración de la situación actual del usuario

Los datos para la evaluación formal se reúnen aplicando las técnicas de la etapa de valoración y revisión de la historia para completar la información con los datos aportados por otros profesionales.

2.- Comparación de la situación actual con los objetivos marcados y emisión de un juicio o conclusión

Tras reunir los datos actuales, estos se comparan con los resultados identificados como deseables en los objetivos, comparación que puede conducir a uno de estos tres resultados: los objetivos se han conseguido totalmente, se han conseguido parcialmente, o no se han conseguido en absoluto.

²⁷ Marriner Tomey Ann, Modelos y teorías de enfermería, Un enfoque científico 4ª Edición, México, Manual moderno, 1999.

3.- Mantenimiento, modificación o finalización del plan

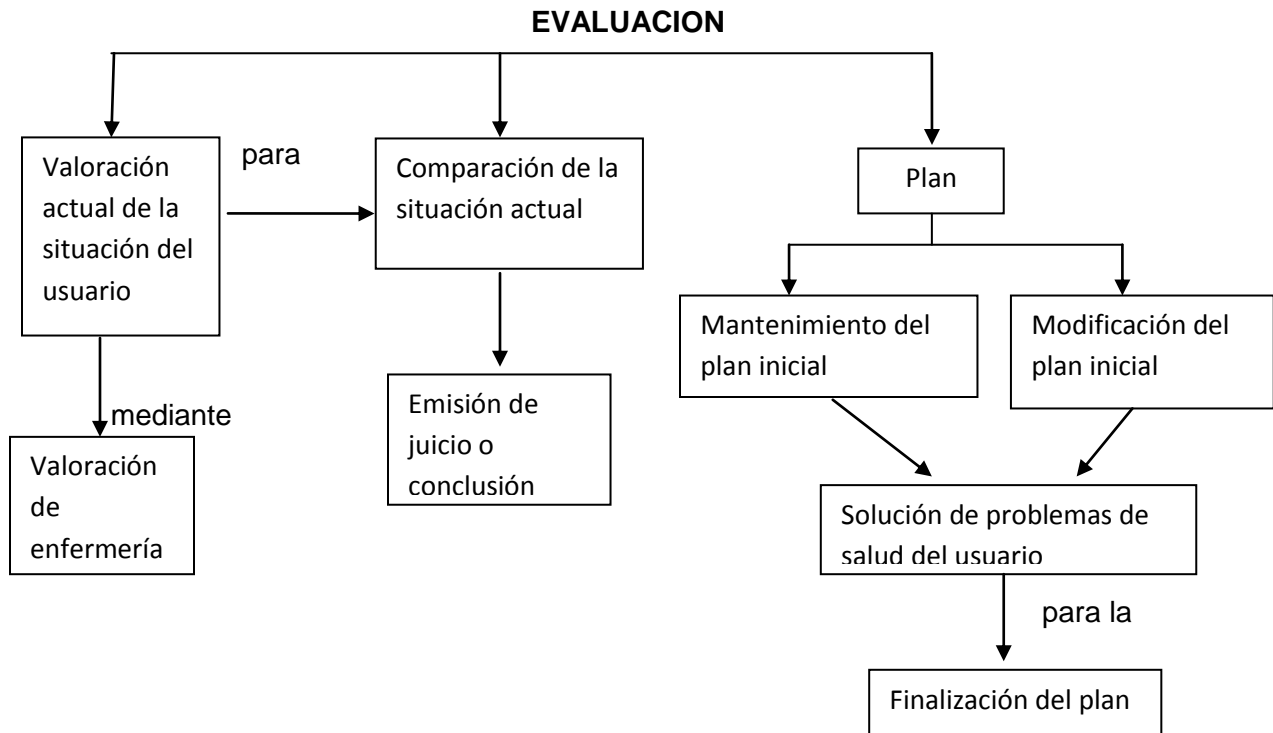
Finalmente debe tomarse una decisión sobre la actuación que se debe seguir en adelante, mantenimiento del plan: se opta por mantener el plan inicial cuando los objetivos se han alcanzado parcialmente y analizar todo el proceso.

Modificación del plan: Se procederá a modificar el plan inicial cuando los objetivos se hayan logrado parcialmente o no se hayan logrado en lo absoluto y al revisar todo el proceso se llega a la conclusión de que el plan inicial no era el más adecuado, han sucedido cambios en la situación del usuario y que han aparecido factores externos que influyen en el logro de los objetivos

FINALIZACIÓN DEL PLAN

Estará indicada la finalización de plan cuando los objetivos se hayan conseguido totalmente y el usuario demuestre la capacidad necesaria para mantener estable su situación actual de salud.

V.7.1.-MAPA CONCEPTUAL



V.8.-DESCRIPCION TEORICA DE LA PATOLOGIA

V.8.1.-PREECLAMPSIA

DEFINICION

Un grupo de expertos encargados por la OMS, definieron la hipertensión y la proteinuria en el embarazo y establecieron una clasificación de los trastornos hipertensión del embarazo.

Se define la hipertensión en el embarazo con cifras de 90 o más mm Hg de presión diastólica, detectadas en dos tomas consecutivas, como mínimo, durante un periodo de cuatro horas, si la presión diastólica es de 110 mm Hg o más, se define hipertensión grave con cifras de 160 mm Hg de presión sistólica o 110mm Hg de presión diastólica.²⁸

Se trata de enfermedad que se presenta únicamente en el humano donde la etiología no se ha determinado por lo que se considera un problema de salud.

V.8.2.-CLASIFICACION DE LA PREECLAMPSIA

La Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia (FEMEGO), presenta la siguiente clasificación:

1.- Enfermedad hipertensiva producida por el embarazo

a) Preeclampsia leve

b) Preeclampsia severa

c) Inminencia de eclampsia

d) Eclampsia

e) Síndrome H.E.L.L.P (H, anemia hemolítica; EL, elevación de enzimas hepáticas; LP, disminución de plaquetas)

²⁸ Ahued, J. Roberto, Fernández del Castillo, Ginecología y obstetricia aplicada, Editorial, J.G.H., México, 1998.
Pág. 90

f) Preeclampsia recurrente

g) enfermedad hipertensiva no clasificable

a) PREECLAMPSIA LEVE

Se establece el diagnóstico de preeclampsia leve, cuando posterior a la semana 20 de gestación aparecen dos o más signos:

- a) Presión sistólica igual o mayor a 110 mm Hg o elevación de la presión a igual o mayor a 30 mm Hg sobre lo habitual.
- b) Presión diastólica igual o mayor a 90 mm Hg, o elevación mayor o igual a 15 mm Hg sobre la presión habitual.
- c) Presión arterial media igual o mayor a 106 mm Hg
- d) Proteinuria menor de 3 grs. En orina de 24 hrs.
- e) Edema persistente de rostro o extremidades.

b) PREECLAMPSIA SEVERA

Se considera la existencia de preeclampsia severa, cuando posterior a la semana 20 de gestación aparecen dos o más de los siguientes signos:

- a) Presión arterial sistólica igual o mayor a 140 mm Hg
- b) Presión diastólica igual o mayor a 110 mm Hg
- c) Presión arterial media mayor de 126 mm Hg
- d) Proteinuria mayor de 3 grs. En orina de 24 hrs.
- e) Edema generalizado

O bien, la presencia de uno de los siguientes signos:

- a) Presión sistólica igual o mayor a 180 mm Hg
- b) Presión diastólica igual o mayor a 120 mm Hg
- c) Presión arterial media igual o mayor a 140 mm Hg
- d) Proteinuria mayor de 5 grs. En orina de 24 hrs.

c) INMINENCIA DE ECLAMPSIA

Se establece el diagnostico, cuando posterior a la semana 20 de gestación aparece uno o más de los siguientes signos:

- a) Presión arterial sistólica igual o mayor a 185 mm Hg
- b) Presión arterial diastólica igual o mayor a 125 mm Hg
- c) Proteinuria mayor de 10 grs. En orina de 24 hrs.
- d) Estupor
- e) Pérdida parcial o total de la visión
- f) Dolor epigástrico en barra
- g) Hiperflexia generalizada

d) ECLAMPSIA

El diagnostico se establece cuando posterior a la semana 20 de gestación, o en el puerperio (no más de 14 días), se presentan convulsiones o coma acompañado de hipertensión arterial, edema y proteinuria.

e) SINDROME DE H.E.L.L.P

Se establece el diagnostico cuando después de la semana 20 de gestación y 14 días de puerperio se presenta en la paciente con enfermedad hipertensiva del embarazo presenta hemolisis, elevación de las enzimas hepáticas y disminución de la cuenta plaquetaria, el síndrome se clasifica de acuerdo al recuento de plaquetas:

TIPO I. Cuenta plaquetaria es menor de 50 000 c/mm

TIPO II. Cuenta plaquetaria de 50 000 a 100 000 c/mm

TIPO III. Cuenta plaquetaria de 100 000 a 150 000 c/mm

TIPO IV. Cuando el síndrome aparece en el puerperio no más de 14 días

f) PREECLAMPSIA RECURRENTE

Se refiere a la presencia de cualquiera de los tipos de enfermedad hipertensiva del embarazo que se presenta por segunda ocasión o más en embarazos consecutivos o no.

g) ENFERMEDAD HIPERTENSIVA NO CLASIFICABLE

Situación que establece la imposibilidad de ubicar claramente la clasificación de la entidad, ya sea por carecer de elementos o bien por haberse instituido tratamiento previo a su estatificación.

V.8.3.- EPIDEMIOLOGIA

En la literatura existe una gran cantidad de información acerca de la preeclampsia, en donde se establece que la pacientes primigestas tiene mayor incidencia sobre las multíparas.

La nuliparidad es el mayor riesgo para desarrollar la enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo, dado que la paciente se enfrenta por primera vez al embarazo en donde tiene ocho veces más probabilidades de desarrollarla, incluso en haber tenido un aborto reduce el riesgo las posibilidades en dos terceras partes.

La multiparidad se asocia al padecimiento solo en edades mayores , en donde existe un componente crónico de base o bien patología que representa alguna alteración vascular como la Diabetes Mellitus.

Chesley, Cosgrove y Annito, establecen que existe un componente genético probablemente recesivo, apoyado por la mayor incidencia que tienen las hijas madres que padecieron algún tipo de hipertensión en el embarazo.

Se observa una mayor frecuencia en pacientes con embarazo múltiples, enfermedad trofoblastica gestacional con una probabilidad de seis veces mayor.

Las pacientes menores de 18 añoso mayores de 35 años, se observa más frecuente mente, pero también se observa mayor severidad del cuadro hipertensivo.

Los embarazos con polihidramnios del tipo inmunológicos o no, se presentan en un 70%.

Nivel socioeconómico y raza es sin duda uno de los factores que más se asocia, en donde en estudios multicentricos se observa mayor frecuencia en mujeres latinas, raza negra, en donde se asocia con deficiencia nutricional y el hecho de ser madres trabajadoras parece ser el más común denominador, se determina que la deficiencia de calcio se asocia, en donde un suplemento alimenticio con el elemento en pacientes con factores de riesgo de ha visto disminuida.

V.8.4.- FISIOPATOLOGIA

Disfunción de las células endoteliales- daño endotelial

- a) Fisiología del endotelio: la pared de los vasos sanguíneos es un órgano activo, compuesta de células endoteliales, musculares lisas y fibroblásticas, que se encuentran integrados en un conjunto de complejas interacciones, en donde sirven como sensores de señales hemodinámicas y humorales, efectores de las respuestas inducidas a este nivel, mantienen la integridad vascular por la presencia de vasodilatadores o vasoconstrictores así como mediadores como anticoagulantes, pro inflamatorios, promotores e inhibidores del crecimiento.

Las prostaglandinas PGI-2 el factor de relajación del endotelio vascular, conocidos como los vasodilatadores más potentes, que permiten a la célula endotelial la reactividad de la musculatura vascular, así como inhibición de la adhesión y agregación plaquetaria.

Otras sustancias que sintetizan el endotelio la Fibronectina, sulfato de heparina- interleucina- factor activador de plasminogeno, factor del crecimiento, factor activador plaquetario endotelinas.

La producción de todas las sustancias mencionadas es modulada por las concentraciones de mensajeros intracelulares tales como AMPc-GMPc, calcio e interacciones entre las células endoteliales y plaquetas u otros componentes del plasma.

- b) Disfunción- daño endotelial: esta dado por una alteración en el equilibrio e inhibidor de plasmogeno y entre prostaglandina tromboxano A2, daños morfológicos en el endotelio como la endoteliosis glomerular y cambios ultra estructurales definidos en los vasos uterinos y del lecho placentario en donde se establecen 4 teorías:

1.-Teoría de la isquemia placentaria: la isquemia placentaria es el factor desencadenante en la patología con lo cual se desarrolla la serie de eventos en la EHIE, dado por la pérdida de la refractariedad vascular normal al embarazo a sustancias presoras y en la alteración de invasión del trofoblasto en donde la reactividad de las resistencias periféricas esta aumentada a la angitensina que es una sustancia presora.

Así mismo la deficiente penetración del trofoblasto a la pared uterina condiciona un sistema de alta resistencia con la consecuencia de todos los eventos que presenta la enfermedad hipertensiva del embarazo, con aumento de la secreción de tromboxano A₂, disminución del factor de relajación del endotelio y disminución de PGI-2 con la consiguiente hipertensión.

2.-Hipótesis del incremento de VLDL versus disminución de la albumina con efecto protector de la toxicidad endotelial, la disminución de la albumina en las mujeres embarazadas condiciona a la aparición de EHIE, por el aumento en la cantidad de los triglicéridos que se fija al endotelio vascular con el siguiente daño, así como liberación de sustancias presoras que causan vasoconstricción.

Otra explicación es el aumento de lipoproteínas de baja densidad, las cuales su metabolismo y degradación esta disminuida por el hígado condicionado por disminución de albumina, en conclusión la albumina condiciona un efecto protector al endotelio en las mujeres embarazadas con lo que las protege contra EHIE.

3.-Hipótesis de la mala adaptación inmune-toxanina residual en las arterias espirales, dada por la mala adaptación inmune por el trofoblasto que no tiene una penetración adecuada para la implantación acompañado de una alteración del sistema HLA-G el cual tiene una aceptación materna del tejido placentario , con asociación del aumento de neutrofilos los cuales secretan elastasa con lesión del endotelio por la formación de radicales libres de oxígeno y lípidos peroxidados los cuales inhiben la relajación vascular por la alteración de equilibrio de prostaglandinas y tromboxano.

4.-Hipótesis de origen genético, se tiene tendencia familiar a padecer EHIE en donde hijas de madres con EHIE tienen mayor riesgo de presentarla que en la población en general, en la hipertensión crónica esta determinado y establecido el carácter hereditario de la hipertensión y padecimientos asociados.

V.8.5.-MANEJO Y TRATAMIENTO

PREECLAMPSIA LEVE

Vigilancia se debe manejar en forma ambulatoria, con evaluación semanal a fin de detectar su evolución y control, con evaluación de los siguientes parámetros clínicos:

Tensión arterial- presión sistólica mayor o igual a 140 mm Hg o elevación mayor o igual a 30 mm Hg sobre la habitual, nos indica alteración.

Peso corporal

Grado de edema- edema persistente en extremidades y cara o generalizado

Presencia de síndrome vasculo espasmódico

Hiperreflexia generalizada

Parámetros de laboratorio -exámenes de rutina prenatales, con determinación de:

Acido úrico

Proteinuria mayor a 3 grs. En orina de 24 hrs.

Hemoglobina

Hematocrito

Ultrasonografía, cardiotocografía ante parto o a partir de las 32 SDG.

Reposo relativo

Incremento en la ingesta de proteínas de origen animal

Disminución en la ingesta de sal

Utilización de laxantes suaves

Tratamiento antihipertensivo

PREECLAMPSIA SEVERA

Toda paciente que se detecta preeclampsia severa deberá de ser hospitalizada al momento de realizar el diagnóstico con vigilancia estrecha del binomio y con el manejo siguiente.

- Pruebas de funcionamiento hepático, EGO, QS, ácido úrico, depuración de creatinina de 24 hrs, electrolitos séricos, pruebas de coagulación.
- ECG, USG obstétrico.

En el caso de preeclampsia severa se continúa con el embarazo hasta 36 SDG con vigilancia estrecha de los siguientes parámetros:

- Vigilar signos vitales horarios o cada 2 horas
- Control de líquidos y diuresis horaria
- Pruebas de función renal
- Biometría hemática, pruebas de función hepática y pruebas de coagulación cada 72 hrs.
- Pruebas de funcionamiento renal cada 24 hrs.
- Creatinina y ácido úrico en sangre cada 24 hrs.
- Radiografía de tórax
- Cifras tensionales diastólicas menores de 180mmHg y diastólicas menos de 100 mm Hg
- Ausencia de alteración del estado de conciencia o datos de vaso espasmo

Interrupción del embarazo con los siguientes criterios:

- Elevación de la creatinina sérica 1mg/dl sobre la basal
- Elevación de ácido úrico en sangre 1mg/dl en 24 hrs o 10 mg/dl independiente al valor previo.
- Alteración de las cifras tensionales

- Oliguria menor de 20ml/h.
- Datos sugestivos de inminencia de eclampsia
- Presencia de algunos de los parámetros de síndrome de H.E.L.L.P.
- Datos cardiotocograficos de baja reserva fetal
- Oligohidramnios severo ²⁹

MANEJO FARMACOLOGICO

-Soluciones (Dextrosa 5%, fisiológica o Ringer lactato) 100 ml/h por 3 hrs. Con la intención de expandir el volumen y con ello romper el vaso espasmo.

-Fármacos (Hidralazina, Alfametildopa, Nifedipina, Sulfato de magnesio, Dexametazona, DFH, Carbamacepina)

Los fármacos recomendados de primera elección son Alfametildopa en dosis de 250 mg con efecto de 2 a 4 hrs.

Hidralazina en dosis de 250 mg c/6 h

Paciente en la cual no se logre el control de las cifras tensionales independientemente de la edad gestacional, se debe interrumpir el embarazo

Paciente con inminencia de eclampsia, síndrome de H.E.L.L.P. debe de ser manejada en forma conjunta con la unidad de cuidados intensivos, con medico gineco obstetra, terapeuta o médico internista y personal de enfermería capacitado.

²⁹ Ahued, J. Roberto, Fernández del Castillo, Ginecología y obstetricia aplicada, Editorial, J.G.H., México, 1998. Pág. 103

La paciente con hipertensión arterial crónica, mas preeclampsia sobre agregada el manejo es en forma conjunta con médico internista y gineco obstetra.³⁰

PREVENCION

NUTRICIONALES: Dieta hipo sódica / Dieta hiper proteica

Suplementos con Ca, MG, Zinc y Ac. Linoleico

Índice de masa corporal (IMC) elevado antes del embarazo es un factor de riesgo independiente para el desarrollo de la hipertensión embarazo. Junto al IMC elevado, el aumento del peso durante el embarazo, y la edad materna se asociaron independientemente a la hipertensión embarazo.

FARMACOLOGICAS

Acido a cetil salicílico 500 mg V.O. c/ 8 hrs. Los antiplaquetarios están asociados con una reducción moderada (15%) en el riesgo de padecer pre-eclampsia, con un 14% de disminución de las probabilidades de muerte del bebé y con un 8% menos de riesgo de parto prematuro.

El ácido ascórbico puede actuar como factor preventivo importante en el desarrollo del pre-eclampsia.

Los suplementos de calcio durante el embarazo reducen las complicaciones durante el mismo, especialmente la preeclampsia y eclampsia, reduciendo la mortalidad y la morbilidad de la madre y del hijo.

El tratamiento con sulfato de magnesio puede reducir en un 50% el riesgo de eclampsia en pacientes con pre-eclampsia, sin dañar ni a la madre ni al feto.

³⁰ Ahued, J. Roberto, Fernández del Castillo, Ginecología y obstetricia aplicada, Editorial, J.G.H., México, 1998. Pág. 103

Como parte del tratamiento se debe orientar a la madre en lo que corresponde a la lactancia materna y puerperio fisiológico, higiene personal, alimentación y cuidados al recién nacido manejado por el personal de enfermería.

REDUCIR EL ESTRÉS

Las madres trabajadoras tienen un riesgo cinco veces más alto de padecer preeclampsia que aquellas que no trabajan.

El ejercicio moderado durante el embarazo previene la pre-eclampsia, el ejercicio físico es muy recomendable en la gestación pero teniendo en cuenta ciertas precauciones como mantener la frecuencia cardíaca durante el esfuerzo por debajo de 140 pulsaciones por minuto, cuidar la hidratación y evitar los ejercicios de alto impacto.

V1.IDESARROLLO DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

VI.1.-RESUMEN CLINICO

Para la elaboración y aplicación de la presente valoración se solicitó la colaboración de la Sra. Y.P.E.P; ingreso paciente femenina con 32 SDG, el día 15 de abril del 2011, a las 7:30 am, al hospital general Dr. Manuel Gea González, al servicio de urgencias ginecológicas y de obstetricia, se decidió su ingreso al servicio de hospitalización de ginecología y obstetricia para su control y tratamiento.

Datos de identificación

Nombre: Y.P.E.P. Edad: 32 años Lugar de origen D.F

Fecha de nacimiento: 03 de Abril del 1979 Estado civil: Unión libre

Domicilio: Calle Manuel cañas n° 527 Col. Zapotitlán, Del. Tlahuac

Escolaridad: secundaria

Ocupación: ama de casa Religión: católica

DIAGNOSTICO MEDICO

Embarazo de 32 SDG +Preeclampsia

Con un peso inicial de 62 kg, peso actual 74.500kg, talla de 160 cm, realiza tres comidas completas al día, ingesta de líquidos adecuada. Antecedentes de aumento de peso de 3 kg en un mes.

Antecedentes patológicos personales y familiares, Interrogados y negados.

Antecedentes gineco-obstetricos: Menarca: 13 años, con ciclos: 30 días con duración x3, método prenatal con hormonales orales, FUM: 18-09-10 FPP: 10-06-11, SDG: 32, ultimo Panicolaou, Abril 2008 con resultado de proceso inflamatorio mas infección desconoce de qué tipo, recibe tratamiento médico, Gestas: 2 Paras: 1 Abortos: 0 Cesáreas: 0,

Periodo intergenesico de 5 años, solo cuenta con una consulta prenatal, Numero de parejas sexuales: 1.

Complicaciones en embarazos previos: interrogados y negados

Padecimiento actual, refiere, dolor de cabeza tolerable pero persistente, edema en miembros inferiores, palidez generalizada, inquietud, ansiedad, fatiga, estreñimiento con evolución de un mes atrás decide acudir al hospital.

A la exploración se encuentra:

T/A 150/ 100 FC 90x' FR 28 x' TEM 37 °C

Buen estado general, palidez generalizada de tegumentos, bien hidratada, cefalea, facies de dolor, cardiopulmonar sin datos patológicos, abdomen globoso a expensas de útero gestante, FU 32 cm, producto longitudinal cefálico dorso izquierdo, FCF 164 latidos por minuto, libre tacto vaginal diferido, miembros inferiores con edema (+++)de cuatro semanas de evolución, test de orina, 30mg de proteínas.

A su ingreso se decide tomar laboratorios de control:

BH: HB: 13g/dl HTO: 36% PLAQUETAS: 250 000x mm³

GLUCOSA: 75mg/dl

EGO: color claro PH 5.5 Leucos: 0/1 resto normal

VI.2.-VALORACION DE ENFERMERIA

La valoración inicial se llevo a cabo el día 15 de Abril del 2011, a las 7:30 am en el hospital general Dr. Manuel Gea Gonzales, en el servicio de urgencias de ginecología y obstetricia a base de un instrumento de valoración (ver anexo), para las valoraciones focalizadas se emplearon medios complementarios como entrevista, revisión y toma de datos de historia clínica y expediente, hojas de evolución, exploración física y observación de la paciente.

1.1 Respiración /oxigenación

Datos objetivos: Campos pulmonares ventilados, con frecuencia respiratoria de 28 respiraciones por minuto, regulares y rítmicas, no se perciben ruidos agregados, ruidos cardiacos con frecuencia de 88 latidos por minuto, de buen tono, intensidad y ritmo, no es fumadora activa ni pasiva.

Datos subjetivos: Adecuado patrón respiratorio al realizar actividad física de bajo y mediano impacto, refiere sentir una opresión en tórax por el bebe.

Exploración física: Nariz con mucosas bien hidratadas, sin secreciones, cuello y piel normal, pulso carotideo presente, tórax con buena expansión, sin presencia de nódulos, pigmentos, cicatrices, hundimientos y asimetrías en torax.

1.2 Nutrición / hidratación

Datos objetivos: sin dificultad para comer, baja ingesta de fibra, grupos de alimentos ingeridos habitualmente: carne 5 /7, pescado 1/7, leche 7/7, huevo 3/7, frutas 7/7 y verduras 7/7, en el consumo de líquidos predomina el agua de 1 a 2 lts. X día.

Datos subjetivos: No cuenta con un régimen alimenticio adecuado en cuanto a horarios, realiza tres comidas al día habitualmente, aunque según su rutina domestica estas pueden variar en horario de la ingesta de alimentos.

Exploración física: Mucosas hidratadas, con buena coloración, sin presencia de laceraciones ni alteraciones, 24 piezas dentales por tratamiento de ortodoncia, sin presencia de caries,

faringe rosada, no se visualizan amígdalas, refiere amigdalectomía previa, lengua rosada, sin alteraciones en la deglución.

Abdomen, globoso a expensas de útero gestante, ruidos peristálticos presentes, sin presencia de alteraciones.

1.3 Eliminación

Datos objetivos: Eliminación Intestinal 1 vez cada tercer día, formada de color café, de consistencia dura, eliminación vesical: 4 a 6 veces por día, color amarillo concentrado.

Datos subjetivos: refiere dificultad y dolor al defecar, sin molestias al orinar, describe control adecuado de esfínteres.

Exploración física: Órganos genitales externos limpios, sin presencia de líquido transvaginal.

1.4 Moverse y mantener buena postura

Datos objetivos: Miembros superiores completos, simétricos, no presenta lesiones, buena coloración y llenado capilar, dedos completos, uñas sanas, se observa buena flexión, rotación y fuerza, miembros inferiores a con edema (+++)

Datos subjetivos: No se observa dificultad para caminar y movilizarse.

Exploración física: Mantiene posición erguida y correcta al caminar, duerme en posición fetal lateral izquierda.

1.5 Dormir y descansar

Datos objetivos: Sueño continuo por la noche de aproximadamente 8 horas de las 23 hrs a las 7 hrs, sin luz, no duerme siestas durante el día.

Datos subjetivos: No refiere pesadillas e insomnio, pero si fatiga por el embarazo, y desfase por la rutina hospitalaria.

Exploración física: cansada y tensa.

1.6 Vestirse

Datos objetivos: ropa limpia holgada y adecuada para la temperatura.

Datos subjetivos: Cómoda cambio de ropa diario.

Exploración física: No presenta marcas ocasionadas por la vestimenta.

1.7 Termorregulación

Datos objetivos: Temperatura corporal 36.8 °C

Datos subjetivos: No refiere calor o frío

Exploración física: Se encuentra piel íntegra, normo térmica, sin coloraciones anormales.

1.8 Higiene

Datos objetivos: Cabello, piel, uñas, boca, oídos, y ropa limpios.

Datos subjetivos: Baño diario por las mañanas, debido a rutina hospitalaria, aseo bucal después de cada alimento, cambio de ropa exterior e interior diario.

Exploración física: buen estado general de la limpieza.

1.9 Evitar peligros

Datos objetivos: No tiene alteraciones con los órganos de los sentidos.

Datos subjetivos: Refiere tener dolor de cabeza de tres semanas de evolución.

Exploración física: Se verifican barandales y medidas de seguridad en el hospital, cama en el nivel más bajo, zapatos antiderrapantes etc., prevención de caída.

Consultas prenatales 1 al mes desde el segundo mes de embarazo (total de 7 consultas)

1.10 Comunicación

Datos objetivos: No tiene problemas de lenguaje

Datos subjetivos: Refiere no tener problemas de audición, expresa sus necesidades, temores y opiniones, sin ningún problema, manifiesta sentir miedo y tristeza por no conocer el estado de salud del producto.

La relación con sus familiares se muestra con buena comunicación, demostración de afecto, comprensión y respeto, lenguaje en tono amable.

Exploración física: Es cooperadora y expresiva con sus emociones.

1.11 Religión creencias

Datos objetivos: Religión católica, la cual permite transfusiones sanguíneas y uso de métodos anticonceptivos.

Datos subjetivos: Practica la religión según creencias.

1.12 Realización

Datos objetivos: Su nivel de estudios es secundaria, ama de casa y no realiza algún trabajo remunerado.

Datos subjetivos: Refiere que no pudo seguir estudiando por su nivel socioeconómico, pero por el momento se siente bien por poder dedicarle tiempo a su familia

1.13 Recreación

Datos objetivos: Ver televisión y jugar con su familia

Datos subjetivos: Refiere pasar mucho tiempo con su familia lo que la distrae.

1.14 Aprender

Datos objetivos: No conoce datos de alarma en el embarazo ni para su patología, desconoce qué consecuencias le puede traer no atenderlas, en ella y su producto

Datos subjetivos: Refiere que le gustaría recibir información acerca de sus deficiencias de conocimiento para estar más tranquila.

VI.3.-DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

En base a la valoración de enfermería realizada se redactaron los siguientes diagnósticos de enfermería.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA O PC
Exceso de volumen de líquidos corporales rc disminución de la función renal mp edema en miembros inferiores hasta tercio superior de la pierna de (+++)
Riesgo de alteración de la diada materno fetal rc enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo.
Dolor agudo de cabeza rc presión sanguínea alta mp facies de dolor
Ansiedad rc amenaza en el estado de salud mp expresión del sentimiento “miedo a la pérdida o daño del bebe”
Estreñimiento rc embarazo, obesidad y actividad física insuficiente mp disminución de la frecuencia de la defecación y heces duras y secas.
Deterioro de la movilidad física rc malestar mp sedentarismo en cama
Fatiga rc embarazo, edema en miembros inferiores hasta tercio superior de la pierna de (+++) mp incapacidad para realizar actividades físicas rutinarias.
Desequilibrio nutricional rc aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas mp peso corporal superior en un 20 % al peso ideal según talla y constitución corporal.
Conocimientos deficientes rc falta de experiencia con la situación mp verbalización del problema ³¹

³¹ NANDA, Diagnostico enfermeros: definiciones y clasificaciones, ED Española, Madrid España, 2009-2011, PP431

VI.4.-JERARQUIZACIÓN DE PRIORIDADES

Para el establecimiento de prioridades se aplicaron los siguientes criterios:

- 1.-Problemas (PC o DxE) que pongan en riesgo la vida de la persona
- 2.-Problemas que para la persona y familia sean prioritarios.
- 3.- Problemas que contribuyen a la aparición o permanencia de otros problemas.
- 4.-Problemas que por tener una misma causa pueden abordarse conjuntamente.
- 5.- Problemas que tienen una solución sencilla.³²

La jerarquización de necesidades esta formulado en base a los problemas de salud encontrados durante la valoración; Siguiendo las normas antes mencionadas y los datos obtenidos en la valoración de enfermería, se logro jerarquizar de la siguiente manera:

Prioridad 1 estos problemas se decidió abordarlos como primer lugar debido a que ponen en riesgo la vida del bebe y la integridad del binomio

Exceso de volumen de líquidos corporales rc disminución de la función renal mp edema en miembros inferiores hasta tercio superior de la pierna de (+++)

Riesgo de alteración de la diada materno fetal rc enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo.

Prioridad 2 estos problemas se abordaron en segundo orden debido a que la ansiedad puede contribuir al mantenimiento e incremento de la tensión arterial y a la aparición del dolor de cabeza

Dolor agudo de cabeza rc presión sanguínea alta mp facies de dolor

Ansiedad rc amenaza en el estado de salud mp expresión del sentimiento “miedo a la pérdida o daño del bebe”

³² Luis Rodrigo Maria Teresa, De la teoría a la práctica, el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI, 2ª Edición, ED. Masson, 2000.

Prioridad 3 se abordado estos problemas en tercer orden debido a que son problemas que por tener una misma causa en este caso limitaciones para la actividad física y pueden abordarse conjuntamente contribuyen a la aparición o permanencia de otros problemas.

Estreñimiento rc embarazo, obesidad y actividad física insuficiente mp disminución de la frecuencia de la defecación y heces duras y secas.

Deterioro de la movilidad física rc malestar mp sedentarismo en cama

Fatiga rc embarazo, edema en miembros inferiores hasta tercio superior de la pierna de (+++) mp incapacidad para realizar actividades físicas rutinarias.

Desequilibrio nutricional rc aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas mp peso corporal superior en un 20 % al peso ideal según talla y constitución corporal.

Conocimientos deficientes rc falta de experiencia con la situación mp verbalización del problema

VI.5.-PLANEACIÓN DEL CUIDADO IMPLEMENTADO EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

En esta etapa se diseñaron las intervenciones de enfermería necesarias para prevenir, reducir aquellos problemas de salud detectados en la usuaria durante la etapa de diagnóstico, estableciendo objetivos realistas y determinando acciones de enfermería individualizadas, y un plan de cuidados aplicable durante su estancia hospitalaria el cual permita facilitar la interacción, dirigir los cuidados, registro de los mismo, permitiendo brindar un cuidado integral de enfermería.

PLANEACION DEL CUIDADO

PC O Dx E	OBJETIVO	INTERVENCIONES	EVALUACION
<p>Exceso de volumen de líquidos corporales rc disminución de la función renal mp edema en miembros inferiores hasta tercio superior de la pierna de (++++)</p>	<p>Mostrara disminución del edema a (+) a partir del tercer día de hospitalización</p> <p>Mostrara datos de disminución de la TA a 130/90 y control de la PVC a 10cm³ de H₂O</p>	<p>Toma y registro de TA y PVC 2 veces por turno</p> <p>Control y balance hídrico por turno</p> <p>Restringir la ingesta de líquidos claros solo 1.5 litros al día por vía oral con el siguiente esquema: 400 ml en el turno matutino, 300 en el turno vespertino y 200 en el turno nocturno.</p> <p>Toma y registro de peso corporal cada tercer día, en grafico para tendencia.</p> <p>Verificar grado de edema e identificar datos de anasarca.</p> <p>Identificación de datos neurológicos (incremento de letargo, hipotensión, calambres musculares) por turno.</p> <p>*Administrar medicación según indicación médica, diurético Furosemid 20 mg cada 8 horas, con monitoreo de efectos a las 2 horas posteriores a la administración</p>	<p>Demostró una estabilización del volumen de líquidos con balance hídrico (+), disminución de edema en miembros inferiores hasta tercio superior de la pierna de (++++) a (+).</p> <p>Mostro datos de estabilización de TA manteniéndose dentro de los parámetros esperados 120/80-130/90mmHg y PVC 8 a 10 cm H₂O, durante su estancia hospitalaria</p>

PC O Dx E	OBJETIVO	INTERVENCIONES	EVALUACION
<p>Riesgo de alteración de la diada materno fetal rc enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo.</p>	<p>Y.P.E.P se mantendrá sin datos de alteración de la reserva fetal</p> <p>Identificar datos tempranos de alteración fetal</p>	<p>Permitir adoptar la posición de elección deambular</p> <p>Fomentar posturas que ayuden a la oxigenación, (sedente, decúbito lateral izquierdo, trendelenburg)</p> <p>Practicar con ella un patrón de respiración diafragmática lento y profundo 2 veces por turno</p> <p>Mantener un ambiente de tranquilidad 2 veces por turno sesiones de terapias de relajación de 20 minutos cada uno.</p> <p>Monitorización de FCF cada hora Valoración de la respuesta fetal 2 veces por turno</p> <p>Alerta a la paciente a expresar cambios en la respuesta fetal del bebe Toma y registro de TA cada</p> <p>Vigilar datos que sugieran DPNI ,(dolor abdominal en forma de cinturón, abdomen en tabla , pérdidas transvaginales café achocolatado)</p>	<p>FCF se mantuvo dentro de los rangos esperados 130-120 latidos por minuto, durante su estancia hospitalaria</p> <p>No se identificaron datos de alteración de la reserva fetal durante el periodo de hospitalización, mostrando una adecuada respuesta fetal.</p>

PC O Dx E	OBJETIVO	INTERVENCIONES	EVALUACION
<p>Dolor agudo de cabeza rc presión sanguínea alta mp facies de dolor</p>	<p>Referirá disminución paulatina de dolor de 6 a 3 de la escala de EVA durante los tres primeros días de hospitalización.</p>	<p>Realizar valoración de escala de EVA 30 minutos posteriores a la aplicación de medicamentos hipotensores.</p> <p>Determinar las características del dolor cuando esté presente por medio de interrogatorio directo.</p> <p>Propiciar en la paciente el reposo en cama durante la fase de dolor.</p> <p>Proporcionar sesiones de terapias de relajación de 20 minutos cada uno previo a un descanso de la paciente durante el turno.</p> <p>Proporcionarle información acerca del dolor, tal como causas, tiempo de duración, y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos.</p> <p>Ayudar a la paciente con la deambulacion según la necesidad.</p>	<p>La paciente mantuvo la TA dentro de los parámetros individuales aceptables manteniendo cifras de 120/80- 130/90 mmHg.</p> <p>Valoración de EVA manteniendo en 2 en los periodos posteriores a 2 horas de la medicación, reconoce el comienzo del dolor, Refiere características del dolor lo que permitió la realización de terapias de alivio del dolor y sigue el régimen farmacológico prescrito durante su estancia hospitalaria.</p>

PC O Dx E	OBJETIVO	INTERVENCIONES	EVALUACION
<p>Ansiedad rc amenaza en el estado de salud mp expresión del sentimiento “miedo a la pérdida o daño del bebe”</p>	<p>Reducirá la ansiedad hasta un grado manejable (grado 2 raramente demostrado, de 5) mediante técnicas de relajación y expresión durante su estancia hospitalarias.</p>	<p>Identificar el grado de ansiedad, y el conocimiento actual de la enfermedad al notar cambios en la conducta de la paciente mediante interrogatorio directo.</p> <p>Identificar la percepción de la situación del paciente y allegados.</p> <p>Ofrecer información precisa y concreta sobre las intervenciones y técnicas normales que se le realizaran.</p> <p>Estimular al paciente a reconocer sus inquietudes y expresar sus sentimientos.</p> <p>Ayudar al paciente a iniciar conductas de afrontamiento positivas que haya utilizado en el pasado con éxito</p> <p>Realizar tactos terapéuticos, masajes en espalda, cuello y miembros inferiores, con sesiones de 15 minutos, por lo menos una vez por turno.</p>	<p>Se mostro relajada, describió la reducción de la ansiedad hasta un grado manejable logrando demostrar ansiedad raramente (grado 2), afrontamiento de los problemas, autocontrol de la ansiedad y concentración en su tratamiento, utilizando eficazmente los recursos ofrecidos.</p>

PC O Dx E	OBJETIVO	INTERVENCIONES	EVALUACION
<p>Estreñimiento rc embarazo mp disminución de la frecuencia de la defecación y heces duras y secas.</p>	<p>Mantendrá al menos una evacuación intestinal de heces blandas , formadas y sin molestias cada día , durante la hospitalización</p> <p>Asegurar la ingesta al 100% de la dieta</p>	<p>Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento mediante la observación y exploración física, Comprobar movimientos intestinales mediante la auscultación abdominal, 2 veces por turno.</p> <p>Asistir a la paciente con cambios de posición frecuentes y fomentar la ambulación 10 minutos, durante los periodos libres de procedimientos.</p> <p>Enseñar y explicar de manera verbal la etiología del problema y los procesos de resolución del estreñimiento</p> <p>Ofrecer una dieta equilibrada en proteínas, baja en sodio. Desayuno, comida y cena, con 2 colaciones.</p> <p>Asegurar la ingesta de líquidos claros solo 1.5 litros al día por vía oral con el siguiente esquema: 400 ml en el turno matutino, 300 en el turno vespertino y 200 en el turno nocturno.</p>	<p>Durante su estancia hospitalaria se logro modificar el patrón deficiente de la eliminación, aumentando en número y cantidad de veces que se realizaba la eliminación intestinal, evacuando 2 veces al día, sin molestias y heces de características blandas y formadas, manifiesta de forma verbal el alivio del estreñimiento.</p> <p>Se logra la aceptación de los alimentos y la ingesta total de la dieta recomendada.</p>

PC O Dx E	OBJETIVO	INTERVENCIONES	EVALUACION
<p>Deterioro de la movilidad física rc malestar mp sedentarismo en cama</p>	<p>Aumentara la movilidad física durante su estancia hospitalaria</p>	<p>Ejercitación en cama 10 minutos 1 vez por turno durante el día (Flexiones, extensión, rotación de extremidades).</p> <p>Valorar la frecuencia cardiaca, la presión arterial, la presencia de de disnea y el color de la piel antes y después de la actividad.</p> <p>Reposo en cama haciendo énfasis en permanecer en decúbito lateral izquierdo.</p> <p>Periodo de caminata asistida de 10 minutos una vez por turno en los periodos libres.</p> <p>Aumentar la independencia en las actividades de la vida diaria, eliminando la impotencia a medida que la paciente va recuperando fuerzas.</p> <p>Evaluar la habilidad para levantarse con la prueba de levántate y anda 1 vez por turno.</p>	<p>Verbaliza sentimientos de aumento de la fuerza y la capacidad para moverse coordinadamente, mantenimiento del equilibrio, mantenimiento de la posición corporal, realización de transferencia de un lugar a otro independiente.</p>

PC O Dx E	OBJETIVO	INTERVENCIONES	EVALUACION
<p>Fatiga rc embarazo, edema en miembros inferiores hasta tercio superior de la pierna de (+++) mp incapacidad para realizar actividades físicas rutinarias.</p>	<p>Manifestara disminución de la fatiga en la realización de trabajos mentales y físicos durante su estancia hospitalaria hasta el nivel habitual.</p>	<p>Establecer periodos uniformes de reposo de 30 minutos en cama entre actividades y / ejercicios 10:30, 12:30, 15:30, 18:30.</p> <p>Toma de siesta en cama, por la mañana de 10:30 a 11 am, y 1 hora por la tarde de 5 a 6 pm diariamente.</p> <p>Interrumpir los ejercicios o la actividad cuando comience a fatigarse y tome un descanso.</p>	<p>La paciente identifico los factores de riesgo y las acciones individuales que le causan fatiga, alternativas para ayudar a mantener el grado esperado de la actividad, y refirió tener energía psicomotora, sentirse descansada y un equilibrio emocional.</p>

PC O Dx E	OBJETIVO	INTERVENCIONES	EVALUACION
<p>Desequilibrio nutricional rc aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas mp peso corporal superior en un 20 % al peso ideal.</p>	<p>Y.P.E.P. aceptara y consumirá el 100% de la dieta prescrita, durante su estancia hospitalaria</p> <p>Y.P.E.P. ejemplificara la forma en que se utiliza el plato del buen comer.</p>	<p>Asegurar la ingesta del 100% de una dieta equilibrada en proteínas, baja en sodio. Desayuno, comida y cena, con 2 colaciones</p> <p>Pesar a la paciente en intervalos frecuentes, cada tercer día.</p> <p>Impartir una sesión de 20 minutos sobre el uso y manejo del plato del buen comer para el aprendizaje y equilibrio de la dieta.</p> <p>Sesión educativa de reforzamiento con duración de 30 min, en la que la paciente ejemplifique el uso del plato del buen comer.</p>	<p>Se logro un adecuado aporte de nutrientes por vía oral sin exceder los requerimientos metabólicos en el embarazo, logrando una estabilidad en el peso corporal durante su estancia hospitalaria.</p> <p>Y.P.E.P. ejemplifica de manera adecuada un desayuno, una comida y una cena equilibrada según el plato del buen comer.</p>

PC O Dx E	OBJETIVO	INTERVENCIONES	EVALUACION
<p>Conocimientos deficientes de la enfermedad rc falta de experiencia con la situación mp verbalización del problema</p>	<p>Y.P.E.P. describirá de la enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo, los factores de riesgo, complicaciones para el binomio y acciones preventivas, antes del egreso hospitalario</p>	<p>Impartir una sesión de 20 minutos sobre la enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo.</p> <p>Sesión educativa de reforzamiento con duración de 30 min, en la que la paciente describirá de la enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo, los factores de riesgo, complicaciones para el binomio y acciones preventivas</p>	<p>La paciente verbalizo la comprensión del proceso de la enfermedad, factores de riesgo, descripción de signos y síntomas, régimen terapéutico, y posibles complicaciones que necesitan atención médica inmediata.</p> <p>Se enfatizó la importancia de la adopción de estilos de vida saludables, fomento el autocuidado de la salud e impulse la prevención de la enfermedad y las discapacidades.</p>

VI.6.-EJECUCION

En esta fase del proceso de enfermería se llevo a cabo la aplicación del plan de cuidados de enfermería elaborado previamente y con el objetivo de conducir a una mujer gestante con preeclampsia hacia la satisfacción de sus necesidades y la culminación de su embarazo en optimas condiciones para el binomio madre hijo.

Durante la aplicación del plan de cuidados de enfermería la paciente demostró entusiasmo ya que se le menciona que sería un plan de cuidados personalizado, cuyo objetivo estaría dirigido hacia la plena satisfacción de sus necesidades básicas, por lo que la paciente se demostró cooperadora lo que facilito el seguimiento de los avances.

El plan de cuidados, solo se aplico por el turno matutino de 7 am a 15 horas, turno en el que me encontraba realizando mi servicio social, se comento con las enfermeras de los turnos contiguos (turno vespertino, velada A y B) sobre la aplicación del proceso, por lo que se les solicito su colaboración para que anexaran en sus registros de enfermería datos clínicos importantes de utilidad para la aplicación de los cuidados específicos de enfermería.

Durante mi turno, me dedique a recopilar datos relevantes de los turnos precedentes, plasmados en los registros de enfermería y obtenidos también en forma verbal por las compañeras en los enlaces del turno de enfermería.

Una limitante detectada fue que no todas las enfermeras tienen el conocimiento del proceso de atención de enfermería, debido a su formación académica por lo que no se pudo dar continuidad a la aplicación de plan de cuidados diseñado para la paciente en los turnos siguientes.

VI.7.- EVALUACION

En esta última etapa del proceso de atención de enfermería, se evaluó de acuerdo a las necesidades básicas prioritarias en la mujer embarazada que curso con preeclampsia, la usuaria evoluciono satisfactoriamente, permitiendo seguir con el curso de su embarazo, manteniendo una salud optima en el binomio.

Se proporcionaron con efectividad los cuidados, el hospital general Dr. Manuel Gea Gonzales, en el servicio hospitalización ginecología y obstetricia durante la fecha comprendida del 15 al 21 de Abril del 2011, la paciente permitió se brindaran los cuidados planeados y así lograr el objetivo principal.

La usuaria egreso del hospital sin complicaciones y en un estado de salud optimo, con un plan de alta creado a sus necesidades encaminado a asegurar la culminación de su embarazo con el nacimiento de un bebe sano.

VI.8.- PLAN DE ALTA

La Sra. Y.P.E.P. en su 6° día de hospitalización fue egresada del servicio de hospitalización ginecología y obstetricia, aproximadamente a las 12:30, el día 21 de abril del 2011, bajo el siguiente plan de alta.

La Sra. Y.P.E.P. recibió orientación en base a la importancia que tiene la patología por la cual cursa, que aun que se logro controlar y evitar complicaciones durante su estancia hospitalaria puede incurrir algún signo o síntoma de alarma por lo que tiene cita abierta a urgencias.

Durante 8 días deberá acudir a su centro de salud más cercano a la toma de tensión arterial, se le indico parámetros normales, signos y síntomas de alarma que indiquen presión arterial alta.

Información básica en la administración de medicamento (alfametildopa 500 mg V.O c/ 8 hrs, Hidralazina 50 mg V.O c/6 hrs) indicándole que son antihipertensivos de suma importancia para su padecimiento para el control de la presión arterial.

Se brindo orientación nutricional sobre la importancia de que su alimentación sea controlada, hiposodica e hipolipidica, hiperproteica, con alimentos altos en contenido de Mg y Ca, así como su control en el consumo de líquidos de 1.5 litros al día, para mantener un control en su peso, evitando aumentos repentinos.

Se oriento hacia la planificación familiar, para la planeación y control de un próximo embarazo, para evitar futuras complicaciones con educación para la salud mediante una sesión informativa con rotafolio ilustrado de métodos anticonceptivos, y educación prenatal.

VII.- CONCLUSIONES

El papel de la enfermera, es fundamental en el manejo y tratamiento de la mujer embarazada con preeclampsia, ya que posee un alto sentido de humanidad y alto nivel de preparación y conocimientos, el cual debe seguir actualizándose a lo largo de la profesión.

El análisis de datos obtenidos del proceso atención de enfermería, implica obtener información necesaria y oportuna para corregir el déficit en la asistencia de enfermería y así mejorar la calidad de atención y prevenir posibles complicaciones en mujeres embarazadas con preeclampsia.

Considero el proceso de atención enfermería basado en el modelo de Virginia Henderson una herramienta importante y fundamental, que permite organizar y sistematizar la atención haciéndola incrementar la calidad de atención, los profesionales de la salud tenemos el compromiso de actualizar permanente mente nuestros conocimientos durante el ejercicio de la profesión, los cuidados de enfermería desempeñan un papel de primer orden en la atención del paciente hospitalizado.

En conclusión toda mujer puede tener complicaciones inesperadas durante el curso de su embarazo, aunque los servicios de salud estén disponibles y sea de calidad, no es suficiente, sigue siendo un hecho inherente de la mortalidad materno fetal, es por ello que considero de principal importancia que los profesionales de enfermería se enfrente a las diversas patologías con juicio crítico que nos permita establecer diagnósticos, establecer un plan de acción priorizado y ejecutando los cuidados para la satisfacción de las necesidades de las usuarias, implementando acciones preventivas para evitar riesgos en la reproducción, disminuyendo costos a la familia y la sociedad.

La educación de la madre, en particular la educación sexual, influye de manera importante en las conductas reproductivas, que están estrechamente asociadas a la mortalidad infantil.

Es nuestra responsabilidad como sociedad y profesionales de la salud, desarrollar y fortalecer una nueva cultura de la salud que enfatice la importancia de la adopción de estilos de vida saludables, fomente el autocuidado de la salud e impulse la prevención de la enfermedad y

las discapacidades y favorezcan la cultura de la salud y el desarrollo de oportunidades para elegir estilos de vida saludables.

Se logro el cumplimiento de los objetivos anteriormente planeados, se generaron estrategias con la finalidad de prevenir complicaciones, logrando la culminación del embarazo en óptimas condiciones, asegurando la vida y la integridad del binomio.

VIII.-ANEXO

GUIA DE VALORACION DE ENFERMERIA EN EL EMBARAZO EN BASE AL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZALEZ

FICHA DE IDENTIFICACION

NOMBRE: Yessenia Pilar Esperanza Paz EDAD: 32 AÑOS

OCUPACION: Ama de casa EDO. CIVIL: Unión libre ESCOLARIDAD: Primaria

DIRECCION: Calle Manuel Cañas N° 527, Col. Zapotitlán, Del. Tlahuac.

SIGNOS VITALES

RESPIRACION: 28 X MIN FRECUENCIA CARDIACA: 88 latidos x min.

TEMPERATURA: 37°C T/A: 150/90 mm Hg

SOMATOMETRIA

TALLA: 1.60 CM PESO INICIAL: 62 kg. PESO ACTUAL: 74.500 kg.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Si No

	Si	No
DIABETES		X
TB PULMONAR		X
HIPERTENSION		X
CANCER		X
HIPERTENSION ARTERIAL		X

ANTECEDENTES PERSONALES

SI NO

DIABETES		X
CANCER		X
HIPERTENSION		X
INFERTILIDAD		X
TB PULMONAR		X
OTRAS	X	

* Osteosíntesis de tobillo derecho

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

MENRCA: 13 Años

RITMO: 30 x 3

IVSA: 20 Años

Nº DE PAREJAS SEXUALES: 1 G: 2 P: 1 A: 0 C: 0

PESO DEL PRODUCTO MAS GRANDE: 3, 200 kg

MET. ANTICONCEPTIVO: Hormonales orales

FUP: 07/08/06 FUM: 18/09/10 FPP: 10/06/11

VALORACION POR NECESIDADES

1.- OXIGENACION	SI	NO	OBSERVACIONES
¿Tiene algún problema para respirar?		X	
¿Fuma?		X	
¿Es fumadora pasiva?		X	
¿Tiene animales en casa?	X		Gato
¿Su casa está bien ventilada?		X	
¿Ha sufrido alguna enfermedad pulmonar?		X	

Exploración: Nariz con mucosas bien hidratadas, sin secreciones, cuello y piel normal, pulso carotideo presente, tórax con buena expansión, sin presencia de nódulos, pigmentos, cicatrices, hundimientos y asimetrías.

2.- ALIMENTACION/ HIDRATACION	SI	NO	OBSERVACIONES
¿Tiene algún problema con su apetito?		X	
¿Sigue alguna dieta especial?		X	
¿Toma algún complemento alimenticio?		X	
¿Tiene horarios establecidos para tomas alimentos?	X		
¿Tiene problemas para masticar?		X	
¿Tiene alergia a algún alimento?		X	
¿Tiene dificultad para mantener su peso?		X	
¿Ingiere alimentos entre comidas?		X	
¿Tiene problemas digestivos?		X	.
¿Sabe que alimentos incluir en su dieta?		X	
¿Sabe que alimentos debe evitar en su dieta?		X	
¿Cuántos vasos de agua toma al día?			De 8 a 10 vasos

Exploración: Mucosas hidratadas, con buena coloración, sin presencia de laceraciones ni alteraciones, 24 piezas dentales por tratamiento de ortodoncia, sin presencia de caries, faringe rosada, no se visualizan amígdalas, refiere amigdalotomía previa, lengua rosada, con alteraciones en la deglución, por opresión en tórax y abdomen por producto.

3.- ELIMINACION	SI	NO	OBSERVACIONES
¿Tiene problemas de estreñimiento?	X		Heces duras cada tercer día.
¿Tiene problemas de diarrea?		X	
¿Tiene problemas de hemorroides?		X	
¿Tiene sangrado al defecar?		X	
¿Tiene dolor al defecar?		X	
¿Tiene alguna dificultad para orina?		X	
¿Tiene dolor al orinar?		X	

¿Experimenta esfuerzo al orinar?		X	
----------------------------------	--	---	--

Exploración: Órganos genitales externos limpios, sin presencia de líquido trans vaginal, orina de 8 a 10 veces por día, orina de color amarillo ámbar.

4.- MOVIMIENTO Y POSTURA	SI	NO	OBSERVACIONES
¿Presenta dificultad para levantarse?		X	
¿Tiene problemas para sentarse?		X	
¿Tiene problemas para caminar?		X	
¿Ha sufrido alguna lesión que le dificulte la movilidad?	X		Fx. de tobillo por accidente automovilístico (9 años previos)

Exploración: Mantiene posición erguida y correcta al caminar, duerme en posición fetal, no observa mecánica corporal al levantarse de cama.

5.- DORMIR Y DESCANZAR	SI	NO	OBSERVACIONES
¿Duerme bien?		X	
¿Duerme siestas durante el día?		X	
¿El lugar donde duerme favorece su descanso y sueño?		X	
¿Cuántas horas duerme a diario?			8 horas

Exploración: No refiere pesadillas e insomnio, pero si fatiga por el embarazo, y desfase por la rutina hospitalaria, se observa cansada y fatigada.

6.- VESTIRSE	SI	NO	OBSERVACIONES
¿Tiene algún problema para vestirse?		X	
¿Se siente cómoda con la ropa que usa?	X		
¿Utiliza zapatos de piso?	X		

Exploración: Ropa limpia holgada, adecuada para la temperatura, cómoda con cambio diario, no presenta marcas ocasionadas por la vestimenta.

7.-TERMOREGULACION	SI	NO	OBSERVACIONES
¿Ha presentado fiebre durante el embarazo?		X	
¿Ha presentado hipotermias durante el embarazo?		X	
¿Su vivienda cuenta con aire acondicionado o calefactor?		X	

Exploración: Temperatura corporal 36.8 °C, no refiere calor o frio, se encuentra piel normo térmica, sin coloraciones anormales

8.- HIGIENE CORPORAL	SI	NO	OBSERVACIONES
¿Realiza baño diario?	X		
¿Su cambio de ropa es completo?	X		
¿Realiza aseo bucal?	X		Después de cada comida
¿Utiliza hilo dental?		X	
¿Realiza lavado de manos?	X		Antes de cada comida y después de ir al sanitario

Exploración: Cabello, piel, uñas, boca, oídos, y ropa limpios, buen estado general de la limpieza.

9.- EVITAR PELIGROS	SI	NO	OBSERVACIONES
¿Tiene algún problema con los órganos de los sentidos?		X	
¿En su casa hay algún problema que la ponga en riesgo?		X	
¿En su trabajo existe algún problema o condición física que lo ponga en riesgo?		X	
¿Conoce medidas de protección en caso de incendio y sismos?		X	
¿Tiene algún tipo de dolor?	X		Dolor de cabeza
¿Es alérgica a algún medicamento?		X	

Exploración: No tiene alteraciones con los órganos de los sentidos, se observa tener los barandales de la cama altos.

10.- COMUNICACION	SI	NO	OBSERVACIONES
¿Tiene algún problema de lenguaje?		X	
¿Tiene algún problema de audición?		X	
¿Tiene buena relación con su familia?	X		
¿Tiene algún problema para expresar sus emociones?		X	
¿Tiene problemas para expresar sus necesidades?		X	
¿Tiene algún problema para expresar sus temores?		X	
¿Expresa sus emociones sin algún tipo de temor?	X		

Exploración: Refiere no tener problemas de audición, expresa sus necesidades, temores y opiniones, sin ningún problema, manifiesta sentir miedo y tristeza por no conocer el estado de salud del producto, cooperadora y amable.

11.- RELIGION Y CREENCIAS	SI	NO	OBSERVACIONES
¿Profesa alguna religión?	X		Católica
¿Su religión le permite transfusiones sanguíneas?	X		
¿Su religión le permite uso de métodos anticonceptivos?	X		Hormonales orales
¿Está a gusto profesando sus creencias?	X		Me da paz

Exploración: Practica la religión según creencias, comenta que eso la ha ayudado a no perder las esperanzas y que todo saldrá bien en su embarazo.

12.- REALIZACION	SI	NO	OBSERVACIONES
¿Se siente satisfecha con sus logros profesionales?	X		
¿Se siente satisfecha con sus logros personales?	X		
¿Considera que su autoestima es la adecuada?	X		
¿Su embarazo actual estaba planeado?	X		
¿Es un embarazo deseado?	X		

Exploración: Su nivel de estudios es secundaria, ama de casa y no realiza algún trabajo remunerado, refiere que no pudo seguir estudiando por su nivel socioeconómico, pero por el momento se siente bien por poder dedicarle tiempo a su familia

13.- RECREACION	SI	NO	OBSERVACIONES
¿Cuenta con tiempo libre?	X		
¿Practica algún deporte?		X	
¿Ha modificado sus actividades anteriores al embarazo?		X	
¿Existen en su comunidad lugares para divertirse?	X		
¿Existen en su comunidad lugares para practicar algún deporte?	X		
¿Acude con frecuencia a esos lugares?	X		
¿Esos lugares son seguros?	X		

Observación: Refiere pasar mucho tiempo con su familia lo que la distrae, también ver televisión y jugar con su familia

14.-APRENDIZAJE	SI	NO	OBSERVACIONES
¿Conoce los cambios fisiológicos del embarazo?	X		
¿Conoce los signos de alarma en el embarazo?		X	
¿Hay algo que no comprenda del embarazo y que le gustaría aclarar?	X		¿Qué le puede pasar a mi bebe con la preeclampsia?
¿Le gustaría asesoría para mejorar su salud?	X		

Exploración: No conoce datos de alarma en el embarazo ni para su patología, desconoce qué consecuencias le puede traer no atenderlas, en ella y su producto, refiere que le gustaría recibir información acerca de sus deficiencias de conocimiento para estar más tranquila.

VIII.2.-ETIQUETAS DIAGNOSTICAS

Exceso de volumen de líquidos corporales rc disminución de la función renal mp edema en miembros inferiores hasta tercio superior de la pierna de (+++)

Etiqueta DX	Definición	Factores relacionados	Características definitorias
Exceso de volumen de líquidos(00026)	Aumento de la retención de líquidos isotónicos	Compromiso de los mecanismos reguladores Exceso de aporte de líquidos Exceso de aporte de sodio	Anasarca Ansiedad Oliguria Edema Disnea Aumento de peso en corto periodo de tiempo

Riesgo de alteración de la diada materno fetal rc enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo.

Etiqueta DX	Definición	Factores riesgo
Riesgo de alteración de la diada materno fetal	Riesgo de alteración de la diada simbiótica materno-fetal como resultado de comorbilidad o condiciones relacionadas con el embarazo	Complicaciones del embarazo(RPM, Placenta previa, desprendimiento de placenta retraso en los cuidados prenatales, gestación múltiple) Compromiso del aporte de O ² (anemia, hipertensión, hemorragia, parto prematuro)

Dolor agudo de cabeza rc presión sanguínea alta mp facies de dolor

Etiqueta DX	Definición	Factores relacionados	Características definitorias
Dolor agudo (00132)	Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en varios términos; inicio súbito lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración inferior a 6 meses.	Agentes lesivos biológicos, químicos, físicos y psicológicos.	Cambios en la presión arterial Conducta expresiva Mascara facial Conducta defensiva Observación de evidencias de dolor Informe verbal del dolor

Estreñimiento rc embarazo mp disminución de la frecuencia de la defecación y heces duras y secas.

Etiqueta DX	Definición	Factores relacionados	Características definitorias
Estreñimiento	Reducción de la frecuencia normal de evacuaciones intestinales ,acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces excesivamente duras y secas	Actividad física deficiente Embarazo Desequilibrio hidro electrolítico Cambios en el patrón de la alimentación	Dolor abdominal Disminución de la frecuencia Eliminación de heces duras y secas Cefaleas

Ansiedad rc amenaza en el estado de salud mp expresión del sentimiento “miedo a la pérdida o daño del bebe”

Etiqueta DX	Definición	Factores relacionados	Características definitorias
Ansiedad (00146)	Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica, sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo	Asociación familiar Estrés Amenaza de muerte Amenaza en el estado de salud, los patrones de interacción, las funciones del rol Asociación familiar, cambio en el estado de salud	Expresión de preocupación inquietud Angustia Temor Preocupación creciente Aumento de la tensión arterial miedo de consecuencias inespecíficas

Conocimientos deficientes rc falta de experiencia con la situación mp verbalización del problema

Etiqueta DX	Definición	Factores relacionados	Características definitorias
Conocimientos deficientes(00126)	Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema en específico	Mala interpretación de la información Falta de interés por el aprendizaje Poca familiaridad con los recursos para obtener información.	Comportamientos exagerados Seguimiento inexacto de las instrucciones Verbalización del problema

Deterioro de la movilidad física rc malestar mp sedentarismo en cama

Etiqueta DX	Definición	Factores relacionados	manifestaciones
Deterioro de la movilidad física (00085)	Limitación del movimiento físico independiente, intencionado del cuerpo o de una o mas extremidades	Intolerancia a la actividad Ansiedad Dolor Deterioro del estado físico Malestar Medicamentos Prescripción de restricción de movimientos	Limitación de la capacidad para las habilidades motoras groseras Inestabilidad postural Movimientos descoordinados Sedentarismo en cama

Fatiga rc embarazo, edema en miembros inferiores hasta tercio superior de la pierna de (+++) mp incapacidad para realizar actividades físicas rutinarias.

Etiqueta DX	Definición	Factores relacionados	Características definitorias
Fatiga (00093)	Sensación sostenida y abrumadora de agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo mental y físico al nivel habitual	Disminución en la ejecución de las tareas Aumento de las quejas físicas Cansancio Verbalización de una falta de energía.	Ansiedad Estrés Malestar físico Embarazo Ruido Luces Acontecimientos vitales negativos

Desequilibrio nutricional por aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas por peso corporal superior en un 20% al peso ideal según talla y constitución corporal.

Etiqueta DX	Definición	Factores relacionados	Características definitorias
Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades (00001)	Aporte de nutrientes que excede las necesidades metabólicas	Aporte excesivo en relación con las necesidades	Patrones alimentarios disfuncionales Comer en respuesta a claves internas distintas al hambre Sedentarismo Peso corporal superior en un 20% al ideal según la talla y constitución corporal

Escala de valoración de edema.

Escala	Descripción	Profundidad de la fovea	Tiempo de recuperación de la fovea
0	No presente	0	-----
1+	Rasgos	< 6.4 mm	Rápido
2+	Leve	< 12.8 mm	10-15 segundos
3+	Moderado	12.8 mm-2.5 cm	1-2 min
4+	Severo	> 2.5 cm	2-5 min

Fuente: Canobio MM et al. Trastornos cardiovasculares. España: Ed. Mosby/Doyma; 1993

IX.-BIBLIOGRAFÍA

Alan H. DeCherney, Diagnostico y tratamiento ginecobotetrico, ED Manual moderno, México, 9ª edición, 2007.

Alfaro, Le Feure Rosalinda “Aplicación del proceso atención de enfermería” Guía práctica, editorial, Mosby, Barcelona, España.1992. pp. 302

Atkinson Leslie D, proceso de atención de enfermería, ED, Manual Moderno México, 1979, PP17

Carpenito Linda, Diagnósticos de enfermería, ED Interamericana 2da edición, México, DF, 2008, PP 465

Colliere Marie-Francoise, “Promover la Vida”, de la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de Enfermería. McGraw-Hill Interamericana de España; Madrid: 1993.

Cunningham, Williams obstetricia, 8ª edición, ED mason, S.A,

Doenges Marilyn E. Planes de cuidados de enfermería, ED Mc Graw Hill, Mexico 2006.

Ellen Murray, Ph.D.RN.Leslie D. Atkinson R.N.H.S.N. “Proceso de atención de enfermería”, 5ª edición, editorial Mc Graw Hill Interamericana, 1995.pp 225.

Grace,V, Métodos fundamentales de enfermería, 6ª edición, ED Troquel, S.A, Buenos Aires Argentina, impreso en 2008, PP 450

Gordon,Maryori.Manual de diagnosticos.Ed, Mosby, Elsevier España, 1999.

Mondragón Héctor, Gineco-obstetricia de la niñez a la senectud, 2ª edición, ED, Trillas, México 2006.

Iyer Patricia, Barbara Taptich, Proceso y diagnostico de enfermería, Editorial Interamericana,Mc Graw Hil, 3ª edición, 1997

Kozier, G.Fundamentos de enfermería, conceptos, procesos y práctica, Ed Mc Graw Hill, México, 1979

Kozier G. Erb. K. Blais, Johnson,.S Temple.”Técnicas en enfermería clinica”4ª Edición, Vol. I. Ed. Mc Graw Hill, Interamericana.pp.558

Luis Rodrigo Maria, De la teoría a la práctica, el pensamiento de V.H en el siglo XXI, ED Madison, 2ª edición, 2000.

Marrinen Tomey,Modelos y teorías de enfermería, Editorial Elsevier, Madrid España, 2007, pp 54-56_____.

Moran Aguilar Victoria, Modelos de enfermería, editorial Trillas, 1ª edición, México 1996.

Mc Farland, Kim, Diagnosticos de enfermería, Ed Interamericana Mc Graw Hill, 1ª edición, 1993

NANDA, Diagnostico enfermeros: definiciones y clasificaciones, ED Española, Madrid España, 2009-2011, PP431

Riopelle Lise, cuidados de enfermería, un proceso centrado en las necesidades de la persona, ED Mc Graw Hill, 1ª edición, Madrid 1993.

RL.Wesley, Teorias y modelos de enfermería, Editorial Mac Graw Hill Interamericana, 2ª edición, 179 pag.