

00921
41



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
"Aplicado a una paciente embarazada con 39
semanas de gestación, probable preeclampsia
leve más pródromos de Trabajo de Parto"**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
L I C E N C I A D A E N
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**P R E S E N T A :
IRMA CORTÉS MENDOZA**

No. DE CUENTA 8246656-7

DIRECTOR ACADÉMICO:

[Firma manuscrita]
LIC. ARMANDO ORTEGA GUTIÉRREZ



Escuela Nacional de
Enfermería y Obstetricia
SERVICIOS ESCOLARES

MÉXICO, D.F.

NOVIEMBRE 2003



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A G R A D E C I M I E N T O S

A mi esposo Jesús Salvador y a mis hijos Dahir, Samarita y Christian

Agradezco con todo mi amor y cariño el apoyo incondicional que me brindaron durante el tiempo que cursé la carrera, así como el tiempo que requerí para elaborar el presente Proceso Atención de Enfermería con el que culmino un objetivo más en mi vida profesional.

Al Lic. Armando Ortega Gutiérrez

Quien fue mi asesor académico, agradezco su paciencia, atención y apoyo incondicional que me brindo para la realización de este trabajo.

INDICE

INTRODUCCION

1.OBJETIVOS

- 1.1. General 2
- 1.2. Específicos 2

2. JUSTIFICACION 3

3.METODOLOGIA

- 3.1.Limites 4
- 3.2.Aspecto ético 4
- 3.3.Recursos 5
- 3.4.Formatos para el desarrollo y aplicación del PAE por etapas 5
 - 3.4.1.Primer etapa: Valoración 5
 - 3.4.2.Segunda etapa: Diagnóstico de Enfermería 5
 - 3.4.3.Tercera etapa: Planeación 6
 - 3.4.4.Cuarta etapa: Ejecución 6
 - 3.4.5.Quinta etapa: Evaluación 6

4. MARCO TEORICO

- 4.1. Enfermería 7
 - 4.1.1. Enfermería y salud 8
 - 4.1.2. Enfermería y sociedad 9
- 4.2. Proceso de Atención de Enfermería 10
 - 4.2.1. Beneficios del uso del Proceso de Atención de Enfermería 11
- 4.3. Etapas del Proceso de Atención de Enfermería
 - 4.3.1. Valoración 12
 - 4.3.2. Diagnóstico 13
 - 4.3.3. Planeación 15
 - 4.3.4. Ejecución 15
 - 4.3.5. Evaluación 16

4.4. Modelo Conceptual de Virginia Henderson	17
4.4.1. Concepto básico del Modelo	18
4.4.2. La persona y las 14 necesidades básicas	19
4.4.3. La salud independencia/dependencia y causas de dificultad	20
4.4.4. Postulados base del Modelo	21
4.4.5. Aplicación del Modelo	22
4.5. Anatomía del Aparato Reproductor Femenino	
4.5.1. Órganos genitales externos	23
4.5.2. Órganos genitales internos	24
4.5.2.1. Vagina	24
4.5.2.2. Útero	24
4.5.2.3. Trompas de Falopio	24
4.5.2.4. Ovarios	25
4.6. Generalidades del Padecimiento	
4.6.1. Definición	26
4.6.2. Nomenclatura	26
4.6.3. Epidemiología	26
4.6.4. Prevención de la preeclampsia-eclampsia	27
4.6.5. Clasificación de los estados hipertensivos asociados al embarazo	28
4.6.6. Diagnóstico	29
4.6.7. Diagnóstico diferencial de los estados hipertensivos asociados al embarazo	30
4.6.8. Tratamiento de la preeclampsia leve	30
4.6.9. Tratamiento de la preeclampsia severa y la eclampsia	32
4.6.10. Complicaciones de la preeclampsia-eclampsia	33
4.6.11. Interrupción del embarazo	34
4.6.11.1. Razones para permitir la continuación del embarazo	34
4.6.11.2. Razones para interrumpir el embarazo	35
4.6.12. Pródromos de Trabajo de Parto	37
5. HISTORIA CLINICA	
5.1. Historia clínica medica	38
5.2. Historia clínica de enfermería de Virginia Henderson	40

5.2. Historia clínica de enfermería de Virginia Henderson	40
6. DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA	53
7. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA	54
8. PLAN DE ALTA	61
9. CONCLUSIONES	62
10. GLOSARIO	63
11. BIBLIOGRAFIA	65

INTRODUCCION

El Proceso de Atención de Enfermería implica la descripción de una serie de pasos que da la enfermera para planear y dar cuidados de enfermería. Este proceso describe como la aplicación del método científico en la práctica de la enfermería, constituye un marco lógico en el cual se basan los cuidados de este tipo. El Proceso de Enfermería puede usarse para trabajar con un sujeto, familia o comunidad o para rehabilitar a los enfermos.

Los elementos indispensables del Proceso son: que este planeado, concentrado en el paciente, orientado a buscar soluciones y dirigido hacia una meta u objetivo.

Basado en los principios de la buena solución de problemas, el Proceso de Atención de Enfermería promueve la flexibilidad y el pensamiento independiente y guía a la enfermera para realizar los pasos intencionados que eviten omisiones y conclusiones prematuras. Esta filosofía del humanismo promueve una conducta cuidadora y ayuda a identificar los problemas y a estimular la identificación y utilización de las capacidades evitando que estas pasen por alto los recursos.

Los actos de enfermería se fundan en consideraciones de principio, que la enfermera puede justificar mediante el empleo del proceso de enfermería, para que la atención prestada sea completa y concordante y este basada en la apreciación sistemática de los problemas y las necesidades del paciente, y en un plan lógico para satisfacerlas.

El presente contiene información referente a una paciente embarazada con 39 semanas de gestación con probable preeclampsia leve más pródromos de trabajo de parto, a la cual se le aplicará el Proceso Atención de Enfermería en base al modelo de Virginia Henderson, contemplando sus catorce necesidades.

Dentro de sus apartados se encuentran los objetivos, la justificación, metodología, y el marco teórico que describe a enfermería y su relación con la salud y la sociedad, las etapas del proceso de atención de enfermería, el modelo conceptual de Virginia Henderson y sus catorce necesidades, la anatomía del aparato reproductor femenino, así como las generalidades del padecimiento(preeclampsia-eclampsia), continuando con la historia clínica médica y de enfermería, diagnósticos de enfermería, plan de cuidados de enfermería, plan de alta, conclusiones, glosario, bibliografía y anexos.

1. OBJETIVOS

1.1. GENERAL

- Aplicar un Proceso de Atención de Enfermería a una paciente embarazada con 39 semanas de gestación, probable preeclampsia leve más pródromos de trabajo de parto, dirigido a detectar necesidades físicas, dentro de las cuales van implícitas las necesidades psicológicas y sociales; para poder así, proporcionar cuidados de enfermería de calidad que cubran esas necesidades durante el tiempo que la paciente permanezca en la Unidad Hospitalaria, empleando para ello conocimientos teóricos adquiridos durante la carrera de Lic. en Enfermería y Obstetricia.

1.2. ESPECIFICOS

- Analizar los elementos teóricos metodológicos del Proceso de Atención de Enfermería, en base al Modelo de Virginia Henderson con un enfoque holístico del cuidado.
- Adquirir la habilidad para realizar un diagnóstico de enfermería a través de la detección de necesidades como el establecimiento de prioridades.
- Responder de manera oportuna y adecuada, con calidad y calidez a las necesidades reales y potenciales que se detecten en la paciente, en base a los diagnósticos de enfermería.
- Orientar y educar a la paciente a través de temas de utilidad para ella y el recién nacido, haciendo principal énfasis en aquellos que se relacionen con las necesidades que se detecten en el Proceso de Atención de Enfermería.

2. JUSTIFICACION

El proceso de enfermería ha recibido amplia aceptación en años recientes para describir la serie de pasos que da la enfermera para planear y dar cuidados de enfermería. Este proceso constituye un marco lógico en el cual se basan los cuidados de este tipo. Es una herramienta que pretende cubrir las necesidades del paciente en forma óptima, continua y dinámica.

La enfermera como otros profesionales y especialistas en salud, tiene y comparte el compromiso de ayudar a que las personas logren una vida plena y saludable. Con su método, procedimientos y capacidad de aplicar el conocimiento científico de diversas disciplinas, tiene la obligación de contribuir a la innovación de servicios especializados que mejor atiendan a las necesidades humanas fundamentales.

Actualmente, la preeclampsia-eclampsia constituye una de las causas más importantes de morbi-mortalidad y muerte materna en nuestro país, desde el punto de vista epidemiológico es un problema importante que exige la necesidad de fortalecer las acciones educativas hacia las mujeres en edad fértil y embarazadas, para que las primeras desarrollen hábitos y conductas favorables para el cuidado de su salud, y las segundas, acudan a control prenatal en forma oportuna y continua, y con ello aprendan a identificar signos y síntomas de alarma en esta complicación obstétrica.

Por lo anterior enfoco el interés por realizar este proyecto de Proceso de Atención de Enfermería teniendo como referencia a una paciente embarazada con 39 semanas de gestación con probable preeclampsia más pródromos de trabajo de parto.

3. METODOLOGIA

3.1. LIMITES:

<i>LUGAR:</i>	Hospital de Gineco-obstetricia Tlatelolco.
<i>UNIDAD:</i>	Instituto Mexicano del Seguro Social. Segundo nivel.
<i>UBICACIÓN:</i>	Herdo y Manuel González s/n. Unidad Nonoalco Tlatelolco Delegación Cuauhtemoc, México, D.F.
<i>SERVICIO:</i>	1° Norte, Embarazo de alto riesgo.
<i>TIEMPO:</i>	Mayo – Septiembre 2003. Asesorías continuas durante este periodo, en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, UNAM.

3.2. ASPECTO ETICO:

Esta investigación implica la participación de personas, por lo que es importante el consentimiento ético y legal; y exige el cumplimiento de las siguientes normas:

- Los riesgos para los individuos deben reducirse al mínimo y deben ser proporcionales a los beneficios y conocimientos previos.
- Si el individuo es vulnerable, se debe proporcionar una protección adicional.
- Se debe obtener el consentimiento informado del individuo.

Con todo lo anterior se garantiza una investigación ética.

3.3. RECURSOS:

HUMANOS:

- Un profesor de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.
- Una pasante de la Lic. en Enfermería y Obstetricia.
- Paciente H. H. P.

MATERIALES:

- Equipo de computo.
- Material y equipo de oficina.

3.4. FORMATOS PARA EL DESARROLLO Y APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA POR ETAPAS:

3.4.1. PRIMERA ETAPA:

VALORACION: Primera etapa del proceso de enfermería, que incluye la recopilación de datos acerca del estado de salud del paciente y termina al llegar a un diagnóstico de enfermería.

La información se puede obtener por diferentes fuentes; las más comunes son la recolección de datos a través de entrevista con el pacientes y/o familiares, y la observación.

3.4.2. SEGUNDA ETAPA:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Durante esta etapa de deben de ordenar todos los datos para la identificación de los problemas y/o necesidades que serán la base para la planeación de los cuidados.

Se tomará el Modelo de Virginia Henderson para la detección de necesidades y la clasificación autorizada de la NANDA (Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería) para sustentar los diagnósticos de enfermería.

Uso del siguiente formato:

NECESIDAD	DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

3.4.3. TERCERA ETAPA:

PLANEACION: Esta fase comienza con el diagnóstico de enfermería que se efectúa recabando y evaluando datos. Una vez identificadas las necesidades del paciente, deben clasificarse en un orden de prioridad que establezca preferencias para la distribución del trabajo de enfermería utilizando el siguiente formato:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	PLANEACION

3.4.4. CUARTA ETAPA:

EJECUCION: Es la aplicación real de la atención de enfermería, esto será a través de cuidados y/o tratamientos. Implica llevar a cabo las prescripciones médicas, rutinas del servicio, así como, ejecutar las prescripciones de enfermería (las prescripciones de enfermería son las actividades de enfermería identificadas en el plan de cuidados).

Aplicación del siguiente formato:

Necesidad:

Dx. de Enfermería:

Objetivo:

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION

3.4.5. QUINTA ETAPA:

EVALUACION: Es uno de los pasos principales en el proceso, por que se juzgan los objetivos y el grado en que han sido alcanzados, el grado de éxito del plan de atención de enfermería prescrito y los actos de enfermería subsiguientes.

Para la evaluación se usará el siguiente formato:

NECESIDAD	AL INICIAR EL PAE	AL TERMINAR EL PAE

4. MARCO TEORICO

4.1. ENFERMERÍA

El fundamento de la enfermería es la relación que se establece entre la enfermera y el paciente. Es de tipo profesional y se basa en la confianza y el respeto mutuo

Desde los más antiguos orígenes la enfermería ha tenido una calidad de satisfactora de necesidades orales y esta calidad se aprecia mejor es los aspectos del cuidado que constituyen el papel de la enfermera. Al atender al paciente, la enfermera le ayuda a desempeñar aquellas actividades que normalmente debería hacer por sí mismo. Estas características de satisfactora de demandas orales son las que más ilustran el papel tradicional de las enfermeras en su función de cuidar a los pacientes. Atender al paciente incluye administrarle lo que necesita y quiere, dándole comodidad y apoyo, protegiéndolo de riesgos y ayudándole a recuperar su independencia tan rápidamente como sea posible. Gran parte de la actividad de la enfermera se relaciona con el diario vivir del paciente.

La enfermería es una profesión dinámica y la práctica de esta ocupación se encuentra en cambio constante. Es una de las profesiones auxiliares que cuenta con una larga y honorable tradición de servicio a la humanidad. Se tiende a considerar que el nacimiento de la enfermería moderna ocurre en la época de Florencia Nightingale.

A medida que transcurren las décadas, la enfermería se hace más sensible a las necesidades en el campo de los cuidados de salud, más creativa para cubrir estas necesidades y más objetiva para analizar sus esfuerzos y objetivos profesionales. En la década actual los cambios rápidos y de mayor necesidad social, exigen acrecentar esos esfuerzos.

Estos cambios producen un efecto muy notable en la práctica de la enfermería. Las enfermeras deben enfrentarse al reto de asumir nuevos papeles, trabajar en instalaciones nuevas y diferentes, y aceptar una responsabilidad creciente por la salud en forma global. A medida que nos ocupemos de la práctica de la enfermería actual, será bueno tener presente que el papel "amplio" que algunas enfermeras hoy en día han iniciado, con toda probabilidad será la participación que se espere de todas en el futuro.

4.1.1. Enfermería y salud

La buena salud es el fundamento sobre el cual se construye el adelanto social. Una nación de personas sanas puede llevar a cabo aquellas cosas que hacen la vida valiosa y a medida que aumenta el nivel de la salud, lo hace también la posibilidad de felicidad.

Se dice que la salud es un derecho humano, es decir, un estado que todo mundo puede con justicia exigir. Al aceptar el concepto de derecho humano se sobreentiende que la sociedad asume una responsabilidad y que concederá alta prioridad a su realización²

El Congreso Internacional de Enfermeras ha dicho que "la responsabilidad fundamental de la enfermera incluye cuatro aspectos a saber: promover la salud, prevenir enfermedades, restablecer la salud y aliviar el sufrimiento"³

El primer objetivo de una enfermera que atiende a un paciente es ayudarle a satisfacer sus necesidades de agua, alimento, reposo y sueño, ayudándole a mantener el funcionamiento normal del organismo. Al proporcionarle comodidad y ayuda, la enfermera se interesa no sólo por su bienestar físico, sino que también le ayuda a enfrentarse a la enfermedad, la tensión y la ansiedad que acompañan a la pérdida de la salud y el estrés y la ansiedad concomitante a todo malestar por pequeño que éste sea. En todas estas actividades la enfermera trabaja con el paciente, ayudándole a recuperar su independencia tan pronto como sea posible y tanto como sea capaz dentro de las limitaciones impuestas por la enfermedad.

La enfermera al ayudar al paciente también ayuda a la familia porque colabora a la planificación de cuidados en casa o a estudiar los problemas en relación a la salud y crear un plan para solucionarlos.

El ejercicio de enfermería es un valioso recurso para la salud. Aunque complejo, también es dinámico y responde a las necesidades cambiantes de la salud y a las demandas de los sistemas de atención sanitaria en evolución.

² ALEXANDER Doronzy, Centro Internacional de Investigación para el desarrollo. 1995 p. 5

³ Conceptos Eticos Aplicados a Enfermería. Septiembre 1983, revista número 6

4.1.2. Enfermería y sociedad

La apreciación del paciente, que proporciona la base para la preparación de la atención de enfermería, implica mucho más que una simple evaluación del estado físico de aquel. Son de gran importancia su edad y su etapa de desarrollo, pero es más interesante observar que los factores sociales afectan no sólo la reacción del paciente a la enfermedad, sino también su propensión a enfermar.

La gente como es natural, no piensa en su salud, sin embargo, la mayoría de las personas están conscientes cuando funcionan a su nivel óptimo desde el punto de vista mental, físico y social y suelen saber cuando están enfermos, gracias a normas que establecen por sí mismos.

Cada sujeto es un individuo por lo que cada quién valora su estado de salud y enfermedad según su propio punto de vista específico.

Estos puntos de vista personales se modifican considerablemente según factores sociales y al evaluar la salud de un sujeto es importante comprender el contexto social en que vive. Todas las sociedades y los subgrupos en estas sociedades cuentan con ciertas normas o reglas en relación a la salud y a la enfermedad

De las costumbres, tradiciones y valores morales de una sociedad dependen también las conductas aceptables para promover y proteger la salud.

4.2. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando por primera vez fue considerado como un proceso en Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963). Que se integraba por tres etapas: valoración, planificación y ejecución. En 1967 Yura y Walsh establecen cuatro etapas: valoración, planificación, realización y evaluación y a partir de 1974 se establecen las cinco etapas al integrar el diagnóstico.

El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado que permite a la enfermera, a través de una serie de pasos planear los cuidados de enfermería que proporcionará. Constituye el marco básico para prestar atención distributiva, por que dirige su práctica hacia la conservación de la salud y la prevención de enfermedades.

Tiene validez universal, ya que su aplicación puede ser tanto para un individuo, familia o comunidad o para promover la salud, prevenir enfermedades y guiar o rehabilitar a los enfermos.

El proceso de atención de enfermería se basa a la idea de que el éxito de los cuidados se mide por el grado de eficiencia, satisfacción y el progreso del paciente para lograr los objetivos últimos de enfermería que son:

- Promover, mantener y recuperar la salud y ayudar a los pacientes a lograr una muerte pacífica cuando su estado es terminal.
- Permitir a los individuos o grupos dirigir sus propios cuidados de salud hasta el máximo de sus capacidades.
- Proporcionar cuidados de enfermería de mejor calidad y eficiencia sin olvidar el enfoque holístico.

Como todo método, el PEA configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación), aunque cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la práctica se superponen.

4.2.1. Beneficios del uso del proceso de Atención de Enfermería

Ayuda a la enfermera a estudiar en forma sistemática todos los problemas poder dar atención al cliente, familia o comunidad.

Ayuda a la detección oportuna de necesidades, diagnóstico y tratamiento, por lo tanto se reducen las estancias hospitalarias.

Ahorro en tiempo para la ejecución de acciones, ya que estos se realizan atinadamente sin pérdida de tiempo por no saber con exactitud las necesidades del paciente.

Intervenciones más individualizadas.

Evitar el manejo innecesario de documentación por lo que previene errores, omisiones y/o repeticiones.

Promueve la flexibilidad y pensamiento independiente.

Mayor satisfacción por parte de la enfermera por sus intervenciones objetivas y oportunas.

Mejora la interacción e integración de la enfermera con el equipo de salud por la detección oportuna de problemas de salud actuales y potenciales⁴

⁴ ALFARO Rosalinda. Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería. Guía práctica 3ª Ed. Madrid Mus By Doyma 1996 p. 139

4.3. ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

4.3.1. Valoración

Es la primera etapa del proceso de enfermería donde se recolectan e identifican los problemas del paciente.

En esta fase se incluye la recolección de datos acerca del estado de salud del paciente y termina al llegar a un diagnóstico de enfermería. La información se obtiene de varias fuentes para ayudar a la enfermera a comprender la situación del paciente. Dos métodos básicos de información son: La observación y la entrevista con el paciente y/o sus familiares⁵

Herramientas para la selección de datos:

Una valoración exacta conduce a la identificación del estado de salud del paciente, a los temas de importancia de la enfermera y el diagnóstico de la misma, tiene tres etapas⁶:

- 1) *Interacción*: Se define como un intercambio continuo entre la enfermera y el paciente, donde es importante llevar una relación armoniosa a fin de obtener la mayor información posible lo cual se logra a través de la entrevista.
- 2) *Observación*: Se define como la utilización detallada del sentido de la vista aunque intervienen los demás sentidos.
- 3) *Medición*: Es una manera de obtener datos exactos sobre cifras propias del paciente, incluyendo exámenes de laboratorio, peso, talla, signos vitales entre otros, la duración se utiliza para ratificar duración o extensión, dimensiones, frecuencia, ritmo y cantidad o tamaño, en ocasiones se requieren instrumentos de apoyo.

⁵ DU GAS Beverly Witter. Tratado de Enfermería Práctica Interamericana. 3ª Ed. 1989 p.141

⁶ GRIFFIT Janet W. Proceso Atención de Enfermería aplicación de las Teorías, Guías y Modelos. Manual moderno. México, D.F. p. 30 Y 34

Historia clínica de enfermería.

Es un formato sistemático por lo común en forma de cuestionario o lista. O bien se puede emplear la entrevista. La historia clínica de enfermería debe incluir áreas de valoración con un enfoque holístico como el diagnóstico y tratamiento del paciente, sus actividades cotidianas, una historia socioeconómica y cultural, registro objetivo del medio ambiente ocupación, estado económico, educación, diversiones y costumbres religiosas. Este registro escrito de información específica a cerca del paciente proporciono las bases para valorar los problemas actuales y potenciales del paciente, así mismo, sirve como base para planear y brindar los cuidados de enfermería.

Esta valoración permite a la enfermera hacer un diagnóstico que es un informe de problemas del paciente, incluyendo su condición física, limitaciones y forma de adaptarse al problema. Esto brinda a la enfermera la oportunidad de elaborar un plan individualizado para el cuidado del paciente.

4.3.2 Diagnóstico

Después de la valoración la enfermera esta capacitada para elaborar un diagnóstico. Debe valorar la energía y debilidad del paciente según lo que exprese de sus problemas actuales y potenciales, aparentes o no aparentes.

El diagnóstico de enfermería es una conclusión que se basa en principios científicos e indica las necesidades del paciente en relación al cuidado de enfermería, con él termina la fase de valoración y da principio a la fase de planeación dentro del proceso de enfermería.

Para la NANDA diagnóstico enfermero es: un juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a procesos vitales, problemas de salud reales o potenciales que proporcionan la base de la terapia para el logro de objetivos de los que la enfermera es responsable.

Un diagnóstico enfermero es un problema de salud real o potencial que las enfermeras en virtud de su educación y experiencia son capaces y están autorizadas para tratar⁷

⁷ LUIS RODRIGO Ma. Teresa. Diagnósticos Enfermero, su instrumento para la práctica asistencial. Ed. Marcout Brace E. 1998 p. 8

Durante esta etapa se deben ordenar todos los datos para la identificación de los problemas que serán la base para la planeación de los cuidados. Los tipos de diagnósticos enfermeros y su formulación se clasifican en reales y de riesgo de salud.

Diagnóstico Real. Describe la respuesta actual de la persona, familia o comunidad, una situación de salud, proceso vital, su identificación de apoyo en la existencia de características definitorias que identifican su presencia en el momento de la valoración, para describirlos se recomienda:

Problema + factor relacionado o causa + datos objetivos y subjetivos.

Diagnóstico de Salud. Es un diagnóstico real que se realiza cuando la persona, familia o comunidad goza de un nivel aceptable de salud, pero puede o quiere alcanzar un mayor nivel*

Este formato identifica el problema y su etiología del concepto de validación, la inclusión de los signos y síntomas en el diagnóstico valida el porque se ha elegido este diagnóstico.

Para un diagnóstico de enfermería real se une el problema a su etiología usando: relacionado con, se añade manifestado por o evidenciado por, se anotan los síntomas mayores que valida la existencia de un diagnóstico.

Para un diagnóstico posible o potencial se escribe en dos partes expresando el posible problema y añadiendo: relacionado con, para unir los posibles factores contribuyentes.

Diagnóstico de Riesgo. Es una respuesta de la persona, familia o comunidad que puede seguir como consecuencia del estado actual.

Como usar los diagnósticos correctamente:

Agrupar los signos y síntomas subjetivos y objetivos, tomar en cuenta los diagnósticos médicos pero no utilizarlos, analizar detalladamente los signos y síntomas y buscar los diagnósticos correcto, formular el problema y su etiología y enumerar las características definitorias para el paciente, en particular usando el formato PES, si es posible.

* LUIS RODRIGO Ma. Teresa. Diagnóstico Enfermero su instrumento para la practica asistencial ED Marcourt Brace Madrid E 1998 p. 8

4.3.3. Planeación

La fase de planeación del proceso de enfermería comienza con el diagnóstico de enfermería, que se efectúa recabando y evaluando datos que tienen repercusiones sobre las actividades de enfermería. Una vez identificadas las necesidades del paciente, deben clasificarse en un orden de prioridad que establezca preferencias para la distribución del trabajo de enfermería.

El papel del paciente en la planeación

El paciente debe de intervenir en la planeación de su propio cuidado de enfermería. Es la fuente individual más importante de información para la fase de valoración.

Planes de atención de enfermería

El plan de atención de enfermería plantea problemas, objetivos, actuaciones y respuestas. Los planteamientos vagos y generales son relativamente inútiles, por eso, cuando más específico y conciso es el planteamiento del problema es más fácil definir el objetivo y describir la acción de enfermería. Se debe hacer una lista de los problemas actuales y posibles.

4.3.4. Ejecución

La ejecución es la aplicación real de la atención de enfermería. Ya sea la terapia de enfermería o los tratamientos de la misma, cada uno de ellos consiste en aplicar los cuidados de enfermería. Esto consiste en llevar a cabo las prescripciones del médico y seguir las costumbres del hospital así como ejecutar las prescripciones de enfermería. Las prescripciones de enfermería son las actividades identificadas en el plan de cuidados de enfermería.

La ejecución del plan de cuidados de enfermería contribuye a un cuidado completo porque el plan considera los aspectos biopsicosociales del paciente.

El plan de cuidados de enfermería se debe utilizar en sistemas de referencia para promover la continuidad del cuidado; de otro modo se pueden desarrollar lagunas o duplicaciones en el cuidado.

El paciente y su familia deben participar en la planeación del cuidado, ya que son fuentes claves de información y su compromiso en la planeación aumentará la probabilidad de su cooperación con la ejecución.

4.3.5. Evaluación

En esta etapa se evaluará el logro de los objetivos examinando y entrevistando al paciente sobre su estado actual.

Verificar si el objetivo se ha logrado de manera completa o parcialmente, en caso de lograrse de manera parcial preguntarse que ha afectado al paciente o que se requiere para el logro total.

La evaluación es el proceso de valorar:

- Los progresos del paciente
- La calidad de la atención que recibe el paciente en una institución hospitalaria.
- Calidad en la atención de enfermería individual a través de la autoevaluación, así como el desempeño del personal completo. Su valor no puede hiperacentuado.
- Verificar si los objetivos se han logrado en forma completa o parcial.
- La evaluación incluye un análisis completo de cada una de las etapas del proceso de enfermería⁹

⁹ DU GAS Beverly Witter. Tratado de Enfermería Práctica. Interamericana. 3ª Ed. 1989 p 145-152.

4.4. MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson nació en Kansas City, Missouri en 1897, desarrolló su interés por la enfermería durante la Primera Guerra Mundial y en 1918 ingresó a la Army School of Nursing de Washington. Tiene en su haber una larga carrera como autora e investigadora, escribió la cuarta edición de la obra de Bertha Harmer denominada *Textbook of de principales and practice of nursing* siendo publicada en 1939.

Henderson inicialmente no pretendió realizar una teoría de enfermería, ya que en su época tal cuestión era ,motivo de especulación.

Henderson supone que una definición de enfermería debería llevar implícito el principio de equilibrio fisiológico una vez que comprendió que una emoción es en realidad una interpretación de la respuesta celular a las fluctuaciones de la composición química de los fluidos intercelulares. (Marrier. T:)

Los cuidados básicos de enfermería, considerados como un servicio derivado del análisis de las necesidades humanas, son universalmente los mismos, por que todos los seres humanos tienen necesidades comunes. Sin embargo, varían constantemente porque cada persona interpreta a su manera esas necesidades. En otras palabras, la enfermería se compone de los mismos elementos identificables, pero estos se han de adaptar a las modalidades y idiosincrasia de cada persona.

Si bien todos los seres humanos tienen necesidades comunes, hay que considerar que esas necesidades se satisfacen mediante sistemas de vida tan variados que puede afirmarse que no hay dos iguales: (Moran, A. V.)

Se observa una correlación entre la jerarquía de las necesidades de Maslow y los catorce componentes de la asistencia de enfermería de Henderson, comenzando por las necesidades fisiológicas hasta los componentes psicosociales¹⁰

¹⁰ MARRINER Tomey. Teorías y Modelos de Enfermería 3ª Edición Ed. Mosby Doyma 1994

4.4.1. Conceptos básicos del Modelo

Henderson define la enfermería en términos funcionales:

La única función de una enfermera es ayudar al individuo enfermo o sano, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila), Y que el realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente la antes posible.

A partir de esta definición de enfermería, se extraen los conceptos y subconceptos básicos del Modelo de Henderson.

PERSONA: Considera al paciente como un individuo que requiere asistencia para obtener salud e independencia o una muerte tranquila. La mente y el cuerpo son inseparables. Considera al paciente y a su familia como una unidad.

SALUD: Henderson equipara la salud con independencia. Considera la salud en función de la capacidad del paciente para realizar sin ayuda los 14 componentes de la asistencia de enfermería. Dice que es la calidad de la salud más que, la vida en sí misma, esa reserva de energía mental y física que permite a la persona trabajar de una forma más efectiva y alcanzar su mayor nivel potencial de satisfacción en la vida.

ROL DE ENFERMERIA: Cuidados de enfermería y relación con el equipo de salud.

ENTORNO: Lo define como el conjunto de todas las condiciones e influencias exteriores que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo.

4.4.2. La persona y las catorce necesidades básicas

De acuerdo con la definición propia de la enfermera, y a partir de ella Henderson precisa su conceptualización del individuo o persona objeto de los cuidados. Así cada persona configura como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales que tienen 14 necesidades básicas o requisitos que deben satisfacer para mantener su integridad física y promover su desarrollo y crecimiento.

Necesidades básicas:

1. Respirar normalmente (Oxigenación)
2. Comer y beber en forma adecuada (Nutrición)
3. Eliminar los residuos corporales (Eliminación)
4. Moverse y mantener una posición deseada (Movimiento y mantener buena postura)
5. Dormir y descansar
6. Elegir la prenda de vestir -vestirse y desvestirse-(Usar prendas de vestir adecuadas)
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los valores normales mediante la selección de la ropa y la modificación del entorno (Termorregulación)
8. Mantener el cuerpo limpio y cuidados, y los tegumentos protegidos (Higiene y protección de la piel)
9. Evitar los riesgos del entorno y evitar lesionar a otros (Evitar peligros)
10. Comunicarse con los demás, expresando las emociones, necesidades, temores u opiniones (Comunicación)
11. Realizar prácticas religiosas según la fe de cada uno (Vivir según sus creencias y valores)
12. Trabajar de tal forma que nos sintamos satisfechos con lo realizado (Trabajar y realizarse)
13. Jugar y participar en una actividad recreativa (Jugar y trabajar en actividades recreativas)
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad de manera que conduzca a un desarrollo y una salud normales, y utilizar los recursos sanitarios disponibles (Aprendizaje)

Estas necesidades son comunes en todos los individuos, si bien en cada persona, en su unicidad tiene la habilidad de satisfacerlas de modo diferente con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de la vida. Las diferencias personales en la satisfacción de las catorce necesidades básicas vienen determinadas por los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales inherentes a cada persona.

4.4.3. La salud independencia /dependencia y causas de dificultad

Virginia Henderson desde una filosofía humanista considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. Cuando esto no es posible aparece una dependencia que según Henderson se debe a tres causas que identifica como falta de fuerza, falta de conocimiento o falta de voluntad.

El concepto de dependencia puede ser definido como la capacidad de la persona para satisfacer las necesidades de acuerdo a su edad, etapa de desarrollo y situación. El modo de satisfacer las propias necesidades de manera individual.

La dependencia puede ser considerada una doble vertiente. Por un lado, la ausencia de actividades llevadas a cabo por cada persona con el fin de satisfacer sus catorce necesidades. Por otro lado puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para corregir la satisfacción de las necesidades.

Las causas de la dificultad son los obstáculos y limitaciones personales o de entorno que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades, Henderson las agrupa en tres probabilidades:

Falta de fuerza interpretamos por fuerza, no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación. Lo cual vendrá determinado con el resultado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.

Falta de conocimiento. En lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

Falta de voluntad. Entendida como capacidad o limitación de la persona para comprometerse en la decisión adecuada a la situación, ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades.

La presencia de estas tres causas o alguna de ellas puede dar lugar a una dependencia total o parcial, así como temporal o permanente, estos aspectos deberán ser valorados para planificar las intervenciones correspondientes.

Rol profesional, cuidados básicos de enfermería y equipo de salud

Los cuidados básicos son conceptualizados como acciones que lleva a cabo la enfermera en su desarrollo de la función propia actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificado en la persona. Para Henderson este es el aspecto de su trabajo, de su función que la enfermera inicia y controla y que es dueña de la situación,

Los cuidados básicos de la enfermería están íntimamente relacionados con el concepto de necesidades básicas descritas anteriormente, porque cada persona interpreta a su manera

estas necesidades. De ahí surge el concepto de cuidados individualizados y dirigidos a la persona en su totalidad.

Henderson analiza también la contribución de las enfermeras al trabajo con el equipo multidisciplinario, considerando que colabora con los demás miembros del equipo de salud; así como estos colaboran con ella en la planificación y ejecución de un programa global para el mejoramiento de la salud, el restablecimiento del paciente o para evitar sufrimientos al momento de la muerte.

Con la relación, Henderson afirma que todos los miembros del equipo deben considerar a la persona que atiende como a una figura central y comprender que su función consiste en asistirlo.

Si el paciente no acepta ni comprende el programa tratado con él, ni coopera con su desarrollo se perderá gran parte de sus esfuerzos del equipo. El paciente o usuario no visto como un sujeto activo y responsable de su propia salud, que participa en sus decisiones y en el logro de sus metas.

Entorno:

Diversas autoras han criticado a Henderson, no incluir el concepto entorno de manera específica dentro de su modelo, sin embargo si se analiza el contenido del modelo se ve que la autora menciona de manera explícita la importancia de los aspectos socioculturales y del entorno físico, para la valoración de las necesidades y la planificación de los cuidados.

4.4.4. Postulados base del Modelo

El rol de la enfermera consiste en ayudar al cliente a recuperar o mantener su independencia supliéndole en aquello que el no puede realizar por si mismo para responder a sus necesidades.

Postulados:

- Todo ser humano tiende hacia la independencia que desea.
- El individuo forma un todo que se caracteriza por sus necesidades fundamentales.
- Cuando una necesidad permanece insatisfecha el individuo no esta completo, entero e independiente.

Necesidad fundamental

El marco conceptual de Virginia Henderson se fundamenta en la presencia de un ser humano con ciertas necesidades fisiológicas y que ella denomina necesidades fundamentales. Una necesidad esencial que tiene el ser humano para asegurar su bienestar y preservarse física y mentalmente.

4.4.5. Aplicación del Modelo

Como marco conceptual es perfectamente aplicable en todos y cada una de las etapas del proceso de atención.

1. En las etapas de valoración y diagnóstico sirve de guía en las recolecciones de datos y en análisis y síntesis de los mismos, en esta etapa se determinan:
 - El grado de independencia/dependencia en la satisfacción de cada una de las catorce necesidades.
 - Las causas de dificultad en la satisfacción.
 - La interrelación de unas necesidades con otras.
 - La identificación de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.
2. En las etapas de planificación y ejecución, sirve para la formulación de objetos de independencia sobre la base de las causas de dificultad detectadas, en la elección del modo de intervención, mas adecuado a la situación y en la determinación de las actividades de enfermería que implique al individuo siempre que sea posible en su propio cuidado.
3. Finalmente en la etapa de evaluación el modelo de Henderson ayuda a determinar los criterios que nos indicaran los niveles de independencia mantenidos o alcanzados, a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados, ya que según esta autora, nuestra meta es ayudar al individuo a conseguir su independencia máxima y la satisfacción de sus necesidades lo más rápido posible.

Evidentemente esto no significa que nosotras le proporcionemos la independencia, sino que nuestra actuación va a encaminar con sus propias capacidades y recursos.

4.5. ANATOMIA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO

Los elementos de anatomía de los órganos genitales se dividen en dos grupos: órganos genitales externos y órganos genitales internos.

4.5.1. Órganos genitales externos

Conocidos colectivamente como vulva, estas estructuras se encuentran en una área llamada *perineo*, la cual se extiende de los huesos púbicos por delante a la punta del coxix por detrás y está limitada lateralmente por la cara interior de los muslos. La vulva está formada por el monte de Venus, los labios mayores y los labios menores, el clitoris, el vestíbulo y el meato de la uretra; el orificio vaginal conocido también como introito, el himen, los bulbos del vestíbulo y las glándulas de Bartholin.

Monte de Venus es una superficie cubierta de vello a partir de la pubertad. Esta compuesta de un tejido adiposo situado debajo de la piel.

Los labios mayores son dos repliegues grasos que se extienden hacia atrás y en dirección al ano; pero antes de llegar a ese punto se unen a la piel circundante. Están cubiertos de vello en su cara exterior y de piel que tiene numerosas glándulas sebáceas y sudoríparas.

Los labios menores son dos repliegues sin vello, mucosos que se dividen hacia arriba en forma de horqueta y circunscriben al clitoris en su parte profunda, formando hacia arriba el capuchón y hacia abajo el frenillo del mismo.

Clitoris es una pequeña estructura de una pulgada de largo, compuesta de dos cuerpos cavernosos que se extienden hacia abajo a cada lado de los huesos del arco púbico y se conocen con el nombre de raíces del clitoris, tiene un capuchón o glande formado por una estructura distinta que es el principio de los bulbos vestibulares de tal manera que el cuerpo del clitoris se divide hacia los lados de los cuerpos cavernosos y el glande también se divide rodeando la vagina en los bulbos vestibulares.

El vestíbulo es la hendidura que se observa cuando se separan los labios menores y comprende hacia arriba el orificio de la uretra y hacia abajo el orificio de la vagina.

El meato de la uretra es una pequeña abertura en la que se abren los conductos de Skene, contiene además las glándulas periuretrales y las glándulas uretrales que son repliegue de la mucosa y que se encuentran por varios miles.

El orificio vaginal se conoce con el nombre de introito de la vagina, en la virgen está completamente cerrado por *el himen*, ésta es una membrana que tiene como función prevenir la entrada de la orina en la vagina en la virgen, la porción central está agujerada y permite la salida de la menstruación entre el himen y la horquilla que es la parte inferior de los labios menores, se encuentra la llamada fosa navicular.

Los bulbos del vestíbulo están formados por tejido eréctil, a cada lado de la vagina profundamente entre los labios menores y mayores pero en situación anterior a la glándula de Bartholin.

La glándula de Bartholin de característica racimosa esta colocada al lado de la vagina y normalmente no puede ser palpada, la función es de excretar moco que lubrica la porción externa de la vagina.

4.5.2. Órganos genitales internos

4.5.2.1 Vagina

La vagina es una estructura tubular que tiene una porción colocada dentro de la pelvis y una porción colocada en el periné, divididas ambas por el músculo elevador del ano que se adosa aproximadamente a su parte media, profundamente se adhiere al cérvix, de tal manera que forma alrededor de él, los llamados fornices, anterior, posterior y laterales.

La vagina no contiene glándulas, simplemente esta formada por una mucosa para permite la salida del líquido que trasuda a través de sus paredes, este líquido normalmente es ácido e impide que los organismos patógenos invadan la vagina.

Hacia delante esta en relación directa con la uretra y la base de la vejiga, la relación posterior es el cuerpo perineal que la separa del canal anal, en su tercio profundo está en relación con el peritoneo del fondo del saco de Douglas y solamente en su tercio medio contracta con la pared rectal por intermedio del tabique recto vaginal.

4.5.2.2. Utero

El útero esta formado por un cuerpo, el cuello y una zona intermedia que es el istmo, el cuerpo tiene el doble de longitud que el cuello aproximadamente en relación de 5 centímetros a 2.5 y entre ambos el istmo que tiene una amplitud de 7mm.

El istmo durante el embarazo va a sufrir un crecimiento de tal manera que llega a formar la tercera parte de la totalidad del útero.

4.5.2.3. Trompas de Falopio

Las trompas de Falopio son dos pequeños tubos a cada lado de los cuernos del útero formado de cuatro partes, la porción intersticial, el istmo, el ampulla y el infundíbulo, las trompas están unidas directamente y forman continuidad con el útero. En su porción externa el peritoneo forma un repliegue que es el llamado ligamento infundíbulo pélvico que se deja a la extremidad de la trompa libre dentro de la cavidad sin cubrirla, dentro de este pliegue llamado ligamento pélvico pasan los vasos, nervios linfáticos del ovario.

4.5.2.4.Ovarios

Son dos cuerpos que tienen más o menos tres centímetros de largo por dos de ancho que están unidos a la vertiente posterior del ligamento ancho y que descansan en una pequeña fosa de la pared pélvica conocida como fosita de Krause o de Waldeyer , están adheridos al ligamento ancho por el mesovario, al útero por el ligamento útero ovárico y a la pared pélvica por el llamado ligamento infundíbulo pélvico. Es el único órgano de la cavidad pélvica que no está cubierto de peritoneo.

4.6.GENERALIDADES DEL PADECIMIENTO

4.6.1. DEFINICIÓN

La preeclampsia-eclampsia es un padecimiento que se presenta desde la vigésima semana del embarazo en adelante, durante el parto y el puerperio, caracterizado por hipertensión arterial, proteinuria y edema, y en los casos más graves, convulsiones y/o coma. En este último caso la complicación se denomina eclampsia.

4.6.2. NOMENCLATURA

Con el fin de uniformar los términos para el diagnóstico clínico, codificación y registro este padecimiento se denominará preeclampsia – eclampsia. En consecuencia, deberá evitarse el utilizar sinónimos de uso frecuente, tales como toxemia gravídica, enfermedad hipertensiva del embarazo y otros similares.

4.6.3. EPIDEMIOLOGÍA

La preeclampsia-eclampsia es un padecimiento que se presenta fundamentalmente en la segunda mitad del embarazo y por definición, de la semana 20 en adelante. Sin embargo debe tenerse en cuenta que en los casos de embarazo múltiple o de enfermedad trofoblástica puede presentarse antes de la semana mencionada.

Se ha identificado la existencia de ciertos factores o características que incrementan significativamente el riesgo de presentar preeclampsia-eclampsia. Con propósitos normativos se consideran como factores de riesgo a los siguientes:

- Nivel socioeconómico bajo. Se denominará así cuando la escolaridad sea de menos de 6 años.
- Madre soltera o no unida.
- Historia familiar de preeclampsia-eclampsia por parte de la paciente.
- Edad menor de 20 años
- Edad de 35 años o más.
- Primer embarazo.
- Embarazos múltiples.
- Enfermedad trofoblástica.
- Polihidramnios.
- Preeclampsia-eclampsia en un ambarazo anterior.
- Hipertensión arterial de cualquier origen.
- Diabetes Mellitus.
- Enfermedad renal crónica.
- Enfermedades autoinmunes.

4.6.4. PREVENCIÓN DE LA PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA

La prevención de cualquier enfermedad requiere conocimientos de su etiología y patología, así como de los métodos para identificar a los pacientes que tienen alto riesgo. Sin embargo, en gran parte se desconoce la causa de la preeclampsia y no es de extrañarse que todos los estudios diseñados para reducir su incidencia en mujeres de bajo y alto riesgo han dado resultados negativos¹¹

Como población específica objeto de prevención y atención de la preeclampsia-eclampsia, se consideran a las mujeres en edad fértil, es decir las de 15 a 49 años y las embarazadas. No obstante debe tenerse presente que también puede presentarse la complicación ya antes mencionada, aun con mayor frecuencia y gravedad, en los embarazos de mujeres menores de 15 años.

MUJERES EN EDAD FÉRTIL:

Como grupo de riesgo se considera a las mujeres en edad fértil no embarazadas con uno o más de los factores de riesgo. En éstas, se deberá de poner atención especial en la realización de acciones educativas para la adopción de una protección anticonceptiva segura y eficaz, con el fin de evitar de manera temporal o permanente el embarazo, de acuerdo al caso clínico. En especial, deberá elegirse a las mujeres menores de 20 o mayores de 35 años, multigrávidas y con antecedentes de haber presentado en embarazos previos algún cuadro de preeclampsia-eclampsia. Lo mismo se hará con pacientes con historia de hipertensión arterial de cualquier etiología, diabetes y con enfermedad renal crónica de cualquier origen.

En los casos en que la paridad se encuentre satisfecha, o sea particularmente elevado el riesgo de presentación o recurrencia de la preeclampsia-eclampsia, deberá promoverse la adopción de un método anticonceptivo definitivo. En aquellos casos donde el riesgo pueda desaparecer, ya sea simplemente por el paso del tiempo o a través de medidas terapéuticas, si la paridad aún no se encuentra satisfecha, se dará preferencia al uso de métodos anticonceptivos temporales.

EMBARAZADAS:

En las embarazadas con factores de riesgo para la presentación de la complicación ya mencionada, como son las primigestas, las que tienen historia familiar de preeclampsia-eclampsia, o en aquellas que pese a existir riesgo alto para la recurrencia del padecimiento deseen un embarazo, la identificación de los mencionados factores deberá servir para otorgar una vigilancia prenatal más frecuente y con orientación clínica especial hacia la identificación temprana de esta complicación. Para ello deberán seguirse las siguientes recomendaciones:

¹¹ CHESLEY Hipertensión en el embarazo Primera edición McGraw-hill 2001 p.483

En cada consulta subsecuente se registrará: edad del embarazo, peso, altura del fondo uterino, auscultación de la frecuencia cardíaca fetal, tensión arterial, investigación de edema o síndrome vásculo-espasmódico y reflejo rotuliano.

Datos de probabilidad de inicio de preeclampsia:

- Útero menor que la amenorrea, excepto en casos de enfermedad trofoblástica o embarazo múltiple.
- Ganancia excesiva de peso.
- Inicio de edema (dificultad para colocarse los anillos en los dedos, aunque no haya signo de godete aún)
- Hiperreflexia.
- Tensión arterial media igual o mayor de 90 en el segundo trimestre.
- Proteinuria mínima o elevación mínima del ácido úrico en sangre.

4.6.5. CASIFICACION DE LOS ESTADOS HIPERTENSIVOS ASOCIADOS AL EMBARAZO

Hipertensión arterial gestacional (hipertensión arterial inducida por el embarazo). Definida como aparición de hipertensión arterial en la segunda mitad del embarazo o en las primeras 24 horas post-parto, sin edema ni proteinuria y que persiste dentro de los diez días siguientes a la terminación del embarazo.

PREECLAMPSIA. Definida como hipertensión arterial, junto con proteinuria y/o edema.

ECLAMPSIA. Definida como el desarrollo de convulsiones y/o coma en pacientes con signos y síntomas de preeclampsia, en ausencia de otras causas de convulsiones.

HIPERTENSION ARTERIAL CRONICA. Definida como hipertensión arterial crónica de cualquier etiología. Este grupo incluye pacientes con hipertensión arterial preexistente, pacientes con una elevación persistente de la presión sanguínea de por lo menos 140/90 mm Hg en dos ocasiones (con un mínimo de 6 horas de diferencia) antes de la semana 20 de gestación fuera del embarazo y en pacientes con hipertensión arterial que persiste más de 6 semanas post-parto.

PREECLAMPSIA O ECLAMPSIA SOBREGREGADA. Definida como el desarrollo de preeclampsia o eclampsia en pacientes con hipertensión arterial crónica diagnosticada.

El grupo 2 (preeclampsia) se clasificara exclusivamente en leve o severa. En consecuencia, queda abolida la división de preeclampsia moderada y se evitará emplear otro tipo de divisiones, como estable e inestable, complicada o no complicada, las cuales

más bien corresponden a aspectos evolutivos del estado clínico del padecimiento y no a la clasificación que precisa e identifica la variedad de la entidad nosológica¹²

La supresión del término o variedad conocida como preeclampsia moderada, obedece a que no ha demostrado una utilidad clínica definida y por el contrario, produce retrasos en la derivación o referencia oportuna de las pacientes afectadas por preeclampsia-eclampsia.

4.6.6. DIAGNOSTICO

PREECLAMPSIA LEVE

- Tensión arterial de 140/90 mm Hg o más, pero menor de 160/110, o elevación de 30 mm Hg En la sistólica y 15 en diastólica, cuando se conocen las cifras basales previas. La medición se efectuará con la paciente sentada.
- Proteinuria de 300 mg por litro o más, pero menor de 2 gramos o su equivalente en una tira reactiva.
- Edema leve (+) o ausente
- Ausencia de síndrome vasoespasmódico (cefalea, amaurosis, fosfenos, acufenos).

PREECLAMPSIA SEVERA

- Tensión arterial de 160/110 mm Hg o más con la paciente en reposo en cama, en dos ocasiones con un mínimo de 6 horas entre uno y otro registro.
- Proteinuria de 2g o más en orina de 24 horas, o bien 3+ a4+ en examen semicuantitativo con tira reactiva, en una muestra de orina tomada al azar.
- Oliguria. Diuresis de 24 horas menor de 400 ml (menos de 17 ml por hora)
- Transtornos cerebrales o visuales (como alteración de la conciencia, cefalea, fosfenos, visión borrosa, amaurosis, diplopia).
- Dolor epigástrico o en cuadrante superior derecho del abdomen (dolor "en barra")
- Edema pulmonar
- Cianosis
- Función hepática alterada
- Trombocitopenia

ECLAMPSIA

Se considerará como eclampsia, cualquier caso con uno o más de los datos de hipertensión arterial, edema y/o proteinuria, independientemente de las cifras existentes, en el cual se presentan convulsiones y/o coma.

¹² Novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades acorde con la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia.

4.6.7. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LOS ESTADOS HIPERTENSIVOS ASOCIADOS AL EMBARAZO

HIPERTENSIÓN ARTERIAL INDUCIDA POR EL EMBARAZO (o hipertensión gestacional):

Aparece después de la semana 20 en una normotensa conocida. No se asocia a proteinuria ni edema y se divide en leve (TA igual o mayor de 140/90 pero menor de 160/110) y severa (TA de 160/110 o más)

HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRONICA (Asociada al embarazo):

Lo más aceptado es hipertensión con presión sanguínea de 140/90 mm Hg o más antes del embarazo o antes de la semana 20 y que persiste más allá de las 6 semanas post-parto.

Por lo general, es más probable que diagnostique de más la eclampsia a que se pase por alto, por que la epilepsia, encefalitis, meningitis, tumores cerebrales, cisticercosis y rotura de aneurisma cerebral durante etapas avanzadas del embarazo y el puerperio pueden simularla. *Sin embargo, hasta que se excluyan tales causas, todas la embarazos con convulsiones deberán considerarse eclámpticas*¹³

4.6.8. TRATAMIENTO DE LA PREECLAMPSIA LEVE

1. Continuar con reposo, dieta, hierro, ácido fólico, polivitaminas, caseinato de calcio, etc.
2. Continuar con la vigilancia materna y fetal (clínica, de laboratorio y de gabinete):

Vigilancia materna:

- Tensión arterial
- Peso
- Datos de síndrome vasculo-espasmódico
- Edema
- Reflejos ósteotendinosos
- Medición de diuresis sin sonda de foley

De gabinete

- Estudio de fondo de ojo

¹³ CHESLEY Hipertensión en el embarazo Primera edición McGraw-hill 2001 p. 517

De laboratorio

- Biometría hemática
- Cuenta de plaquetas
- Tiempo de protrombina (TP) y tiempo parcial de tromboplastina (TPT)
- Química sanguínea (glucosa, urea, creatinina, ácido úrico, proteínas totales y fraccionadas)
- Depuración de creatinina y proteinuria en orina de 24 horas
- Urocultivo (cuando haya indicación)
- Grupo sanguíneo, Rh y VDRL (si no lo tiene)

Vigilancia fetal

Clínica

- Crecimiento uterino
- Movimientos fetales
- Auscultación de la frecuencia cardíaca fetal
- En caso de amniocentesis: características del líquido amniótico

De gabinete

- Cardiotocografía: prueba sin estrés (PSS)
- En caso de seleccionados, prueba de tolerancia a la oxitocina (PTO) si la hay disponible
- Ultrasonido: crecimiento fetal y mediciones fetales, cantidad de líquido amniótico, inserción y grado de madurez placentaria.
- Perfil biofísico. En casos seleccionados (PSS y ultrasonido con detección de datos adicionales: movimientos corporales fetales, movimientos respiratorios fetales, etc)

De laboratorio

- Amniocentesis: para pruebas de madurez pulmonar fetal cuando se requiera según el caso.
3. Alfametildopa tabletas de 250 mg. 1 o 2 tabletas, 3 veces al día (total: de 750 a 1500 mg/día).
 4. Hidralazina tabletas de 10 mg. De 2 a 5 tabletas 3 veces al día (total: 60 a 150 mg/día).
 5. Fenobarbital tabletas de 100 mg. Una tableta cada 12 o 24 horas dependiendo del caso (sobre todo si hay hiperreflexia).

6. Exámenes de laboratorio y gabinete para la vigilancia tanto maternas como fetal, dependerán de cada caso en particular.
7. No permitir que el embarazo rebase la semana 40 ya que el flujo útero-placentario es subóptimo (50% o menos) y el peligro de óbito es muy alto.

4.6.9. TRATAMIENTO DE LA PREECLAMPSIA SEVERA Y DE LA ECLAMPSIA

LINEAMIENTOS GENERALES

- Mantenimiento de las funciones vitales maternas.
- Prevención y control de crisis convulsivas.
- Control de tensión arterial.
- Expansión del volumen circulatorio.
- Manejo metabólico y electrolítico.
- Prevención y/o manejo de las complicaciones.
- Interrupción del embarazo.

MANTENIMIENTO DE LAS FUNCIONES VITALES MATERNAS

Esto implica una serie de medidas generales:

- Mantenimiento de la permeabilidad de las vías respiratorias superiores y la ventilación. Se puede usar (dependiendo del caso) cánula de guedel, intubación o traqueostomía.
- Aspiración de secreciones de las vías respiratorias superiores.
- Evitar la mordedura de la lengua debida al trismo que ocurre durante una convulsión.
- En ciertos casos puede requerirse presión positiva en la ventilación (ambú simple o respirador automático).
- Evitar traumatismos durante la crisis convulsiva.
- Cama con barandales y almohadas.
- Cánula de guedel para evitar mordedura de la lengua.
- Ayuno absoluto
- Venas permeables con venoclisis (por lo menos dos). Una para mantener hidratación, aporte calórico y administrar fármacos, y otra para instalar un

catéter largo para medir la presión venosa central (PVC) y tomar muestras de sangre.

- Instalar sonda vesical de foley abierta a permanencia, para medir diuresis horaria y tomar muestras de orina para exámenes.
- Minimizar estímulos.
- Vigilancia clínica: Tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, coloración, reflejos osteotendinosos, reflejos pupilares, diuresis (cantidad y características), alteraciones de la piel (petequias, equimosis) y estado de la conciencia.
- Vigilancia materna y fetal por laboratorio y por gabinete (estudios muy variables dependiendo del caso y sus complicaciones).

PREVENCIÓN Y/O CONTROL DE LAS CRISIS CONVULSIVAS

Se sugiere los siguientes fármacos, dependiendo de su disponibilidad, en orden decreciente:

- Sulfato de magnesio
- Fenobarbital
- Difenilhidantoína sódica (fenitoína)

4.6.10.COMPLICACIONES DE LA PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA

- Síndrome de Hellp.
- Coagulación intravascular diseminada (CID)
- Insuficiencia renal aguda
- Hemorragia hepática (hematoma subcapsular o ruptura del hígado).
- Accidente vascular cerebral (hemorragia, trombosis, isquemia, infarto)
- Edema cerebral (o hipertensión intracraneana).
- Edema agudo pulmonar (cardiogénico y no cardiogénico).
- Insuficiencia cardíaca.
- Desprendimiento prematuro de la placenta normoincorta (DPPNI) o abrupción placentae.

4.6.11. INTERRUPCION DEL EMBARAZO

El único tratamiento etiológico de la preclamsia-eclampsia es la interrupción del embarazo. Sin embargo dicha interrupción se valorará en cada caso en particular, de acuerdo a los siguientes criterios:

4.6.11.1. Razones para permitir la continuación del embarazo

PRESENCIA DE FETO AUN SIN MADUREZ:

- La madurez pulmonar fetal se alcanza entre la semana 35 a 36.
- Cuando no es posible alcanzar la edad gestacional anterior, sería cuando menos deseable alcanzar la semana 33 con un feto de aproximadamente 1.350 Kg.
- Cuando esto tampoco es posible, sería deseable alcanzar la etapa entre la semana 28 y 32, que es cuando existen receptores a nivel del alvéolo pulmonar fetal a los corticosteroides (inductores de madurez pulmonar fetal).
Esquema: Dexametazona 4 mg. IM por 6 dosis (1 cada 8 horas), o bien:
Betametazona 12 mg IM en dos dosis (1 cada 24 horas).

En caso de interrupción, procurar que esta sea 24 horas después de la última dosis de corticosteroides y dentro de los siguientes 7 días.

MADRE EN BUEN ESTADO

- Forma leve de la preeclampsia.
- Hipertensión arterial leve inducida por el embarazo (o algún caso de hipertensión arterial severa inducida por el embarazo pero que ha tenido buena respuesta al tratamiento).

MAYOR POSIBILIDAD DE PARTO:

Cuando mayor sea la edad del embarazo, más probabilidad de parto vaginal existirá, mejores condiciones cervicales y mejor respuesta a la oxitocina.

ESTADO FETAL ACEPTABLE

- No existencia de retardo de crecimiento intrauterino (RCIU).
- No existencia de sufrimiento fetal crónico.
- No existencia de oligohidramnios.
- Pruebas biofísicas normales.
- Frecuencia cardiaca fetal y movimientos fetales normales..

4.6.11.2. Razones para interrumpir el embarazo

Es la única cura de la preeclampsia. La cefalalgia, los trastornos visuales o el dolor epigástrico indican inminencia de convulsiones y la oliguria es otro signo ominoso. La preeclampsia grave requiere tratamiento anticonvulsivo y, por lo general, antihipertensivo, así como la interrupción del embarazo. Los principales objetivos son prevenir las convulsiones, evitar la hemorragia intracraneal y el daño grave a otros órganos vitales, y extraer un niño sano.

Sin embargo cuando se sabe o sospecha que el feto es pretérmino, la tendencia es conservadora, con la esperanza de que unas semanas dentro del útero aminore el riesgo de muerte o morbilidad grave neonatales.

Se recomienda la realización de varias pruebas para valorar el bienestar fetal y el volumen de líquidos amnióticos, como la prueba sin estrés y el perfil biofísico. La cuantificación de la razón lecitina: esfingomielina en líquido amniótico aporta datos de la madurez pulmonar.

En la preeclampsia moderada o grave que no mejora después de la hospitalización suele recomendarse la interrupción del embarazo para beneficio de madre y feto.

Siempre que parezca que la inducción del trabajo de parto casi con certeza no tendrá éxito o cuando ya ha fracasado, esta indicada la cesárea para los casos más graves de preeclampsia.

En una mujer cerca del término con cuello blando parcialmente borrado, incluso los grados más leves de preeclampsia tal vez conlleva más riesgo para la madre y el feto que la inducción del parto mediante administración vigilada de oxitocina. Sin embargo eso no parece ocurrir si la preeclampsia es leve pero el cuello esta duro y cerrado, lo que indica que pudiera requerirse cesárea si se va a interrumpir el embarazo. El peligro de la cesárea puede ser mayor que el permitir continuar el embarazo bajo observación estrecha hasta que el cuello uterino sea más apropiado para la inducción¹⁴

Razones maternas y fetales para interrupción del embarazo:

MATERNAS: Deterioro en cualquiera de los siguientes territorios:

➤ **CARDIOVASCULAR:**

- TA diastólica de 110 o más (refractaria al tratamiento)
- Crisis hipertensivas
- Cefalea intensa
- Síndrome vasculo-espasmodico severo
- Hemorragia retiniana en el fondo de ojo

¹⁴ CHESLEY Hipertensión en el embarazo Primera edición McGraw-hill 2001 p.510

➤ **NEUROLOGICO:**

- Crisis convulsivas
- Coma
- Amaurosis
- Hipertensión intracraneana.

➤ **RENAL:**

- Oliguria severa (menor de 500 ml/24 hrs) que no mejora con el tratamiento o anuria.
- Proteinuria de 5 g/L o más.
- Retención azoada /aumento anormal de la urea y la creatinina).
- Tasa de filtración glomerular disminuida persistente: Depuración de creatinina menor de 50 ml/min.
- Hiperuricemia igual o mayor de 10 mg/dl.

➤ **HEMATOLOGICO**

- Plaquetopenia de menos de 50 000
- Hemólisis microangiopática ("Help")
- Ictericia ("Help")

➤ **COAGULACION: Evidencia de CID**

- Hematuria
- Hematemesis
- Melena
- Petequias
- Equimosis
- Gingivorragias
- Hemorragia subconjuntival
- Epitaxis
- Sangrado de los sitios de venopunción

➤ **HEPATICO:**

- Dolor en epigastrio o en hipocondrio derecho (dolor en "barra")
- Insuficiencia hepática
- Hematoma subcapsular o ruptura hepática

➤ **PLACENTARIO**

El desprendimiento prematuro de placenta constituye una indicación materna como fetal. En todas las condiciones anteriores debe interrumpirse el embarazo toda vez que la paciente haya recibido tratamiento y esté estabilizada hasta donde sea posible.

FETALES

- Retardo en el crecimiento intrauterina severo. Diagnosticado por ultrasonido (generalmente seriado)
- Oligihidramnios severo (por ultrasonido)
- Sufrimiento fetal agudo.
- Sufrimiento fetal crónico agudizado. Cardiotocografía: prueba sin estres: trazo no reactivo decelerativo
- Desprendimiento prematuro de placenta
- Evidencia de un feto ya maduro
- Hallazgo de meconio en la amniocentesis
- Obito fetal

4.6.12. PRÓDROMOS DE TRABAJO DE PARTO

Esta etapa se presenta 72 horas, 48 horas o 24 horas antes del parto.

En un periodo de transición en el parto y el trabajo de parto regular, es muy difícil de precisar su duración y se manifiesta por:

- a) Contracciones uterinas irregulares que se convierten posteriormente a contracciones frecuentes, duraderas e intensas.
- b) Maduración de la cervix fenómeno que propicia:
 - Mayor reblandecimiento.
 - Acortamiento cervical que permite el paso de un dedo y orientación de la cervix hacia en centro del eje de la vagina.
 - Expulsión del tapón mucoso o rasgo de sangre (no siempre)¹⁵

¹⁵ HERNANDEZ FLORES Ursula. Alumnas generación 1999-2000 ENEO UNAM SUA Obstetricia I Tarjetero de apoyo en prácticas diciembre 1999.

5. HISTORIA CLINICA

5.1. HISTORIA CLINICA MEDICA

Fecha: 15 - 06 -03
Nombre: H.H.P.
Edad: 17 años
Estado Civil: Unión libre
Religión: Católica
Escolaridad: Bachillerato

MOTIVO DE INGRESO HOSPITALARIO

PA Paciente de 17 años de edad, G-I, Embarazo de 39 SDG, FUR 15-Sept-2002 , acude al servicio de urgencias por presentar dolor tipo obstétrico esporádico con intervalos de cada tres horas con duración de 1 a 2 minutos, persistiendo con mismas características, refiere además salida de líquido transvaginal mucoso de mismas horas, cefalea por la madrugada de localización temporal y nauseas.

AHF Madre de 41 años aparentemente sana.
Padre de 49 años refiere haber padecido hepatitis.
Un hermano aparentemente sano.

APNP Originaria y residente del Distrito Federal con estudios de bachillerato, estudiante, unión libre, religión católica, habita en casa propia contando con todos los servicios intra y extradomiciliarios, convive con 5 personas. Grupo y Rh O positivo, alcoholismo, tabaquismo y toxicomanías negadas.

AGQ Menarca A Los 11 años, ritmo 28 x 5, dismenorrea, IVSA a los 14 años, una pareja sexual, MPF preservativo, DOC nunca, G I, FUR 15-09-2002 FPP 22-06-2003 G I, Pie positivo, al mes control prenatal con Médico Familiar con aproximado de 6 visitas.

APP A los 7 meses con internamiento en medio particular.
Niega quirúrgicos , traumatismos, alérgicos, transfusionales.

SV Diastolica con valor de 130/90, FC 80x', FR 22, Temperatura 36.4° C.

EF Buenas condiciones generales, bien hidratada con buena coloración de tegumentos, cardiopulmonar normal, abdomen globoso con útero gestante. TV cérvix

posterior blando. 3 cms de longitud, ternier negativo, amnios integro, extremidades con edema + + , neurológicamente estable¹.

¹ Fuente: Expediente Clínico

5.2. HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA DE VIRGINIA HENDERSON

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre: H.H.P. Sexo: Femenino Edad: 17 años Peso: 85 Kg
Talla: 1.60 m Ocupación: Estudiante Escolaridad: Bachillerato
Procedencia: Domicilio Fecha de admisión: 15-06-03 Hora: 13:40
Fuente: Paciente

VALORACION DE NECESIDADES HUMANAS

NECESIDADES BASICAS

1. OXIGENACION

Subjetivo:

¿Esta bien ventilada la habitación en la que pasa la mayor parte de su tiempo? SI

¿Fumaba usted antes de su embarazo? SI X NO

Si la respuesta es sí ¿Cuántos cigarrillos al día?

1 a 5 X 6 a 10 11 a 20 + de 20

¿Hay en su casa uno o varios fumadores? SI X NO

¿A tenido dificultades respiratorias o molestias?

Siempre Ocasionalmente X Nunca

¿ Utilizó algún método de control respiratorio para ayudarse durante su estancia en el hospital ?

SI NO X

¿Cuál?

Objetivo

Registro de Signos Vitales:

Frec. Resp.: 20 x' Frec: cardiaca: 80 x' T.A. 130/90

Estado de conciencia: Conciente

Coloración de la piel / lechos ungueales / peribucal: ligeramente pálido

Circulación de retorno venoso: Adecuado

2. NUTRICION E HIDRATACION

Subjetivo:

Nº de comidas diarias: 3 a 4

¿Come a horas regulares? SI _____ NO X

Si la respuesta es Si precise: _____

¿Sigue usted una dieta especial? SI _____ NO X

¿De que tipo? _____

¿Sufre usted alguna alergia alimenticia o intolerancia? _____ NO

¿Tiene problemas de masticación y/o deglución? _____ NO

¿Qué cantidad de líquidos toma al día? Un litro aproximadamente

¿Ingiere bebidas alcohólicas? SI _____ NO X A veces _____

Cerveza _____ Vino _____ Otros _____

¿Con que frecuencia? _____

¿Sabe que tipo de dieta debe de llevar para favorecer la lactancia? _____ NO

¿Qué cantidad de líquidos? _____ NO

Dieta habitual:

ALIMENTOS	Diario	C/3er. Día	C/8 días	Esporádica	Nunca
Leche	X				
Carne				X	
Pescado				X	
Huevo		X			
Fruta		X			
Verduras		X			
Legumbres				X	
Cereales		X			
Pan	X				
Tortilla	X				
Chatarra	X				

Objetivo:

¿Turgencia de la piel? NO

Membranas mucosas: Hidratadas X Secas

Características de:

Uñas: Normales

Cabello: Bien implantado

Funcionamiento muscular y esquelético: Normal

Aspecto de los dientes: Presencia de algunas amalgamas

Aspecto de encías: Aceptable

Heridas: Tipo Localización

3. ELIMINACION

Subjetivo:

Hábitos intestinales: Evacuación normal Estreñimiento X

Diarrea frecuente:

¿Toma usted algún laxante? SI _____ NO X

¿Cuál? _____

Orina: Normal _____ Con dolor: A veces

Menstruación frecuencia: cada 28 días Duración: 5 días

Historia de hemorragias: _____ NO

¿El estrés le ocasiona diarrea?

SI _____ NO X

¿Se siente molesta a causa de una sudoración abundante?

SI X NO _____

¿Por secreciones vaginales?

SI X NO _____

¿Conoce usted las características del sangrado en el puerperio?

SI _____ NO X

¿Conoce usted el tiempo que le durará el sangrado?

SI _____ NO X

Objetivo:

Abdomen características: Globo con útero gestante

Involución Uterina: _____ Altura del fondo uterino: De acuerdo con las SDG

Ruidos Intestinales: _____

Palpación globo vesical: _____ NO

Genitales: _____ Normales

4. MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Subjetivo:

¿Qué deporte o actividad física práctica?

Correr _____ Aeróbicos _____ Bicicleta _____

Actividad en su tiempo libre: _____ Ninguna _____

¿Da algún paseo fuera de su casa? SI _____ X _____ NO _____

¿Práctica ejercicios prenatales? SI _____ NO _____ X _____

¿Conoce los ejercicios que se deben hacer después del parto?

SI _____ NO _____ X _____

¿Conoce las posiciones que debe de adquirir para amamantar a su hijo?

SI _____ NO _____ X _____

Objetivo

Estado del sistema esquelético / fuerza: _____ Aceptable _____

Posturas: _____ Ninguna en especial _____ Ayuda para deambular: _____ NO _____

Dolor con el movimiento: _____ En algunas ocasiones _____

Estado emocional: _____ Estresado y con ansiedad _____

5. DESCANSO Y SUEÑO

Subjetivo

¿Tiene hábitos que favorecen el sueño? SI _____ NO _____ X _____

Horario de descanso: De 12:00 p.m. a 8:00 a.m. Horas de descanso: Regularmente 8 hrs

¿Padece insomnio? _____ Últimamente _____

¿A que considera que se debe? _____ A que se acerca el nacimiento de mi hijo _____

¿Siente cansancio al levantarse? SI

¿En que forma se manifiesta? Flojera

¿Utiliza técnicas de relajación? NO

¿Al egresar del hospital quién le ayudará en su casa después del parto?
Mi mamá y mi esposo

¿Por cuánto tiempo? El necesario

¿En que actividades le ayudará? En todo

¿Quién se levantará por las noches a cuidar al bebé? Mi esposo y yo

Objetivo

Estado: Ansiedad X Estrés X

Lenguaje: Claro X Respuesta a estímulos: X

6. USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Subjetivo

¿Influye su estado de ánimo para la selección de las prendas de vestir? NO

¿Su autoestima es determinante en su modo de vestir? NO

¿Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría? NO

El día que egrese del hospital hará uso de:

Pañoleta X Calcetas X Abrigo

¿Qué creencias tiene usted respecto a la lactancia con la manera de vestir?

Abrigarse de la cabeza a los pies para que se vaya la leche, comer caldo de gallina, tomar atoles en abundancia para que la leche sea mejor.

Objetivo

¿Viste de acuerdo a su edad? SI _____ X _____ NO _____

Capacidad motora para vestirse y desvestirse:

Adecuada _____ Adecuada _____ Inadecuada _____

7. TERMORREGULACION

Subjetivo:

¿La casa que habita es: Fria _____ Caliente _____ X _____

¿Tiene problemas para controlar la temperatura de su casa?

Siempre _____ A veces _____ Nunca _____ X _____

¿Es usted sensible a los cambios de temperatura? SI _____ NO _____ X _____

Cuando usted cree que tiene fiebre ¿Usa termómetro? SI _____ X _____ NO _____

¿Cómo se la toma? Bucal _____ Axilar _____ X _____

¿Temperatura ambiente que le es agradable? _____ De 15 a 20° C _____

Objetivo:

Temperatura corporal: _____ 36.5° C _____

Características de la piel: _____ Normal _____ Transpiración: _____ Normal _____

8. NECESIDADES DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

Subjetivo

Frecuencia de aseo: Baño

Diario _____ X _____ Cada 3er día _____ Cada 8 días _____ Esporádico _____

Horario preferido para bañarse:

Por la mañana _____ Por la noche X

Frecuencia del aseo dental:

Una vez al día _____ Dos veces al día X Tres veces al día _____ Esporádico _____

Prótesis dentales: SI _____ NO X

Parcial _____ Completa _____

¿Fecha de la última visita al dentista? Un año aproximadamente

Aseo de manos:

Antes y después de comer: X Después de ir al baño X

¿Sabe como asear sus pezones antes y después de amamantar a su hijo?

SI _____ NO X

Si la respuesta es SI especifique: como y la frecuencia _____

¿Ha pensado como cuidar la piel de su abdomen después del parto? X

Objetivo:

Aspecto general: Aceptable

Olor corporal: Normal

Alitosis: NO

Estado del cuero cabelludo: Normal

Presencia lesiones dérmicas: Ninguna

Cambios tegumentarios propios del embarazo: NO

9. NECESIDADES DE EVITAR PELIGROS

Subjetivo

Miembros que componen su familia de pertenencia

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACION
	Padre	49	Secundaria	Empleado
	Madre	41	Secundaria	Hogar
	Hermano	19	Bachillerato	Estudiante
	Esposo	19	Bachillerato	Empleado

¿Es usted alérgica a algún medicamento?

SI _____ NO X A otras sustancias _____

Especifique: _____

¿Tomo algún medicamento que no haya prescrito el médico durante su embarazo?

SI _____ NO X ¿Cuál? _____

¿Llevó control prenatal? SI X NO _____

¿Cuántas consultas? Seis

¿Sabe cuándo debe acudir a consulta después del parto? SI _____ NO X

¿Sabe por que es importante que la revisen? SI _____ NO X

¿Tiene temor a la responsabilidad de tener un hijo? SI X NO _____

¿Y en su pareja? También

¿Que actitud toma ante situaciones de tensión en su vida?

Tranquila _____ Se estresa X Le da sueño _____

Come mucho X Ríe sin control _____ Indiferencia _____

¿Busca una solución inmediata? A veces

Objetivo:

¿Deformidades congénitas? Ninguna

¿Condiciones del ambiente en el hogar? Acceptable

¿Condiciones de su ambiente laboral? _____

10. NECESIDADES DE COMUNICARSE

Subjetivo:

Estado civil: Unión libre Años de relación: Tres

Vive con: Sus padres

Preocupaciones actuales: El nacimiento de su hijo y que nazca bien

Rol en la estructura familiar: Esposa

¿Desde cuando vive en su actual domicilio? 17 años

¿Existen buenas relaciones en su localidad? SI

¿Tiene amigas o familiares en quién confíe? SI

¿Cuánto tiempo pasa sola? Poco

Objetivo:

Habla claro: SI X NO _____

¿Ve usted bien? SI X NO _____

¿Lleva usted lentes de contacto? SI _____ NO X

¿Escucha bien? SI X NO _____

¿Utiliza aparato auditivo? SI _____ NO X

¿Esta satisfecha con el rol familiar que juega? A veces

Objetivo:

Estado emocional: Tranquilo, ansioso, enfadado, retraído, temeroso, irritable, inquieto,

eufórico, otros: Ansioso, temeroso e inquieto

Otros: Algunas veces nerviosa y angustiada

13. NECESIDADES DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Subjetivo:

Actividades que realiza en su tiempo libre: Leer revistas y mirar televisión

¿Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad de este tipo? SI

¿Existen recursos recreativos en su comunidad? SI

¿De que tipo? Deportivas y culturales

¿Forma parte de alguna sociedad: Deportiva Cultural

Profesional

¿Cuáles son sus pasatiempos favoritos: Las novelas

Objetivo:

Integridad neuromuscular: Sin alteración

¿Rechaza las actividades recreativas? SI

Su estado de ánimo es: Apático Aburrido Participativo X

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Subjetivo:

Nivel de educación: Bachillerato

Problemas de aprendizaje: NO

Limitaciones cognitivas: NO

Tipo: _____

Preferencias para leer y/o escribir: Revistas sobre artistas y tripas de gato

¿Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su domicilio? NO

¿Sabe como utilizar estas fuentes de apoyo? NO

¿Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud? SI

Otros: _____

Objetivo:

Estado del sistema nervioso central: Normal

Órganos de los sentidos: Normales

Estado emocional: Estresada, nerviosa, ansiosa

Memoria reciente: Alerta y sin compromiso

Otras manifestaciones: Manos húmedas así como las plantas de los pies

6. DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

En el Plan de Cuidados se plantearán los siguientes diagnósticos de enfermería:

NECESIDAD	DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA
Oxigenación	Alteración de la respiración relacionada con el trabajo de parto manifestado por periodos de polipnea.
Nutrición e hidratación	Escasa ingesta de alimentos que le proporcionan en su dieta, así como el agua de la jarra que se le da para consumo individual relacionado con su estado de animo ansioso y el sabor que estos alimentos tienen, manifestado por el rechazo a los mismos.
Eliminación	Estreñimiento relacionado con el incremento de alimentos sólidos en su dieta y la escasa ingesta de líquidos manifestado por la disminución de la frecuencia normal de defecar evacuando heces formadas de consistencia dura y secas provocando dificultad y dolor para su eliminación.
Descanso y sueño	Insomnio, relacionado con la ansiedad y emoción, manifestado por la alteración del patrón de sueño.
Moverse y mantener una buena postura	Dificultad para girarse en la cama relacionado con el trabajo de parto manifestado por dolor músculo-esquelético a nivel de vértebras lumbares.
Evitar peligros	Hipertensión relacionado con la alteración emocional manifestado por la fluctuación de la presión arterial.
Aprendizaje	Estrés y ansiedad relacionado con el desconocimiento de las etapas del trabajo de parto, la operación cesárea y como alimentar a su hijo después de que se lo entreguen, manifestado por la inquietud y el insomnio.

7. PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA

NECESIDAD: Oxigenación

Dx. DE ENFERMERIA: Alteración de la respiración relacionado con el trabajo de parto manifestado por periodos de polipnea.

OBJETIVO:

- Corregir el nivel de ansiedad .

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
<p>Cambiar y recomendar la posición en decúbito lateral, ya que la incomodidad y la falta de aire pueden corregirse adoptando estas posturas.</p>	<p>La presencia de polipnea se hace más intensa cuando avanza el embarazo, provocando angustia, además hacia el octavo o noveno mes, el útero comprime el diafragma hasta 4 cms.</p>	<p>La paciente colaboró al cambiar de posición mejorando su estado y disminuyendo periodos de polipnea</p>
<p>Enseñar medidas de autocuidado, para mejorar la respiración, explicar que debe tranquilizarse y respirar en forma profunda y sacar el aire poco a poco para que mejore su respiración</p>	<p>La dificultad para respirar provoca ansiedad.</p>	<p>Adoptó técnicas de relajación que le permitieron mejorar la perfusión</p>

NECESIDAD:

Nutrición e hidratación

Dr. DE ENFERMERIA: Escasa ingesta de alimentos que le proporcionan en su dieta, así como el agua de la jarra que se le da para consumo individual relacionado con su estado de animo ansioso y el sabor que estos alimentos tienen, manifestado por el rechazo a los mismos.

OBJETIVO:

- Lograr que consuma los alimentos que le proporcionan en su dieta
- Satisfacer la necesidad de alimentación.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	EVALUACION
Proporcionar información acerca de su diagnóstico para ayudar a corregir su estado emocional.	Es más fácil aliviar un temor conocido que la ansiedad cuyo origen se desconoce ¹⁶	Su ansiedad disminuyo al tener un panorama general de su estado de salud y de sus posibles repercusiones.
Vigilar el incremento en la ingesta de líquidos de acuerdo a la cantidad indicada en su dieta.	Para conservar el equilibrio hídrico del organismo son esenciales volúmenes suficientes de líquidos. ¹⁷	Los familiares de la paciente le proporcionaron agua embotellada, lo que ayudo a que esta incrementara su consumo por el cambio de sabor.

¹⁶ BEVERLY Du Gas Tratado de Enfermería Práctica. Ed. Interamericana 1989 p. 173

¹⁷ NORDMARK RN Base Científica de la Enfermería. Manual moderno 2º. Ed. 1999. p. 128-188

NECESIDAD: Eliminación

Dx. DE ENFERMERIA: Estreñimiento, relacionado con el incremento de alimentos sólidos en su dieta y la escasa ingesta de líquidos, manifestado por la disminución de la frecuencia normal de defecar evacuando heces formadas de consistencia dura y secas provocando dificultad y dolor para su eliminación.

OBJETIVO:

➤ Lograr que la paciente evacue sin problema.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
Recordar que debe de incrementar el consumo de líquidos y cuantifica su ingesta de acuerdo a las cantidades reportadas por turno.	Alimentos y líquidos pueden estimular el reflejo gastrocólico	Incremento su ingesta al proporcionarle agua embotellada su familiar.
Motivar la deambulación asistiendola.	La eliminación fecal normal es indispensable para un eficiente funcionamiento del cuerpo ¹⁸	La paciente no mejoró la eliminación intestinal por sí misma, por lo que se indico un laxante.
Administración del laxante indicado.	Las emociones intensas pueden afectar el funcionamiento del tubo digestivo ¹⁹	Evacuo sin manifestar dolor.

¹⁸ BEVERLY Du Gas Tratado de Enfermería Práctica. Ed. Interamericana 1989 p. 421

¹⁹ BEVERLY Du Gas Tratado de Enfermería Práctica. Ed. Interamericana 1989 p. 422

NECESIDAD: Descanso y sueño

Dx. DE ENFERMERIA: Insomnio, relacionado con la ansiedad y emoción, manifestado por la alteración del patrón de sueño.

OBJETIVO:

- Que aprenda a realizar técnicas de relajación que le permitan canalizar su ansiedad.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
<p>Enseñar como llevar a cabo algunas técnicas de relajación que le permitan corregir el estado de ansiedad y logre conciliar el sueño.</p>	<p>Es necesario dormir suficiente para un funcionamiento físico y psicosocial óptimo.</p>	<p>No practicó completamente las técnicas de relajación.</p>
<p>Sugerir tomar el baño por las tardes, para sentirse relajada.</p>	<p>Casi siempre se trastoman las características normales del sueño a consecuencia de las enfermedades²⁰</p>	<p>Cambio el horario de bañarse, por lo que si se obtuvo un resultado favorable.</p>
<p>Sugerir leer durante el día o tener una actividad manual que le permita distraer un poco su atención por ejemplo como aprender a tejer</p>	<p>La ansiedad puede aliviarse con frecuencia mediante actividades recreativas²¹</p>	<p>Combinó el baño de regadera vespertino con la lectura de revistas que a ella le agradan.</p>

²⁰ BEVERLY Du Gas Tratado de Enfermería Práctica. Ed. Interamericana 1989 p. 260

²¹ BEVERLY Du Gas Tratado de Enfermería Práctica. Ed. Interamericana 1989 p. 173

NECESIDAD:

Moverse y mantener una buena postura.

Dx. DE ENFERMERIA: Dificultad para girarse en la cama relacionado con el trabajo de parto manifestado por dolor músculo-esquelético a nivel de vértebras lumbares.

OBJETIVO:

- Que la paciente adopte las posiciones que favorezcan su movilización y alivien el dolor.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
Recomendar la posición en decúbito lateral de preferencia izquierdo y explicar que el mecanismo del trabajo de parto genera este tipo de molestias.	El dolor puede ser causado por diversas causas de estímulos.	La paciente siguió indicaciones, logrando corregir su problema de movilización en cama y al mismo tiempo restar intensidad al dolor manifestado.
Recomendar adoptar posturas normales al deambular.	Mover las articulaciones en toda su amplitud contribuye a prevenir la contractura muscular y mejora la circulación ²²	Comprendió que el adoptar posturas anormales al deambular le provoca más molestias al termino de está.
Dar cambios de posiciones a la cama.	La percepción del dolor puede ser alterada por diversos factores físicos y emocionales.	El alternar la posición de la cama creó descanso en las áreas donde la paciente manifestaba dolor.

²² BEVERLY Du Gas Tratado de Enfermería Práctica. Ed. Interamericana 1989 p. 496

NECESIDAD:

Evitar peligros.

Dx. DE ENFERMERIA: Hipertensión relacionado con la alteración emocional manifestado por la fluctuación de la presión arterial.**OBJETIVO:**

- Estabilizar emocionalmente a la paciente.
- Reducir el riesgo de posibles complicaciones.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	EVALUACIÓN
Administrar medicamentos antihipertensivos indicados.	Las enfermedades hacen al sujeto más susceptibles a accidentes o lesiones	La paciente colaboró con el tratamiento al tomar sus medicamentos sin rehusarse.
Toma de tensión arterial cada cuatro horas y su registro correspondiente.	La capacidad de protegerse se altera según el estado sensorio, el mental, el emocional, el de la movilidad y el de la comodidad, reposo y sueño.	Se estabilizó a cifras normales (110/90) por lo que se le programo de inmediato para cirugía.
Motivar para canalizar su emoción en otra actividad como leer o deambular por periodo cortos.	El estado emocional tiene gran influjo en la forma que responde a un estímulo doloroso	Emocionalmente la paciente mejoró lo que permitió obtener buenos resultados.
Vigilancia estrecha al manifestar cefalea.	La ansiedad y el miedo provocan una respuesta fisiológica.	Al estabilizarse su tensión arterial no manifestó nuevamente cefalea.
Hacer de su conocimiento las posibles complicaciones por crisis hipertensiva.	La enfermedad puede ser una nueva experiencia ²³	Colaboro, reflejando menos ansiedad e inquietud.

²³ BEVERLY Du Gas Tratado de Enfermería Práctica. Ed. Interamericana 1989 p. 301

NECESIDAD: Aprendizaje

Dx. DE ENFERMERIA: Estrés y ansiedad relacionado con el desconocimiento de las etapas del trabajo de parto, la operación cesárea y como alimentar a su hijo después de se lo entreguen, manifestado por la inquietud y el insomnio.

OBJETIVO:

- Ayudar a la paciente a afrontar su situación actual y futura.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	EVALUACIÓN
<p>Orientar sobre el mecanismo del trabajo de parto, su manejo y la atención.</p>	<p>El aprendizaje es más eficaz cuando es una respuesta a una necesidad que siente el que aprende.</p>	<p>A partir de que se proporciono la información que ella necesitaba y se fueron contestando cada una de las preguntas de la paciente, se observo en su semblante un cambio que reflejaba confianza y tranquilidad, ya que a pesar de que ella manifestó que en la escuela les dan educación sexual, eso no era suficiente para poder controlar sus nervios, ansiedad y demás estados de ánimo, ya que el estar dentro de la situación es otra cosa imposible de controlar por el miedo.</p>
<p>Explicar brevemente que es una unidad tocoquirúrgica y el procedimiento a seguir a partir de su ingreso a la misma.</p>	<p>La participación activa por parte del que aprende es indispensable para que exista aprendizaje.</p>	<p>Logro corregir el insomnio al cubrir esa necesidad de aprendizaje.</p>
<p>Información de manera sencilla en que consiste la operación cesárea y los cuidados a seguir después de esta, mencionar la importancia de optar por un método de planificación familiar.</p>	<p>El aprendizaje se facilita cuando se encuentra significado a lo que se aprende.</p>	
<p>Informar sobre los beneficios de la lactancia materna, y explorar a la paciente para valorar las características del pezón para que pueda amamantar a su hijo sin problemas</p>	<p>El aprendizaje debe ser reforzado²⁴</p>	

²⁴ BEVERLY Du Gas Tratado de Enfermería Práctica. Ed. Interamericana 1989 p. 203

8. PLAN DE ALTA

NECESIDAD	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA
Nutrición e hidratación	Dar a conocer los beneficios a corto y largo plazo que se obtienen a través de una alimentación sana y la importancia del consumo de líquidos.	Orientación sobre la importancia del consumo de alimentos nutricionales, y evitar alimentos chatarra entre comidas. Indicar incremento al consumo de líquidos como mínimo 2 litros en 24 hrs.
Eliminación	Que comprenda que el ejercicio en combinación con alimentos ricos en fibra resulta una combinación excelente para el buen funcionamiento digestivo.	Recomendar el consumo de alimentos ricos en fibra para tener un funcionamiento digestivo óptimo en combinación con algún tipo de ejercicio.
Higiene y protección de la piel	Evitar procesos infecciosos tanto en la paciente como en el recién nacido. Evitar algún tipo de lesión en pezones y que esto impida la alimentación al seno materno.	Proporcionar información sobre la importancia del baño diario, el aseo de sus pezones y del lavado de manos antes y después del manejo de alimentos.
Aprendizaje	Promover el autocuidado a través de educación para la salud que beneficie al binomio.	Mencionar signos y síntomas presentes en un proceso infeccioso, características de loquios Recordar sobre las ventajas y los beneficios de la lactancia materna. Cuidados al recién nacido. Indicar que debe acudir a su Clínica de Medicina Familiar para la revisión del dispositivo intrauterino.

9. CONCLUSIONES

El presente Proceso Atención de Enfermería me permitió aplicar los conocimientos adquiridos durante la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, ya que su elaboración se llevo a cabo de manera organizada, lo que permitió que los objetivos que se plantearon al inicio se cumplieran de manera satisfactoria, tanto para la paciente a la que se hace referencia, como para la autora.

La base para su elaboración fue el Modelo de Virginia Henderson, dando como resultado la integración de un todo, ya que maneja al paciente holísticamente con el objeto de lograr y preservar la salud e independencia.

El Proceso de Enfermería es un método eficiente por que permite brindar atención de calidad a partir de la organización y disciplina que conlleva el desarrollo del mismo.

Su desarrollo partió con la etapa de valoración, lo que permitió detectar de manera oportuna las necesidades que en ese momento eran prioritarias en la paciente.

La etapa de diagnóstico de enfermería se complemento con los diagnósticos de la NANDA para elaborar un plan de trabajo de acuerdo a las necesidades de la paciente, y así poder establecer las acciones a seguir en cada una de ellas.

Respecto a las necesidades detectadas y los objetivos establecidos para cada una de ellas, el cumplimiento fue satisfactorio, ya que se tomo en cuenta las repercusiones que conlleva el proporcionar atención no administrada en el ámbito que nos compete como enfermeras, y lo más importante es el estar consciente de que tratamos con seres humanos que tienen una diversidad de necesidades que requieren solución.

Las intervenciones de enfermería fueron suficientes por que se tomo en cuenta la necesidad real en ese momento y se dio solución a la misma, reflejando con ello la eficiencia que se tuvo al dar cumplimiento al objetivo planteado.

La atención y el tratamiento que recibió la paciente H.H.P. en el Hospital de Gineco-obstetricia Tlatelolco, fue adecuado en relación con los diagnósticos motivo de ingreso.

Como resultado del tratamiento quirúrgico se reporto lo siguiente:

Se obtuvo por procedimiento quirúrgico (cesárea) un producto de sexo hombre con peso de 3200 kg y talla de 51 cm adecuados ambos para su edad gestacional. Calificación apgar de 8-9 y Silverman de 0-0, integro bien conformado que paso al servicio de transición quedando depositado 8 hrs (por el antecedente materno de preeclampsia), posteriormente se indico la estancia compartida, ya que la paciente se encontraba con cifras de presión arterial normales.

La paciente recibió alta por mejoría a su domicilio al séptimo día posterior a su ingreso.

10. GLOSARIO

ANSIEDAD: Respuesta emocional a peligro de origen desconocido.

AMAUROSIS: Del verbo griego que significa "oscurecerse", es una intensa debilidad de la vista que puede llegar hasta la ceguera total.

DIAGNÓSTICO: Determinación de la naturaleza de una enfermedad.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA: Apreciación de aquellas necesidades de los pacientes que pueden ayudar a la enfermera a llevar a cabo la acción de enfermería.

DOLOR: Sensación desagradable por estimulación de las terminaciones nerviosas especializadas.

ECLAMPSIA: Padecimiento caracterizado por convulsiones y coma, complicación de la preeclampsia.

EPISTAXIS: Es la hemorragia nasal.

EQUIMOSIS: Infiltración en los tejidos de sangre extravasada de los vasos sanguíneos con la consiguiente aparición bajo la piel de una extensa zona roja negruzca.

FOSFENOS. Es la visión de chispas y círculos de luz, líneas rojas, etc., que se presentan con cierta frecuencia en el cuadro del aura sensorial.

GINGIVORRAGIA: Hemorragia de origen gingival, que puede producirse por causas patológicas locales o generales.

HEMATEMESIS: Es el vómito (emesis) de sangre pura o mezclada con material gástrico.

HIPERREFLEXIA: Se define al aumento de los reflejos.

HIPERURICEMIA: Aumento del contenido de ácido úrico en la sangre.

HOLISMO: Concepción del sujeto como un todo, y que toma en cuenta los componentes físicos, sociales y emocionales.

HOLISTICO: punto de vista de que la integración de un todo tiene una realidad independiente de la suma de sus partes y mayor que ella.

LACTANCIA: Etapa de la vida en que la madre amamanta a su hijo.

LOQUIOS: Líquidos que salen de los genitales de la mujer que ha parido recientemente (puérpera). Son productos de secreción de la mucosa interna del útero, los cuales a medida que el parto se va distanciando son primero sanguinolentos, después serosos y finalmente blancos.

OLIGOHIDRAMNIOS: Cantidad de líquido amniótico menor de 250 ml.

POLIPNEA: Respiración más frecuente de lo normal llamada también taquipnea.

PRECLAMPSIA: Padecimiento que se presenta desde la vigésima semana del embarazo en adelante, durante el parto y el puerperio, caracterizado por hipertensión arterial, proteinuria y edema.

PUERPERIO: Tiempo que sigue al parto, época de ajuste desde un enfoque físico y psicológico que inicia al terminar el alumbramiento y continúa hasta seis semanas o hasta que el cuerpo ha recuperado el estado previo a la gestación.

TRABAJO DE PARTO: Proceso normal constituido por contracciones uterinas involuntarias y eficaces, cuya función es llevar a cabo el borramiento y la dilatación del cervix en forma progresiva, para culminar con el descenso y expulsión del feto y sus anexos.

11. BIBLIOGRAFIA

1. ALFARO Camacho, María Guadalupe Participación de Enfermería en la Evolución Clínica del Puerperio. UNAM-ENEQ México 1999.
2. ALFARO Rosa Linda. Aplicación del PROCESO DE Enfermería Guía Práctica Tercera Edición. Edit. Madrid Mos By Doyman 1996.
3. ASOCIACION DE MEDICOS DEL HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA No 3 DEL IMSS., A.C. Ginecología y Obstetricia. Tercera Edición. Editor Francisco Méndez Oteo México D.F. 1992.
4. BENSON Ralph. Diagnóstico y Tratamiento Gineco Obstetrico 5ª Edición Edit. El Manual Moderno México 1992.
5. C.P. ANTHONY, G.A. THIBODEAU. Anatomía y Fisiología Décima edición, Editorial Interamericana S.A. de C.V. México D.F. 1998
6. CHESLEY. Hipertensión en el Embarazo Primera edición. McGraw-Hill México 2001.
7. HENDERSON A. Virginia. La Naturaleza de la Enfermería Cuarta Edición Edit. Interamericana-mcGraw-Hill 1994 México.
8. L.J. CARPENITO. Diagnósticos de Enfermería Aplicación a la Práctica Clínica McGraw-Hill Interamericana 5ª Edición 1994 México.
9. MONDRAGON Castro Héctor. Obstetricia Básica Ilustrada 3ª Reimpresión. Editorial Trillas 1997 México.
10. MONDRAGON Castro Héctor. Gineco Obstetricia para Enfermeras Ilustrada 3ª Reimpresión. Editorial Trillas 1997 México.
11. NAVA Baéz Imelda , CAMACHO Fernández Lillá. Manual de Gineco Obstetricia FES Iztacala UNAM México 2000.
12. NORTH AMERICAN NURSING ASSOCIATION Philadelphia, Pennsylvania Diagnósticos Enfermeros de la NANDA. Definiciones y Clasificación. 1999-2000.
13. RUBIO D. Severino, BERNAL L. Beatriz, Téllez O. Sara. Teorías y Modelos UNAM-ENEQ SUA México 2002.

14. RUBIO D. Severino, GONZALEZ V. Margarita, ORTEGA G. Armando. Obstetricia I. UNAM-ENEO SUA Octubre 2001.
15. RUBIO D. Severino, ORTEGA G. Armando. Obstetricia II. UNAM-ENEO SUA, México Febrero 2002.