

00921
112



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA APLICADO
A UNA PACIENTE CON PREECLAMPSIA

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

MARIA CANDELARIA TRINIDAD MARTINEZ HERNANDEZ

ASESORA MAESTRA *Inírga Pérez-Cabrera*
IÑIGA PÉREZ-CABRERA



ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

MEXICO, D. F.

2003

a



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADEZCO A:

DIOS

Por el don de la vida.

MAMA TRINI

Por ser, él cause que me llevó ser lo que soy.

MIS PADRES

Por el apoyo que me brindaron, gracias.

MIS HERMANOS

Por ser mi motivación día con día.

MIS HIJOS Y ESPOSO

Por darme el tiempo que a ellos correspondía.

ANGELES

Simplemente gracias.

b

MI MAESTRA

Por su gran apoyo y dedicación para la elaboración de este trabajo, porque sin sus conocimientos y paciencia jamás lo hubiera logrado.

Dedicado a aquellos que han sido luz en mi camino,
por enseñarme que los problemas nos hacen crecer,
que hay diferencia entre tener metas y alcanzarlas;
qué la diferencia del mañana estriba, en el esfuerzo de
Hoy.

d

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
1.1 Justificación	2
1.2 Objetivos	3
1.3 Objetivos Específicos	3
1.4 Metodología	3
2 MARCO TEÓRICO	
2.1 Modelo de Atención	4
2.2 Teoría de Henderson	5
2.3 Proceso de atención de enfermería	12
2.3.1 Beneficios del uso del proceso de enfermería	12
2.3.2 Propósitos del proceso de enfermería	12
2.3.3 Etapas del proceso de enfermería	12
2.4 Diagnóstico de enfermería de la NANDA y formato PES	14
2.5 Preeclampsia	16
2.5.1 Definición	16
2.5.2 Epidemiología	17
2.5.3 Prevención de la preeclampsia – eclampsia	17
2.5.4 Clasificación de los estados hipertensivos asociados al embarazo	19
2.5.5 Diagnóstico de preeclampsia – eclampsia	20
2.5.6 Definición de hipertensión arterial, proteinuria y edema exclusivamente como signo de preeclampsia- eclampsia	22
2.5.7 Diagnóstico diferencial de los estados hipertensivos asociados al embarazo	22
2.5.8 Tratamiento de preeclampsia leve	22
2.5.9 Tratamiento de preeclampsia - eclampsia severa	24
2.5.10 Complicaciones de la preeclampsia – eclampsia	27
2.5.11 Síndrome de Hellp	27
2.5.12 Edema agudo pulmonar	29
2.5.13 Problemas neurologicos Riesgos maternos	30
2.5.14 Criterios de tratamiento en la preeclampsia eclampsia	30
2.5.15 Riesgos maternos	32
2.5.16 Riesgos fetales y neonatales	32
3 DESARROLLO DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	
3.1 Resumen de la historia	33
3.2 Identificación de Necesidades alteradas	33
3.3 Diagnóstico de Enfermería	35

3.4 Plan de Enfermería	36
3.5 Objetivos	36
3.6 Ejecución del plan	37
3.7 1ra. Evaluación	43

4 PLAN DE ALTA

4.1 Justificación	44
4.2 Objetivos	44
4.3 Necesidades Detectadas	44
4.4 Diagnósticos de Enfermería	45
4.5 Plan de Enfermería	45
4.6 Objetivos	45
4.7 Ejecución del plan	46
4.8 2da. Evaluación	48
• Conclusiones	49
• Bibliografía	51
• Anexos	53
• Glosario	64

INTRODUCCIÓN

La enseñanza del cuidado en la ENEO, se realiza a través del método de enfermería conocido como el proceso de atención de enfermería (PAE), que tiene por objeto brindar los cuidados individualizados al paciente, considerar a la persona como ser integral en todas las esferas: física, mental, social, espiritual, económica y no sólo la enfermedad sino al individuo que la padece. De esta forma se asegura el cuidado con calidad a fin de mejorar las condiciones de vida, no sólo en su persona aislada de su contexto sino como constituyente de una familia y ésta de la sociedad.

La enfermera es la pieza clave en la coordinación del cuidado de los pacientes para mantener una buena salud y recuperarla, porque cuenta con la preparación necesaria para detectar las necesidades de la persona desde el enfoque holístico. En las acciones concretas cobra especial importancia la aplicación del método del proceso de enfermería que le permite detectarlas una vez recolectadas a través de la valoración de enfermería para proporcionar los cuidados necesarios y limitar las posibles complicaciones.

En este caso, el PAE se aplica a una paciente embarazada de 30 semanas con diagnóstico de preeclampsia. Las intervenciones de enfermería se apoyan en la prevención del riesgo para la madre y el producto teniendo como base la teoría de Virginia Henderson que ubica los cuidados en catorce necesidades básicas, con las cuales se elaboran los diagnósticos y se lleva a cabo la planeación, ejecución y evaluación de las acciones para satisfacer las necesidades con base en el diagnóstico de enfermería hasta concluir en el Plan de Alta.

El trabajo incluye: en la primera parte la justificación, los objetivos y la metodología. En el segundo, se revisa el método del proceso de atención, el meta paradigma de enfermería, la Teoría de Henderson y se describe éste como sustento del proceso de atención de enfermería en sus diferentes etapas asimismo los diagnósticos de enfermería y el formato PES. En el tercero se presenta el desarrollo de las etapas del PAE. Se inicia con la historia de enfermería para la recolección de datos, de valoración, implementación, ejecución y evaluación de los cuidados, en el desarrollo del proceso de atención de enfermería. En el cuarto, el plan de alta. Al finalizar; las conclusiones; y en los anexos el glosario y la bibliografía.

1.1 Justificación

El consenso de la población considera el embarazo como un proceso fisiológico, que requiere mínimos cuidados. Esta situación tiene como consecuencia la ausencia a las citas de control prenatal, y cuando el embarazo, se complica sólo con las consejas de las mujeres de mayor edad o experiencia se conforman constituyendo un riesgo muy alto en la salud de la madre y su producto y amenaza la integración del núcleo familiar y social.

Sin embargo:

“ La preeclampsia complica 6-8% de las gestaciones y es una de las principales causas de morbi - mortalidad materna y prenatal en todo el mundo”.¹

“En México ocurre aproximadamente del 7 – 10% de los embarazos, representando así una de las complicaciones graves más comunes”.²

La preeclampsia gravidica como en la mayoría de los procesos morbosos que se presentan en la gestación son prevenibles mediante la intervención del licenciado en Enfermería y Obstetricia, razón por la cual, en el presente trabajo se describen las acciones de enfermería que disminuyen el riesgo de complicaciones tanto para el binomio madre-hijo.

El principal cuidado una vez diagnosticada la preeclampsia es el reposo, además de las acciones de enfermería que deben sustentarse en sus principios, objetivos, planeación, en busca de satisfacer necesidades. En este trabajo se retoma el modelo de Henderson, el cual afirma que las necesidades básicas que el individuo precisa satisfacer, le darán independencia, siempre y cuando la mujer tenga los conocimientos, la voluntad y la capacidad para ello. De acuerdo al modelo de Virginia Henderson, con su teoría humanista, estudia al ser humano en los aspectos biopsicosociales y espirituales para dar la atención de enfermería de manera integral.

¹Manejo conservador de preeclampsia en México” Revista de Ginecología y Obstetricia de México, Vol. 68 Enero - Junio- 2000 tema S/A p 26 S-A

² Kusnick Sergio “Hipertensión y embarazo, diagnóstico fisisopatológico y tratamiento”. Revista de hipertensión arterial, p3.

1.2 Objetivos

Aplicar el método del proceso atención de enfermería para establecer la valoración, los diagnósticos de enfermería y las acciones específicas a una paciente embarazada con preeclampsia haciendo énfasis en la prevención de complicaciones pre y posnatal, del binomio madre e hijo

1.3 Objetivos Específicos:

- Enunciar la valoración clínica a una paciente con preeclampsia durante el pre y posnatal.
- Elaborar los diagnósticos de enfermería asociados al manejo de pacientes con preeclampsia.
- Describir la ejecución del plan elaborado a partir de las necesidades detectadas, brindar bienestar al binomio materno fetal.
- Evaluar las intervenciones de enfermería en la madre y el producto.
- Formular el plan de alta para el seguimiento en el hogar

1.3 Metodología

El presente proceso de atención de enfermería se desarrolla con base a la sistematización del proceso de atención de enfermería con sus respectivas etapas, valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación con base a las catorce necesidades. Se recabó la información llevando a cabo la realización de la historia clínica de la enferma por medio de la entrevista y la exploración física la cual se realizó y registro en el hospital donde se encontraba la paciente.

En el sustento teórico del PAE, se revisó bibliografía referente al método de enfermería, de la identificaron las necesidades y se elaboraron los diagnósticos teniendo como base los formatos PES y NANDA, con los cuales se trazaron los objetivos las acciones de enfermería con su respectivo fundamento y la evaluación que nos sirvió para detectar nuevas necesidades.

2. - MARCO TEÓRICO

2.1 Modelo de atención.

Un modelo constituye el paradigma que se lleva en la aplicación de los aspectos teóricos y fundamentar los procedimientos que permiten tener una autonomía profesional, al orientar en funciones asistenciales, docentes y de investigación.

Modelo conceptual para enfermería.

Un modelo es la representación esquemática de algún aspecto de realidad", se clasifican en teóricos y empíricos. "Los modelos teóricos permiten la manipulación de conceptos sobre el papel, antes de someterlos a la verificación del mundo real (Ann Mariner 1989)". Los modelos de enfermería tienden hacia una autonomía profesional, ya que orientan las funciones asistenciales, docentes y de investigación en el cuidado de los pacientes.

Un modelo de atención es la representación esquemática de la realidad permite la manipulación de los conceptos de una teoría antes de someterlos a la verificación en la práctica son flexibles, se ajustan a una realidad específica, pueden surgir varios modelos sustentados en una teoría los modelos pueden ser estudiados comprobados y teorizados para constituirse en una teoría Susana Leedy apunta que la importancia de los modelos para la práctica de enfermería radica en que se omite o aprueba a través de la investigación, las relaciones propuestas por el modelo efectúan un análisis descriptivo de los cambios de individuo y modifica el cuidado a través de la clasificación de la información que es útil durante el proceso de enfermería.

"El siguiente nivel de abstracción son las teorías, éstas por su parte son menos abstractas que un modelo conceptual y son conceptos y proporciones específicos que describen, explican, predicen, y controlan los fenómenos. En el caso de la enfermería los cuidados así mismo aportan y guían las decisiones y las acciones de la enfermería".³

El enlace de una teoría es variado y dependiente del nivel de especificidad y de concreción de sus conceptos y proporciones, sin embargo debe reunir los siguientes requisitos interrelacionar los conceptos de tal manera que se obtenga una visión deferente para observar un fenómeno determinado deben ser lógicas para que sean la base de hipótesis susceptible de comprobación y favorecer el conocimiento de enfermería.

³ Isemberg Marjoire A. Desarrollo de la teoría de enfermería y su aplicación práctica en el XIII reunión de licenciados en enfermería México UANL 1993.

Las teorías de enfermería como parte del conocimiento disciplinario se encuentran en relación estrecha con el avance de las ciencias en el momento histórico en que surgen es así que se sustentan en teorías generales.

2.2 Teoría de Henderson

Virginia Henderson nace en 1897 en Kansas City, Missouri en 1918 ingresa a la escuela de enfermería del ejército en Washington en 1922. Inicia su carrera docente, tuvo una gran trayectoria profesional como autora e investigadora, falleció de muerte natural en marzo de 1996.

Hubo tres factores para que ella diera su propia definición de enfermería.

"En primer lugar en 1939 había revisado text book of the principles and practice of Nursing e identificó <<la necesidad de aclarar la función de las enfermeras>>".⁴

Un segundo factor determinante fue su participación como miembro del Comité de la Conferencia Regional del National Nursing Council en 1946. "Señaló que aquel informe reflejaba <<su punto de vista modificado por las opiniones de otros miembros del grupo >>".

Por último, en 1955 fue miembro de la asociación ANA y no se mostró completamente de acuerdo sobre la definición que adoptó al respecto dicha asociación.

En ella, influyeron varios personajes, entre ellos:

Carolina Stackpole, Profesora de filosofía en Columbia, fue quien implantó en Henderson la idea de la importancia de mantener el equilibrio fisiológico.

Jean Broadhurst. Profesora de microbiología "aprende de ella la importancia de la higiene y la asepsia".

Con George Deaver observó que el objetivo de la rehabilitación era recuperar la independencia del paciente.

"Henderson supuso que <<una definición de enfermería debería incluir una apreciación del principio de equilibrio fisiológico>>".

⁴ Marriner, Ann. Modelos y Teorías en enfermería. España: Mosby, 1999 p100.

Principales conceptos de la Teoría de Henderson. Definiciones:

Enfermería.

Henderson definió enfermería en términos funcionales: "*<<la única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo, enfermo o sano a realizar las actividades que contribuyen a su salud o recuperación (o a una muerte tranquila), que llevaría a cabo sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios, haciéndolo de tal modo que se le facilite la consecución de independencia lo mas rápidamente posible>>*".⁵

Salud.

Henderson no dio una definición propia de salud, pero en sus escritos comparo la salud con la independencia. En la sexta edición de *The Principles and Practice of Nursing* citó diversas definiciones de salud de varias fuentes, entre ellas la del estatuto de la Organización Mundial de la Salud. Interpretaba la salud como la capacidad del paciente de realizar sin ayuda los 14 componentes del cuidado de enfermería. Tal como declaró, "*<<se trata más bien de la calidad de la salud que de la propia de la vida, ese margen de vigor mental/físico, lo que permite a una persona trabajar con la mayor eficacia y alcanzar el nivel de satisfacción vital en sus mas altas cotas>>*".⁶

Entorno.

Henderson no elaboró una definición propia de entorno. Acudió en cambio, al Webster's New Collegiate Dictionary de 1961, en el que se define entorno como "*<<el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo>>*".⁷

Persona(paciente).

Henderson pensaba en el paciente como un individuo que necesita asistencia para recuperar su salud o independencia o una muerte tranquila, y que el cuerpo y el alma son inseparables. Así, completa al paciente y a su familia como una unidad.

Necesidades.

En la obra de Henderson no aparece ninguna definición concreta de necesidad, si bien se señalan en ella 14 necesidades básicas del paciente

⁵ Mariner, Ann. Op.Cit .p. 102

⁶ Ibidem

⁷ Ibidem

que abarcan todos los componentes de la asistencia en enfermería. Estas necesidades son las siguientes:

1. *Respirar normalmente.*
2. *Comer y beber de forma adecuada.*
3. *Evacuar los desechos corporales.*
4. *Moverse y mantener una postura adecuada.*
5. *Dormir y descansar.*
6. *Elegir la ropa adecuada (para vestirse y desvestirse).*
7. *Mantener la temperatura del cuerpo dentro de un margen adecuado seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales.*
8. *Mantener la higiene corporal y un buen aspecto y proteger la piel.*
9. *Evitar los peligros del entorno y evitar dañar a los demás.*
10. *Comunicarse con los otros expresando las propias emociones, necesidades, temores u opiniones.*
11. *Actuar con arreglo a la propia fe.*
12. *Actuar de manera que se tenga la sensación de satisfacción con uno mismo.*
13. *Disfrutar o participar en diversas formas de entretenimiento.*
14. *Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad para alcanzar un desarrollo y una salud normales y acudir a los centros sanitarios disponibles".⁸*

La relación enfermera – paciente

Henderson consideraba tres niveles en la relación enfermera – paciente:

- 1) *La enfermera como una sustituta del paciente,*
- 2) *la enfermera como una auxiliar del paciente y*
- 3) *la enfermera como una compañera del paciente.*

Cuando una persona esta enferma la enfermera es un <<sustituto de las carencias del paciente para ser 'completo', 'íntegro' o 'independiente' debido a su falta de fortaleza física voluntad o conocimiento>>".⁹

Henderson menciona que la enfermera <<es temporalmente la conciencia del inconsciente, el amor del suicida, la pierna del amputado, los ojos de quien se ha quedado ciego, un medio de locomoción para el niño, la experiencia y la confianza para la joven madre, la boca para los demasiados débiles o privados del hablar etc.>>

Cuando el paciente se recupera o convalece, la enfermera socorre para que recupere su independencia, aunque él termino es relativo, ya que nadie es independiente de los demás; pero alcanzaremos la independencia sana y no

⁸ *Ibidem*

⁹ *Ibidem*

una dependencia enferma. Y por último, como compañeros en la relación enfermera – paciente ambos coordinan el plan de asistencia.

La enfermera y el paciente siempre trabajan por un objetivo ya sea la independencia o una muerte tranquila. La enfermera no debe olvidar su principal fin y es el de favorecer la salud y el bienestar.

Ejercicio profesional

Si la enfermera considera que su función principal es el cuidado directo del paciente verá de inmediato su compensación al observar en el mismo desde la dependencia a la independencia. *“La enfermera deberá esforzarse en comprender al paciente cuando éste no posee la voluntad conciente o fortaleza necesaria”.*¹⁰

Formación

Para que una enfermera ejerza su profesión de forma experta y tenga mejores técnicas, con apoyo en el método científico necesita contar con una formación completa que sólo se da en escuelas superiores y universidades.

Henderson señala <<el valor de la educación derivada no sólo de la suma de conocimientos adquiridos sino también de la confianza personal desarrollada en el instituto de educación superior del entorno>> afirmaba que <<la enfermería constituye una ocupación universal y una educación superior permite ejercerla mejor>>.

Investigación

<<Ningún oficio, ocupación o profesión en esta época se puede valorar o mejorar adecuadamente en la práctica sin investigación>>.

Es importante la investigación bibliográfica ya que ésta da las bases para: un análisis más fiable, mejorar el ejercicio de la profesión, el conocimiento y experiencia necesarias para un mejor desarrollo.

Desde que Henderson desarrolló su concepto de cuidados, basado en las necesidades humanas, ya se vislumbraba los cuidados de enfermería de forma holística es decir considerar al cliente de forma integral teniendo en cuenta las relaciones y las instrucciones que existen entre los aspectos físicos, psíquicos y sociales.

¹⁰ Ibidem

Desde el inicio, la teoría de Henderson, la inicia desde que desarrolló su concepto de cuidados basado en las necesidades humanas se vislumbraban los cuidados de enfermería de forma holística.

- **Fuentes de Dificultad**

Cuando el ser humano trata de satisfacer sus necesidades, encuentra ciertos obstáculos que le impiden responder a ellos en forma autónoma Virginia Henderson menciona que un sujeto cuyas necesidades no son satisfechas no puede ser completo, entero o independiente. Es aquí donde se encuentra la actuación de la enfermera que consiste en suplir lo que él no puede hacer para que llegue a ser lo más posible en satisfacción de sus necesidades, así como mantener o recuperar un estado de óptima salud o incluso morir con dignidad.

Es decir una fuente de dificultad es aquella que impide que se consiga la satisfacción de una o más necesidades fundamentales. Es frecuente que una necesidad no satisfecha repercute en otras necesidades.

Estas fuentes de dificultad pueden ser causadas por:

- Factores de orden físico.
- Factores de orden psicológico.
- Factores de orden sociológico.
- Factores que tienen repercusión de orden espiritual.
- Factores ligados a una insuficiencia de conocimiento.

Las fuentes de dificultad pueden ser intrínsecas o extrínsecas:

Intrínsecas.

Causadas por factores orgánicos, genéticos y fisiológicos propios del sujeto.

Extrínsecas

Son los agentes exteriores que, en contacto con el organismo humano dañan el desarrollo normal de una de sus funciones o la conduce a relacionar de tal forma que constituye un problema para el sujeto.

Factores de orden psicológico.

Comprenden los sentimientos y las emociones en otras palabras los estados de ánimo y del intelecto, que pueden influir en la satisfacción de ciertas necesidades fundamentales.

Factores de orden sociológico.

Son problemas generados al individuo por sus relaciones con el entorno, cónyuge, familia, amigos, o sus compañeros de trabajo.

Factores que tienen repercusiones de orden espiritual.

Es todo lo que se refiere al espíritu, al sentido moral, y a los valores cualquiera que estos sean.

Factores ligados a una insuficiencia de conocimientos.

El hecho de estar mal informado sobre su salud puede constituir para el cliente una fuente de dificultad importante, tanto el punto de vista físico como psicológico.

Henderson agrupa las fuentes de dificultad en tres:

1 Falta de fuerza.- Es la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación lo que se determina por su estado emocional, capacidad intelectual, etc. Y no solo la habilidad mecánica o capacidad física.

2 Falta de conocimientos, en cuestión sobre la propia salud y situación de la enfermedad y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

3 Falta de voluntad. Se considera como la incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y el la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.

Es importante mencionar que la presencia de estas tres causas o alguna de ellas puede dar lugar a una dependencia total o parcial así como temporal o permanente. La actuación de la enfermera vendrá determinado por el grado de dependencia identificado.

Intervenciones de la enfermera

Las acciones de enfermería pueden dirigirse directamente a la fuente de dificultad para reducir su influencia o incluso centrarse en las manifestaciones de dependencia. Puede intervenir para devolver al cliente la fuerza física o psicológica, aportarle conocimientos.

Concepción del cuidado.

Cuidar.

Es ante todo un acto de vida, en el sentido de que cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida, es un acto individual que uno se da así mismo cuando adquiere autonomía, pero del mismo modo, es un acto de reciprocidad que se tiene a dar a cualquier persona que temporal o definitivamente, requiere ayuda para asumir sus necesidades de vitales. (Colliere, 1993)

Los cuidados son un conjunto de actividades que aseguran la continuidad de la vida como: comer, beber, evacuar, lavarse, levantarse, moverse, desplazarse, así como todo aquello que contribuye al desarrollo de la vida (Colliere, 1993)

"El cuidado según la escuela de interacción".

Es un proceso ínter personal terapéutico, de una relación humana, entre una persona enferma y una persona que tiene necesidad de ayuda y una enfermera formada de forma adecuada con el fin de reconocer sus necesidades de ayuda y de responderle a ésta.

"Escuela de los efectos deseables"

El cuidado es promover la adaptación de la persona en cada uno de los cuatro modos de adaptación: fisiológico, auto imagen, función según los roles de interdependencia.

"Escuela de promoción de la salud".

Es la promoción de la salud, mediante el mantenimiento, el fomento y el desarrollo de la salud de la familia y de sus miembros por la activación de la

interacción entre los principales conceptos del modelo. La familia, la salud, el aprendizaje y la colaboración.

2.3 Proceso de atención de enfermería

"El proceso de atención de enfermería es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas del paciente a la atención de salud reales o potenciales".¹¹

2.3.1 Beneficios del proceso de enfermería

Acelera el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud reales y potenciales, reduciendo la incidencia y la duración de las estancias hospitalarias.

Crea un plan con un costo efectivo tanto en términos de sufrimiento humano como de gastos económicos.

Mejora la comunicación, previene errores, omisiones y repeticiones innecesarias.

Permite evaluar la calidad de los cuidados del paciente y realizar estudios que hagan avanzar la enfermería y mejoren la calidad y eficiencia de los cuidados.

Previene que los enfermeros pierdan de vista la importancia del factor humano.

Promueve la flexibilidad y el pensamiento independiente.

Las acciones están enfocadas al individuo y no a la patología.

2.3.2 Propósitos del proceso de enfermería

Promover, mantener o restaurar la salud o cuando es posible, lograr una muerte digna

Permitir a la persona, conocer, participar y mejorar sus propios cuidados de salud.

¹¹ Fouisset, Jaqueline. Op.Cit. p21

Buscar la satisfacción del usuario por medio de los cuidados de salud.

Aportar datos para validar, aprobar teorías e iniciar la construcción de otras.

Proporcionar cuidados sustentados en las teorías de la propia Enfermería.

El proceso es el puente entre la teoría y los cuidados llevados a la práctica, sus etapas aunque están en constante interrelación, éste es siempre el mismo sin importar la teoría empleada para sustentarlos.

2.3.3 Etapas del Proceso de Atención de Enfermería.

El Proceso de Atención de Enfermería consta de cinco etapas: Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación; a continuación se describen las acciones de cada una de ellas.

- Valoración.

Esta etapa es la más importante ya que en ella reuniremos toda la información para determinar el estado de salud de la paciente. La conforma la observación, la entrevista, la historia clínica, la exploración física y la documentación bibliográfica.

La observación se inicia desde el momento que se tiene el primer contacto con el paciente por medio de la vista, olfato, tacto y oído.

La entrevista debe de ser en común de acuerdo con el paciente programar lugar, tiempo y espacio. Se explicaran los objetivos y la importancia de que nos dé respuestas verídicas a la historia clínica.

- Diagnóstico.

Esta etapa es muy importante ya que en ella se definen las necesidades alteradas del paciente y podrán modificarse según el estado de salud o enfermedad, entenderemos la situación del paciente, constituye la base para establecer objetivos y planear acciones.

- Planeación

En el plan se realizan hipótesis, en el se determinan prioridades, objetivos, actividades, todo esto para llegar a la independencia del paciente

- Ejecución.

En esta etapa se llevara acabo nuestro plan es decir probaremos nuestras hipótesis (diagnósticos de enfermería) realizando nuestras actividades ya definidas en la planeación que incluye la asistencia directa al paciente, la

enseñanza al paciente y/o su familia. Todo esto se debe registrar para poder comparar los resultados reales con los esperados.

- Evaluación.

En este punto se observará si las actividades y cuidados de enfermería fueron satisfactorios o tienen algún déficit, nos haremos las siguientes preguntas, ¿Resultó nuestro plan?, ¿Cómo resultó?, ¿Es necesario hacer cambios? Y ¿Se lograron los objetivos trazados? ¿Se logró la independencia del paciente?

2.4 Diagnósticos de enfermería de la "NANDA" y formato PES.

La NANDA es un grupo que surgió a partir de una serie de conferencias sobre los diagnósticos de enfermería, constituidos por representantes de todas las áreas de la profesión de enfermería: práctica clínica, educación e investigación sus siglas significan North American Nursing Diagnosis Association. Se puede considerar que es uno de los principales avances para el profesionalismo de la enfermería.

En 1990 la NANDA define el diagnóstico de enfermería de la siguiente manera:

*"El diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a los problemas actuales o potenciales de salud. Los diagnósticos de enfermería aportan las bases para la selección de las actuaciones de enfermería, para conseguir los resultados por los que la enfermera es responsable."*¹²

El Diagnóstico de enfermería debe cumplir los siguientes requisitos según la NANDA.

Designación.	Proporcionar un nombre al diagnóstico.
Definición.	Es una descripción clara y exacta del diagnóstico y la diferencia de otros.
Característica Definitoria.	Se refiere a conductas, o signos y Síntomas clínicos que son manifiestos.

¹² Alfaro Rosalinda. Aplicación del proceso de atención de enfermería. 3ra ed. España; Mosby, 1995 pp 77-78

Los diagnósticos se pueden clasificar en Reales, potenciales y posibles.

Reales.

Un diagnóstico real describe la categoría diagnóstica que ha validado la enfermería; debido a las características de definición de signos y síntomas, es decir, reúne todos los datos que confirman su existencia.

Potencial.

Describe un estado alterado que se puede presentar si no se ordena o se pone en práctica ciertas intervenciones de enfermería.

Posible.

Este diagnóstico describe un problema que la enfermera sospecha pero requiere de compilación de datos adicionales para confirmarlo o descartarlo. (ALFARO, 1995).

"El formato PES describe tres componentes esenciales de los planteamientos realizados en los diagnósticos de enfermería"; y son:

Los términos que describe el problema (P) Éste se refiere al título del diagnóstico es una descripción del problema (real o potencial) del cliente. En donde se describe su estado de manera clara y concisa.

La etiología del problema (E) o los factores contribuyentes. Identifica una o más de las causas probables del problema salud y proporcionar una dirección a la terapia de enfermería requerida. Aquí se pueden incluir las conductas del cliente.

(S) son las características definidas o los grupos de signos y síntomas.

El enunciado del diagnóstico describe el estado de salud del cliente y los factores que han contribuido a dicho estado.

El formato PES es muy valioso ya que identifica el problema y su etiología y añade el concepto de validación, por la inclusión de los signos y síntomas.

Iyer Patricia (1991) describe diez normas para la elaboración de diagnósticos:

Escribir el diagnóstico con términos que se refieran a las respuestas, más que a las necesidades.

- Utilizar " relacionado/a, con "
- Utilizar términos aconsejables desde el punto de vista médico legal.
- No emitir juicios de valor.
- Evitar intervenir el orden de las frases en la categoría diagnóstica.
- No mencionar signos y síntomas de la enfermedad en la primera parte de la categoría diagnóstica.
- En la primera parte debe incluir exclusivamente los problemas.
- Debe quedar claro que las dos partes del diagnóstico no expresan lo mismo.
- Se debe expresar el problema o la etiología utilizando conceptos que estén dentro de actuación de la enfermera.
- El diagnóstico médico no debe ser incluido en la categoría diagnóstica de enfermería.

Formulación en tres partes para los diagnósticos de enfermería

Problema de salud	Alteración del mantenimiento de la salud relacionado con
Etiología	Desconocimiento de la enfermedad y sus complicaciones
Manifestado por	No asistir al control de su diabetes.

Cuando el diagnóstico es evidente pero no se conoce la etiología, en este caso se formula el diagnóstico escribiendo la etiqueta diagnóstica, relacionado con etiología desconocida.

2.5 Preeclampsia

2.5.1 Definición de preeclampsia –eclampsia

"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 en los casos mas

*graves, convulsiones y/o coma. En este último caso la complicación se denomina eclampsia.*¹³

2.5.2 Epidemiología

Como anteriormente se hizo notar, 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 presente que en los casos de embarazo múltiple o de enfermedad trofoblástica puede presentarse antes de la semana mencionada.

Se ha identificado la existencia de cierto factores o características que incrementan significativamente el riesgo de presentar preeclampsia – eclampsia. Con propósito normativo se consideran como factores de riesgo a los siguiente:

- Nivel socioeconómico bajo. Se definirá 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 20 años.
- Edad de 35 años o más.
- Primer embarazo.
- Cinco o más embarazo.
- Embarazo múltiple.
- Enfermedad trofoblástica.
- Polihidramnios.
- Preeclampsia – eclampsia en un embarazo anterior.
- Hipertensión arterial de cualquier origen.
- Diabetes Mellitus
- Enfermedad renal crónica.
- Enfermedades autoinmunes.

2.5.3 Prevención de la preeclampsia – eclampsia

Mujeres de edad fértil

En éstas, deberá ponerse 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, deberán elegirse 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 en pacientes con historia de hipertensión

¹³IMSS. Norma Técnico Médica para la prevención y manejo de la preeclampsia – eclampsia. Coordinación de salud reproductiva y materno infantil 1995.

arterial de cualquier etiología, diabetes y con enfermedad renal o 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 aun 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 señalada, como son las primigestas, las que tienen historia familiar de preeclampsia – eclampsia o en aquellas en las que pese a existir riesgo alto para la recurrencia del padecimiento deseen un embarazo; la identificación de los mencionados factores deberán ser considerados 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:

- 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, de 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 del godete aun)
- Hiperreflexia.
- Tensión arterial media igual o mayor de 90 en el segundo trimestre (véanse las formulas para obtener la tensión arterial media)
- Proteinuria mínima o elevación mínima del ácido úrico en sangre.

2.5.4 Clasificación de los estados hipertensivos asociados al embarazo

“Se adopta la clasificación del Comité de Terminología del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos de 1972, que divide a los estados hipertensivos asociados al embarazo en 5 categorías, a saber.

1. *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 10 días siguientes a la terminación del embarazo.*
2. *Preeclampsia. Definida como hipertensión arterial, junto con proteinuria y/o edema.*
3. *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.*
4. *Hipertensión Arterial Crónica. 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 140/90mm Hg en 2 ocasiones (con un mínimo de 6 horas de diferencia) antes de la semana 20 de gestación o fuera de gestación o fuera del embarazo y en pacientes con hipertensión arterial que persisten mas de 6 semanas post – parto.*
5. *Preeclampsia – eclampsia sobreagregada. Definida como el desarrollo de preeclampsia o eclampsia en pacientes con hipertensión arterial crónica diagnosticada.”¹⁴*

El grupo 2 (preeclampsia) se clasifica exclusivamente en leve y 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 mas bien corresponden a aspectos evolutivos del estadio clínico del padecimiento y no a la clasificación de precisa e identifica la variedad de la entidad nosológica.

Esta clasificación se encuentra acorde con la utilizada en la Novena Revisión de la clasificación Internacional de Enfermedades y con la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, lo que permitirá la unificación de los criterios de registro y codificación y redundará en un beneficio directo, para lograr una estimación mas precisa de la morbilidad de la mortalidad por este padecimiento y consecuente, facilitar su vigilancia epidemiológica y el análisis de su tendencia.

Conviene señalar que la supresión del termino 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.

¹⁴ IMSS . Op. Cit. p36

2.5.5 Diagnóstico de preeclampsia – eclampsia

Preeclampsia leve

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

Preeclampsia severa

- Tensión arterial (TA) 160-110mm Hg o más, con la paciente en reposo en cama, en dos ocasiones con un mínimo de diferencia de 6 horas entre uno y otro registro.
- Proteinuria de 2 g o más de orina de 24 horas, o bien 3+ a 4+en examen semicuantitativo con tira reactiva, en muestra de orina tomada al azar.
- Oliguria. Diuresis de 24 horas menor de 400ml (menos de 17ml por hora).
- Trastornos cerebrales a visuales (como alteración de la conciencia, cefalea, fosfenos visión borrosa, amaurosis, diplopía).
- 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 como uno o mas de los datos de hipotensión arterial, edema y/o proteinuria, independientemente de las cifras existentes, en el cual se presenten convulsiones y/o coma.

2.5.6 Definiciones de hipertensión arterial, proteinuria y edema como signos de la preeclampsia y la eclampsia

Hipertensión arterial.

"El comité de Terminología del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogo, define hipertensión arterial en el embarazo como una presión sanguínea sistólica de 140mm Hg o más y una presión sanguínea diastólica de 90mm Hg o más, por lo menos en dos registros con un mínimo de diferencia de 6 horas entre uno y otro; o bien una elevación de 30mm Hg o

mas en la presión sistólica y 15mm Hg o mas en la presión diastólica, sobre las cifras previas existentes en el primer trimestre del embarazo. Si las cifras previas en el primer trimestre del embarazo se desconocen, unas cifras absolutas de tensión arterial de 140-90mm Hg o más después de la semana 20, hacer el diagnostico de hipertensión arterial en el embarazo".¹⁵

Proteinuria

"Presencia de 300mg o más en una colección de orina de 24horas o bien 300mg/l o más en tiras reactivas. Estas varían con la marca comercial; así, 300mg son ++con bililabstix y +con rapignost-total-screen".¹⁶

Casi todas las tiras comerciales se expresan la cantidad de proteinuria por decilitro (mg/dl) por lo que se sugiere multiplicar esta cifra por 8 para tener la proteinuria por litro.

Para definir la proteinuria se requieren dos determinaciones o más al menos en 6 horas de diferencia entre una y otra la orina debe ser clara y obtenida a medio chorro durante la micción o a través de sonda vesical y con la paciente en reposo. Hay varios factores que influyen en la proteinuria.

Factores que influyen en la misión de proteínas en muestras tomadas al azar:

1. Contaminación con bacterias o secreciones vaginales. (dar resultado falso o positivo).
2. Ejercicio (da secreción aumentada).
3. Postura. (hay proteinuria ortostática).
4. Densidad de la orina. Menor de 1.010 da resultado falso negativo, mayor de 1.030 da resultado falso positivo.
5. Ph urinario. (mayor de 8 da resultado falso positivo).

Edema

El edema patológico es la acumulación excesiva y generalizada de líquidos en los tejidos (espacio intersticial) y debe ser investigado en las áreas pretibial, lumbrosaca, abdominal y/o en la cara y en las manos.

El edema es significativo solo hay signo de godete, el cual se demuestra mejor aplicando presión con un dedo sobre el tercio inferior tibial por cerca de 30 segundos puede ser demostrado también sobre la pared abdominal "marca de estetoscopio de pinar o del transductor del doptone". Puede

¹⁵ IMSS Op.Cit p14

¹⁶ IMSS Op.Cit p17

ocurrir hasta el 40% de pacientes normotensas pero puede ser el primer signo de preeclampsia.

"Se clasifica en cruces:

- + *Edema pretibial, maleolar o de pies.*
- ++ *Edema de la pared abdominal o región lumbrosacra.*
- +++ *Lo anterior y edema facial y de manos*
- ++++ *Anasarca".¹⁷*

El edema preclínico puede manifestarse como ganancia excesiva de peso (en cualquier etapa del embarazo) de más de un kg por semana, o una ganancia total de más de 15Kg en un embarazo.

2.5.7 Diagnóstico diferencial de los estados hipertensivos asociados al embarazo

Hipertensión arterial inducida por el embarazo

Aparece después de la semana 20 en una normotensa conocida. No se asocia a proteinuria ni a edema y se divide en leve (TA = o mayor de 140 o 90 pero menor de 160-110) y severa (TA de 160-110 o más). Hipertensión arterial crónica (asociada al embarazo).

La definición más aceptada de hipertensión es una presión sanguínea de 140-90mm Hg o más antes del embarazo o antes de la semana 20 y persiste más allá de las 6 semanas de post-parto.

Hipertensión arterial crónica más preeclampsia sobrecargado es la exacerbación de la hipertensión arterial en una hipertensa crónica diagnosticada (elevación por lo menos de 30mm Hg en la diastólica, sobre las cifras previas que tenían en el primer trimestre del embarazo o antes de este) junto con el desarrollo de proteinuria, edema generalizado y/o hiperuricemia.

2.5.8 Tratamiento de preeclampsia leve

El médico familiar realiza las actividades correspondientes para la vigilancia del embarazo:

- Medición y registro del peso y la talla.
- Medición y registro de la tensión arterial, obtenida con la paciente sentada.

¹⁷ IMSS Op.Cit. p16

- Valoración del crecimiento uterino y del estado de salud del feto (incluye la auscultación de la frecuencia cardíaca fetal).
- Valoración del edema, localización y grado.
- Valoración de la biometría hemática, glucemia, examen general de orina.
- Valoración de riesgo obstétrico en cada consulta.
- Aplicación de toxoide titánico.
- Prescripción de hierro, ácido fólico y polivitaminas.

El médico familiar, el diagnóstico, la clasificación y maneja exclusivamente las formas leves de preeclampsia efectuando el seguimiento.

Preeclampsia leve

1. Reposo diurno además del nocturno, 3 o 4 veces al día, durante 20 o 30 minutos, en decúbito lateral izquierdo. Cuando la paciente sea asegurada se extenderá incapacidad.
2. Caseinato de calcio en polvo como aporte proteico.
3. Dieta normosódica.
4. Vida emocional tranquila.
5. Alfametildopa una tableta de 250mg, tres veces al día o hidralazina 20mg tres veces al día.

En el segundo o tercer nivel de consulta externa.

Se llevarán todas las medidas establecidas antes mencionadas y:

1. Reposo diurno, además del nocturno tres o cuatro veces al día durante 20 o 30 minutos en decúbito lateral izquierdo.
2. No usar diuréticos.
3. Cuando sea una hipertensión arterial leve inducida por el embarazo puede continuar con su manejo en consulta externa.
4. Cuando se trata de hipertensión arterial severa inducida por el embarazo o preeclampsia leve que no mejora e incluso empeora, hay que hospitalizar a la paciente.

En el segundo o tercer nivel de hospitalización.

1. Continuar con las mismas medidas ya señaladas.
2. Continuar la vigilancia materna y fetal.

Vigilancia materna:

Clínica.

- Tensión arterial.
- Peso.
- Datos de síndrome vasculo-espasmódico.
- Edema.

- Reflejos osteotendinosos
- Medición de diuresis.

De gabinete

- Estudio de fondo de ojo.

De laboratorio

- Biometría hemática
- Cuenta de plaquetas.
- Tiempo de protrombina (TP) y tiempo parcial de tromboplastina (TPT)
- Química sanguínea
- Examen general de orina (y determinación de proteinuria con tira reactiva cada 8hrs. En piso)
- Depuración de creatinina y proteinuria en orina de 24 horas.
- Urocultivo
- Grupo sanguíneo, RH y VDRL (sino 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
- En casos seleccionados prueba de tolerancia a la oxitocina
- Ultrasonido: crecimiento fetal y mediciones fetales cantidad de líquido amniótico, inserción y grado de madurez placentaria.

De laboratorio

- Amniocentesis: para prueba de madurez pulmonar fetal.

La frecuencia de los exámenes de laboratorio y gabinete para la vigilancia materna como fetal, dependerá de cada caso en particular y del criterio del médico tratante. Generalmente la interrupción del embarazo se realiza antes de la semana 40 por el riesgo de que el producto se obite.

2.5.9 Tratamiento de preeclampsia severa y eclampsia

Lineamientos generales

- Mantenimiento de las funciones vitales maternas
- Prevención y control de crisis convulsivas
- Control de la 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

1. Mantener la permeabilidad de las vías respiratorias superiores y la ventilación puede ser con cánula de Guedel, intubación, o traqueostomía dependiendo el caso.
 - Aspiración de secreciones.
 - Evitar la mordedura de la lengua (en caso de convulsión)
 - En ciertos casos puede requerirse presión positiva en la ventilación (ambú simple o respirador automático)
2. Evitar traumatismos durante la crisis convulsiva:
 - Cama con barandales y almohadas.
 - Cánula de guedel para evitar mordedura de la lengua
3. Ayuno absoluto
4. Venas permeables con venoclisis
5. Instalar sonda vesical de Foley
6. Minimizar estímulos
7. Vigilancia clínica: tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, coloración, reflejos osteotendinosos, reflejos pupilares, diuresis (cantidad y características), alteraciones de la piel (petequias y equimosis) y estado de la conciencia.
8. Vigilancia materna y fetal por laboratorio y gabinete.

"Prevención y/o control de crisis convulsivas con base en laterapéutica farmacológica que tiene como base los siguientes fármacos

- *Sulfato de magnesio*
- *Fenobarbital*
- *Definilhidantoina sódica*

Sulfato de magnesio

1. *Esquema intramuscular de Pritchard.*
 - *Impregnación: 4g IV en 3 a 5 minutos más 10 g IM*
 - *Mantenimiento 5g IM cada 4hr (en concentración al 50%)*

2. *Esquema intravenoso de zuspan*
 - *Impregnación: 4g IV en 3 a 5 minutos más 10g IM*
 - *Mantenimiento 1 a 2g IV por hora*
3. *Esquema intravenoso de Sibal.*
 - *Impregnación 6g IV en 8 minutos*
 - *Mantenimiento 2 a 3g IV por hora*

Antídoto:

Gluconato de calcio: una ampolleta de 1g IV

- *Fenobarbital: ampolletas de 0.330g, una ampolleta IM o IV cada 8hrs.*
- *Difenhidantoina sódica: 250mg IV, dosis única posteriormente 125mg IV cada 8hrs¹⁸."*

La preeclampsia-eclampsia cursa en la mayoría de los casos con disminución del volumen intravascular (hipovolemia) y en hemoconcentración.

Por ello, se sugieren las siguientes medidas:

1. Colocación de catéter largo intravenoso para medir la PVC (hasta la vena cava superior o la aurícula derecha).
2. 1000 ml de solución glucosada al 8% cada 12 horas, como aporte calórico y para mantener vena permeable (cristaloide).
3. 500ml de Dextran 40 en glucosa al 5% (colcide de alto peso molecular) para expandir el volumen intravascular. La velocidad de la infusión requiere medición de la PVC.

Presión venosa central (PVC)

- Alta mas de 10cm de H2O
- Normal 5 a 8 cm de H2O
- Menos de 5cm de H2O, se considera baja.

Lo habitual en la preeclampsia – eclampsia es PVC baja: 0 (cero) cm de H2O.

Causas de PVC alta en preeclampsia – eclampsia

- Catéter en mala posición
- Insuficiencia cardiaca
- Suministro excesivo de líquidos.

¹⁸ Ibidem

2.5.10 Complicaciones de la preeclampsia – eclampsia

- Síndrome de Hellp
- Coagulación intravascular diseminada
- Insuficiencia renal aguda
- Hemorragia hepática (hematoma subcapsular o ruptura del hígado)
- Accidente vascular cerebral (hemorragia, trombosis, isquemia, infarto).
- Edema cerebral
- Edema agudo pulmonar
- Insuficiencia cardíaca
- Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera (DPPNI)

2.5.11 Síndrome de Hellp

"A veces la preeclampsia se acompaña de un síndrome llamado Hellp. (Hemólisis, elevación de encimas hepáticas [liver] y cuenta plaquetaria baja [low] las mujeres con este síndrome y sus hijos tienen una tasa de morbi-mortalidad muy elevada."¹⁹

La hemólisis que se produce se denomina anemia hemolítica microangiopática. Se cree que los eritrocitos se distorsionan o fragmentan al pasar a través de los vasos pequeños y lesionados. La elevación de las encimas hepáticas es producida por el flujo sanguíneo obstruido por depósitos de fibrina. En la HIE a menudo se observa trombocitopenia. La lesión vascular se acompaña de vasoespasmo y las plaquetas se agregan en los sitios de lesión produciendo reducción en la cuenta plaquetaria (menos de 100.000)

Este tipo de pacientes se atienden en instituciones de tercer nivel, inicialmente se valorará el estado de la madre y estabilizarla sobre todo si la cuenta plaquetaria es baja. Cuando ésta es menor de 20,000mm³ se transfundirá plaquetas. Toda mujer con síndrome de Hellp debe someterse al parto no obstante la edad gestacional, el trabajo de parto puede inducirse con oxitocina en las mujeres con embarazo de 32 semanas o más, si el embarazo es menor lo indicado es el parto por cesárea.

Síndrome de Hellp es un síndrome caracterizado por hemólisis microangiopática, daño hepático manifestado por elevación de enzimas: transaminasa glutámico – oxalacética (TGO), transaminasa glutámico – pirúvica (GTP); también existe trombocitopenia.

- a) Hemolisis: definida por un frotis periférico anormal con esquistocitos, billirrubina total elevada (igual o mayor de 1.2mg/dl), deshidrogenasa

¹⁹ Olds London Enfermería materna infantil 4ta edición México. Interamericana-Mc Graw-hill 1995 p 501.

- láctica elevada (mayor de 600 UI/L) presencia de hemoglobina libre en plasma y hemoglobinuria.
- b) Encimas hepáticas elevadas TGO igual o mayor de 70 UI/L TGP igual o mayor de 50 UI/L y DHL mayor de 600 UI/L.
- c) Trombocitopenia: cuenta plaquetaria menor de 100,000 por mm³.

Las anomalías de los eritrocitos resultan probablemente del daño de la membrana celular y del paso de los mismos a través de los pequeños vasos que tiene un daño de la íntima y depósito de mallas de fibrina. Al destruirse el glóbulo rojo habrá hemoglobina libre en la sangre y ésta al filtrar por el glomérulo renal, obstruye los túbulos renales provocando insuficiencia renal y hemoglobinuria.

El síndrome de Hellp con frecuencia se complica con:

- A) Insuficiencia renal aguda "IRA"
B) Coagulación intravascular diseminada "CID"
C) Abrupeo placentae "DPPNI"

A) Insuficiencia renal aguda

Mecanismo de producción de la insuficiencia renal aguda:

- Depósito de hemoglobina, bilirrubina o ambas en el tubo renal.
- Por necrosis tubular aguda, secundaria a vasoespasmo o hipovolemia.

Se puede manejar de la siguiente manera:

- Evitar que llegue la coagulación intravascular diseminada.
- Mejorar el flujo plasmático renal con vasodilatadores (hidralazina, nifedipina).
- Mejorar el volumen sanguíneo (coloides).
- Manitol (forzar diuresis) que arrastra la hemoglobina depositada en el tubo renal.
- Interrupción el embarazo

B) Coagulación intra vascular diseminada

Diagnóstico

- Prolongación del tiempo de protrombina: 2 o más segundos sobre el testigo
- Prolongación del TPT: 4 o más segundos sobre el testigo
- Fibrinogeno bajo

- Determinación de los productos de degradación del fibrinógeno – fibrina: con gel-etanol. Con sulfato de protrombina.

No existe manejo preventivo pero si correctivo y es:

- Evitar en lo posible vías de hemorragia y soluciones de continuidad (cesárea, OTB, bloqueo pelvico etc.)
- Plasma fresco congelado (aporta factores de la coagulación)
- Crioprecipitado: aporta fibrinógeno, factores de la coagulación y antitrombina.

La cantidad de sangre total necesaria en el DPPNI a menudo es subestimada.

C) Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI)

Se puede presentar en cualquier caso de preeclampsia - eclampsia y sobre todo en aquellas embarazadas con alguna complicación como el síndrome de Hellp y crisis hipertensivas.

El diagnóstico es esencialmente clínico. Constituye una urgencia obstétrica para el feto y la madre. El riesgo de sufrimiento fetal agudo y muerte fetal es obvio por la interrupción brusca de la circulación madre – feto. La terminación del embarazo debe ser inmediata, nunca debe intentar inducción o conducción del trabajo de parto a menos que sea una múltipara en periodo expulsivo.

2.5.12 Edema agudo pulmonar

Puede ser cardiogénico por falla ventricular izquierda o no cardiogénico (por alteraciones de la presión oncótica del plasma y en la presión en cuña venocapilar pulmonar) aunado al suministro excesivo de líquidos. Es mas frecuente en mujeres añosas múltipara y en el puerperio, por reabsorción del edema e ingreso del líquido del compartimiento intersticial al intravascular.

La presión oncótica del plasma está dada por las proteínas en sangre: albúmina y globulina.

Su valor normal es de 25mm Hg.

Tratamiento del edema cardiogénico

Medidas terapéuticas:

- Restricción de líquidos
- Oxígeno
- Antihipertensores (vasodilatadores): hidralazina, nifedipina

- Diuréticos: furosemide

Tratamiento del edema no cardiogénico

- Las mismas medidas de antihipertensores, oxígeno y diuréticos.
- Coloides: albúmina humana. Un frasco de albúmina equivale a la presión oncótica de 250ml de plasma citratado.

2.5.13 Problemas neurológicos

- Edema cerebral
- Hemorragia cerebral
- Isquemia, trombosis e infarto cerebral

Edema cerebral. Es el exceso de contenido de agua en los compartimentos de líquidos del cerebro.

Se piensa que en pacientes eclámpicas se desarrolla como resultado de anoxia asociada a las convulsiones o como pérdida de la autorregulación cerebral secundaria a hipertensión arterial severa. Puede haber obnubilación, confusión y coma. El diagnóstico puede confirmarse por tomografía craneal computarizada.

Manejo:

- Corrección de hipoxia
- Diuréticos osmóticos.
- Corticoesteroides

La hemorragia cerebral es lo más temible complicación de la preeclampsia – eclampsia. El mejor tratamiento preventivo de ésta es: abatir crisis convulsivas y la terminación del embarazo.

2.5.14 Criterios de tratamiento en la preclampsia- eclampsia

Razones que permiten la continuidad del embarazo.

- Presencia del feto sin madurez
- La madurez pulmonar fetal se alcanza entre la semana 35 a 36, cuando no es posible cuando menos debe alcanzar la semana 33 con un feto de aproximadamente 1.350kg.
- Madre en buen estado
- Preeclampsia leve
- Hipertensión arterial leve inducida por el embarazo.

- Mayor posibilidad del parto: cuanto mayor sea la edad del embarazo mas probabilidad de parto vaginal existirá: mejores condiciones cervicales y mejor respuesta a la oxitocina.
- Estado fetal aceptable.
- No-existencia de retardo en el crecimiento intrauterino
- No-existencia de sufrimiento fetal crónica.
- No presencia de oligohidramnios.
- Pruebas biofísicas normales.
- Frecuencia cardíaca fetal y movimientos fetales normales.

Razones para interrumpir el embarazo

Se dividen en maternas y fetales

Maternas: Deterioro en cualquiera de los siguientes territorios:

- Cardiovascular: TA diastólica de 110 a +(refractaria a tratamiento) Crisis hipertensivas, cefalea intensa, síndrome vasculo – espasmódico severo, hemorragia retiniana en el fondo de ojo.
- Neurológico: crisis convulsivas, coma, amaurosis, e hipertensión intracraniana.
- Renal: Oliguria severa menor de 500ml/24horas que no mejora con tratamiento o anuria. Proteinuria de 5g/l o mas. Retención azoada (aumento anormal de la urea y creatinina). Tasa de filtración glomerular disminuida, persistente: depuración de creatinina, menor de 500ml por minuto hiperurisemia igual o mayor de 10mg por dl.
- Hematológico : Plaquetopenia de menos de 100 000. Hemólisis microangiopática ("Hellp"). Ictericia ("Hellp").
- Coagulación: evidencia de CID: hematuria, hematemesis, melena, petequias, equimosis, gingirragias, hemorragias subconjutival, epistaxis, sangrado en los sitios de venopunción.
- Hepático:
 - Dolor en el epigastrio o hipocondrio derecho
 - Insuficiencia hepática.
 - Hematoma subcapsular o ruptura hepática .
- Placentario: el desprendimiento prematuro de placenta constituye una indicación tanto materna como fetal.

En las condiciones anteriores la interrupción del embarazo es inmediata sea cual sea la edad gestacional, toda vez que la paciente haya recibido tratamiento y estén estabilizados los signos para ser intervenida..

Fetales

- Retardo en el crecimiento intrauterino severo.
- Oligohidramnios severo.
- Sufrimiento fetal agudo.
- Sufrimiento fetal crónico agudizado.
- Hallazgos de meconio en la amniocentesis.
- Desprendimiento prematuro de placenta.
- Evidencia de feto ya maduro.
- Óbito fetal.

2.5.15 Riesgos maternos

La elevación de la presión intraocular por la hipertensión provoca desprendimiento de retina. Esta puede adherirse nuevamente cuando la presión arterial disminuye. Los cambios del SNC son hiperreflexia, cefalea y convulsiones.

La hiperreflexia puede ser porque hay mayor cantidad de sodio y menos potasio en el espacio intracelular. La cefalea frontal u occipital es producida por el vasoespasmo cerebral. La causa de las convulsiones es el edema cerebral y vaso constricción, mientras que la hemorragia cerebral es la causa más frecuente de muerte por eclampsia.

"Las mujeres con preeclampsia complicada con el síndrome de Hellp su recuperación es más tardía tanto clínica como hematología que las que carecen de este síndrome".²⁰

2.5.16 Riesgos fetales y neonatales

Los hijos de madres preeclámpticas tienden a ser más pequeños para su edad gestacional, esto es debido al vasoespasmo de la placenta por la hipertensión arterial e hipovolemia materna, estos producen hipoxia y desnutrición fetal. Además puede ser que nazca prematuro por la necesidad de cesárea o inducción del parto. Al nacimiento los neonatos pueden encontrarse demasiado sedados por los medicamentos de la madre. Puede cursar con hipermagnesemia debido a que la madre se trató con sulfato de magnesio.

²⁰ Olds London. Enfermería materno infantil .4ta ed. México. Interamericana-Mc Graw-hill 1995 p 501.

3 DESARROLLO DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

3.1 Resumen de la historia clínica

Se realizó el proceso de enfermería a una paciente con preeclampsia leve llevándose a cabo las técnicas de interrogatorio, inspección, auscultación, palpación y percusión. Al mismo tiempo se tomaron las muestras para las pruebas de laboratorio. La recolección de datos fue periódica durante el tiempo que se encuentra hospitalizada en el hospital SAN ANGEL INN. De esta manera se proporcionaron los cuidados para llevar a término el embarazo sin poner en riesgo la vida del paciente y del producto.

En la exploración física se encuentra mujer primigesta con palidez de tegumentos con edad aparente a la cronológica, con mamas hipertróficas a expensas de producción de leche con pezones hiperpigmentados y bien formados, abdomen globoso por útero gestante con producto único vivo en situación longitudinal, presentación cefálica y dorso izquierdo. Presenta edema en miembros pélvicos hasta las rodillas, hipertensa (140/110). Los datos del laboratorio reportan presencia de proteinuria. Se percibe angustiada.

3.2 Identificación de necesidades alteradas

A. Oxigenación

Se observa dependencia ya que presenta ligera dificultad respiratoria.

Favor de reflexionar la relación de la necesidad con la manifestación

B. Nutrición e hidratación

Es dependiente ya que presenta edema en miembros pélvicos.

C. Eliminación

Por exámenes de laboratorio proteinuria y a la observación de la orina es escasa y concentrada.

D. Moverse y mantener una buena postura

Es dependiente ya que esta limitada en la deambulacion y no puede realizar sus actividades cotidianas.

E. Descanso y sueño

Es dependiente ya que por el ambiente desconocido que hay en el hospital y el movimiento constante de las actividades le impiden conciliar el sueño y obtener un buen descanso.

F. Uso de prendas de vestir adecuadas

No se encontraron dependencias.

G. Termorregulación

No se observan dependencias

H. Higiene y protección de la piel

Necesita asistencia en el baño.

I. Evitar peligros

No se observan dependencias

J. Necesidad de comunicarse

Se encuentra angustiada

K. Vivir según las creencias y valores

No se observan dependencias

L. - Necesidad de trabajar y realizarse

No se observan problemas

M. - Necesidades de participar en actividades recreativas

No se observan dependencias

N. - Necesidades de aprendizaje

Sé observa dependencia ya que quiere saber que va a pasar con ella y su bebé, no conoce bien el hospital.

O. - Sexualidad y reproducción

Se ve a gusto con su identidad sexual.

3.3 Diagnósticos de enfermería

- Alteración de la oxigenación relacionado al crecimiento del útero gestante manifestado por dificultad respiratoria.
- Riesgo potencial de convulsionar relacionado a la hipertensión.
- Riesgo potencial de sufrimiento fetal agudo relacionado con el déficit de la circulación sanguínea.
- Alteración del patrón de eliminación relacionada a la pérdida de líquidos en los espacios intersticiales manifestado por edema de miembros pélvicos.
- Alteración del patrón de eliminación relacionado a la disminución del filtrado glomerular manifestado por oliguria concentrada y proteinuria.
- Intolerancia a la actividad física
- Trastornos del patrón de sueño y descanso relacionado a un ambiente ruidoso y desconocido manifestado por insomnio.
- Alteración de la higiene relacionada al reposo absoluto manifestado por incomodidad de la paciente.
- Angustia relacionada al desconocimiento de los que va a pasar con ella y su bebé manifestada por temor.

3.4 Plan de enfermería

Colocar al paciente en una posición adecuada

Iniciar acciones para disminuir la T/A.

Favorecer la circulación.

Monitorización fetal continúa.

Llevar un control de ingresos y egresos poniendo mayor atención en la orina.

Modificar el ambiente para proporcionar mayor relajación y descanso.

Brindar baño de esponja.

Evitar en lo posible la angustia.

3.5 Objetivos:

Mejorar la circulación

Mantener la presión arterial dentro de los límites posibles.

Mejorar la oxigenación y evitar hipoxia fetal.

Proporcionar una posición cómoda.

Ayudar a la paciente a conciliar el sueño.

Que la paciente se sienta cómoda cuando la visitan.

Disminuir temores.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

3.6 Ejecución del plan

A. Oxígeno

Diagnóstico de enfermería.

Alteración de la oxigenación relacionado al crecimiento del útero gestante manifestando por la dificultad respiratoria.

Acción	Fundamento
Colocar en posición de decúbito Lateral o izquierdo.	Disminuir la presión que ejerce el útero gestante en los pulmones.

Evaluación. La paciente respira sin esfuerzo, más cómodamente.

Diagnóstico de enfermería

Riesgo potencial de convulsionar relacionado a la hipertensión.

Acción	Fundamento
Colocar en posición de decúbito Lateral izquierdo.	Disminuir la presión que ejerce el útero gestante en la vena cava inferior y de la arteria aorta.
Vigilar la T/A cada 4 horas o menos en la misma posición y en el mismo brazo.	La presión arterial varía inclusive de 1 hora a otra, y es diferente estando parado, acostado o sentado, La tensión arterial diastólica mayor de 100 puede desencadenar la eclampsia y poner en riesgo la vida de la madre y del producto
Valoración de reflejos	Si presenta hiperreflexia nos indica que el SNC que está sumamente alterado y puede llegar a convulsionar.
Vigilar foco fetal	Al haber una constricción de las Arterias por la hipertensión que disminuye el flujo sanguíneo y por lo tanto todos los nutrientes que son transportados por la sangre incluyendo el oxígeno no serán suficientes y la placenta tendría infartos, el producto sufriría hipoxia, bajo peso al nacer, sufrimiento fetal agudo e inclusive muerte fetal.

Vigilar datos de sangrado vaginal	Al haber hemorragia puede haber DPPNI.
Estar pendiente de la referencia de cefalea intensa	<i>"La primera convulsión ecláptica esta precedida invariablemente por cefalea intensa"</i> ²¹
Vigilar dolor epigástrico en barra	El dolor epigástrico en barra hacia el hipocondrio derecho es signo inminente de ruptura hepática
Proporcionar un lugar cómodo con poca luz y con poco ruido	Se reducen estímulos que puedan provocar convulsiones
Ministración de aldomet	<i>"La metildopa no tiene ningún efecto directo sobre la función cardíaca y generalmente no reduce el índice de filtración. Usualmente se mantiene el gasto cardíaco sin aceleración del corazón y en algunos pacientes disminuye la frecuencia cardíaca"</i> ²²
Ministrar sulfato de magnesio según la indicación medica	El sulfato es un depresor cerebral también reduce la irritabilidad muscular produce vaso dilatación y reducción de la presión arterial
Al administrar el sulfato de magnesio vigilar: ausencia de reflejos, respiraciones y gasto urinario	La ausencia de reflejos, la frecuencia respiratoria menor de 12x' el gasto urinario de 100 ml en las ultimas cuatro horas, el espasmo rotuliano desaparece cuando la cifra sanguínea de sulfato de magnesio alcanza de 7 a 10 mg/l. Si aumenta la cifra se puede intoxicar la paciente, puede haber paro respiratorio o cardiaco.
Tener gluconato de calcio IV para el caso de hipermagnesemia.	El gluconato de calcio es el antídoto para el sulfato de magnesio.

Evaluación. La paciente no ha disminuido la presión arterial pero se mantiene estable

Diagnóstico de enfermería

Riesgo potencial de sufrimiento fetal agudo relacionado al déficit de la circulación sanguínea.

²¹ Williams A y B *Obstetricia* 4ta edición España Ed. Masson 1996 p773

²² Goodman y Gilman. *Las bases farmacológicas de la terapeutica*. 9na edición. Volumen 1. Mc Graw Hill Interamericana 1996 p841.

Objetivo

Vigilancia de la motilidad fetal.

Acción	Fundamento
Monitorización cardiaca fetal continua	Al haber el vasoespasmo de sangre que lleva el oxígeno al producto no es suficiente por lo tanto sufre de hipoxia y sus movimientos disminuyen y estos son signos de sufrimiento fetal.
Colocar a la paciente en decúbito lateral izquierdo.	Favorece la circulación materno fetal ya que se descomprimen las arterias cava y femoral por lo tanto mejora la perfusión placentaria.
Reportar hemorragia vaginal, cambios en la actividad fetal y frecuencia cardiaca.	Porque el vasoespasmo y la presión arterial aumentan el riesgo de desprendimiento prematuro de placenta normo inserta.

B. Eliminación

Diagnostico de enfermería

A) Alteración del patrón de eliminación relacionada a la pérdida de líquidos en los espacios intersticiales manifestado por edema en miembros pélvicos.

Acciones	Fundamento
Elevar miembros pélvicos a 45°x10'	Mejorara el retorno venoso y disminuirá los líquidos en el espacio intersticial.
Ministración de furosemide	<i>"El furosemide aumenta el flujo sanguíneo renal y causa la redistribución del riego sanguíneo dentro de la corteza del riñón."</i> ²³ Los diuréticos poseen efectos antihipertensivos cuando se suministran solos y aumentan la

²³ Katzung, Beltram. Farmacología básica y clínica. 7ma ed México Manual moderno 1999

²⁴ Ibidem

	eficiencia de casi todos los antihipertensores ²⁴
Valorar la T/A cada 4hrs.	La presión arterial puede variar cada hora se eleva como resultado de una mayor resistencia vascular periférica, por vasoconstricción periférica y espasmo arteriolar.
Pesar a la paciente diario	El aumento de peso y el edema son consecuencia de retención de agua y sodio.
Dar una dieta hiperproteica	Las proteínas plasmáticas afectan el movimiento del líquido intravascular y extravascular, estas por la patología se pierden en la orina por lo que hay que reponerlas.

Evaluación: La paciente disminuye un poco su edema.

B) Alteración del patrón de eliminación relacionado a la disminución del filtrado glomerular manifestado por oliguria concentrada y proteinuria.

Acción	Fundamento
Control de líquidos	ste nos va a indicar sobre la función renal procuraremos el equilibrio hidroelectrolítico, para prevenir complicaciones. <i>“La sobrehidratación reduce expansión del volumen de los líquidos, dilución de electrolitos y proteínas plasmáticas. Si se aportan mayor líquido que la capacidad para excretarlo va producir cefalea, náusea, edema, piel brillante y ensa, densidad urinaria disminuida hipertensión entre otros”.</i> ²⁵ n el caso de las embarazadas reeclápticas el riesgo es de un edema agudo pulmonar
Vigilar características de la orina	Una orina concentrada y de una densidad elevada son indicadores de

²⁵ Rosales Susana **“Fundamentos de enfermería”** 2da ed. México, Manual moderno 1992 p54

	un déficit de líquidos y un signo de que la situación empeora.
Control de signos vitales	<p><i>"La elevación de la temperatura corporal aumenta la cantidad de desechos metabólicos presentes en el organismo, que requiere una cantidad adicional de líquido para poder excretarlo por el riñón"</i>²⁶.</p> <p>En la hiperpnea causada por la elevación de la temperatura corporal aumenta la pérdida de vapor de agua. El que halla una mayor frecuencia cardiaca es el resultado del intento del corazón por mantener o compensar la disminución del volumen del líquido intravascular.</p> <p>Aumenta la presión venosa, cuando hay alteración de la función cardiopulmonar.</p>

C. Moverse y mantener buena postura

Diagnóstico de enfermería
Intolerancia a la actividad (NANDA, 1990)

Acción	Fundamento
Cambio de posición de decúbito lateral izquierdo a derecho	Colocar a la paciente en decúbito lateral izquierdo o derecho, favorecerá la circulación así como la oxigenación para la paciente y el producto.

D. Descanso y sueño

Diagnóstico de enfermería

Trastornos del patrón de sueño y descanso con relación a un ambiente ruidoso y desconocido, manifestado por insomnio.

Acción	Fundamento
Iniciar medidas de relajación	El sueño es difícil si no sé esta

²⁶ Williams. Op.Cit. p56

	relajado
Procurar un ambiente propicio	El silencio nos ayudara a conciliar el sueño

Evaluación: la paciente logro dormir toda la noche.

E. Higiene y protección de la piel.

Diagnóstico de enfermería

Déficit de la higiene relacionada al reposo absoluto manifestado por la incomodidad de la paciente.

Acción	Fundamento
Baño de esponja	El baño nos ayudara a eliminar microorganismos además de proporcionar comodidad a la persona, favorecerá una mejor circulación y nos daremos cuenta del estado de la piel

F. - Comunicación.

Diagnóstico de enfermería

Angustia relacionada a no saber que va a pasar con ella y su bebé.
Manifestada por temor.

Objetivo disminuir sus temores.

Acción	Fundamentos
Escuchar con interés sus inquietudes	El saber escuchar es muy importante para ganar la confianza de la paciente.
Contestar todas las preguntas de la paciente con seguridad	El que la paciente vea seguridad en la enfermera que la asiste durante su estancia hospitalaria disminuirá su angustia.
Despejar dudas y hablarle sobre la patología.	El que ella exprese sus dudas y temores disminuirá la angustia y conocer acerca de la patología, de esta forma la paciente cooperara con los procedimientos que se necesitan. La preocupación o ansiedad son

	emociones que influyen en el estado de salud.
--	---

3.7. Primera Evaluación

La paciente disminuye notablemente el edema, la tensión arterial y la proteinuria signos de preeclampsia después de haber realizado todas las acciones de enfermería con relación a los objetivos planteados de acuerdo a los diagnósticos y necesidades detectadas,

El objetivo de mejorar la oxigenación y evitar hipoxia fetal se logra ya que se logró al disminuir la tensión arterial la cual se registro por monitoreo constante de la frecuencia fetal del producto la cual se sostuvo en 120 a 160.

La tensión arterial se mantuvo debajo de 90 a 110 dentro de los límites, el sulfato de magnesio por su acción nos ayudo a que la paciente no convulsionara así como las acciones para evitar el estrés.

Con respecto al edema se mantuvo el signo de godete + no disminuyó pero tampoco aumento.

Se sugirió la posición de decúbito lateral derecho y en semifowler

Se logró aumentar las horas de sueño gracias al ambiente propicio, se le enseñaron técnicas de relajación, (respiración profunda, pensamientos positivos, etc.)

Durante la visita de los familiares, la paciente se ve cómoda y segura (ya que el baño la hace sentirse bien, se ve más tranquila), la angustia disminuyo con relación a la que presentaba al ingreso del hospital. Manifiesta conocimiento de la enfermedad ya que coopera en los procedimientos.

La cesárea se programa y se obtiene producto único, vivo de sexo masculino que peso 2700kg. Lloró y respiró al nacer al cual se le proporcionaron cuidados inmediatos y mediatos se le dio calificación de apagar de 8-9.

4 PLAN DE ALTA

4.1 Justificación

Este plan se realiza con el fin de que la paciente se pueda incorporar rápidamente a su núcleo familiar y a sus actividades cotidianas fomentando el auto cuidado sin descuidar su tratamiento médico para así lograr una mejor calidad de vida.

4.2 Objetivos

Que la paciente sea capaz de realizar sus actividades cotidianas

Favorecer la mejoría de la paciente contando con el apoyo de su familia.

Descartar alguna patología hipertensiva no evidente antes del embarazo.

Limites.

Espacio. Domicilio de la paciente.

Lugar domicilio y hospital

Asesoría. Por la enfermera.

4.3 Necesidades detectadas

Oxigenación

Es dependiente ya que presenta T/A de 130/90

Nutrición e hidratación

Es dependiente ya que existe edema en miembros pélvicos.

Necesidad de movimiento.

Se observan dependencias ya que se observa intolerancia a la actividad.

Higiene y protección en la piel

Se observan peligros ya que tiene una herida quirúrgica.

Necesidad de aprendizaje

Se observan dependencias ya que no sabe la importancia de la lactancia materna.

4.4 Diagnósticos de enfermería

Riesgo potencial de convulsionar relacionado a la hipertensión

Alteración del patrón de eliminación relacionado a la pérdida de líquidos en los espacios intravasculares manifestado por edema en miembros pélvicos.

Intolerancia a la actividad relacionado al dolor que le causa la herida quirúrgica.

Pérdida de la integridad de la piel

Déficit del conocimiento sobre la importancia de la lactancia materna manifestada por preferir dar de comer con el biberón.

4.5 Plan de enfermería

- Valorar sino existía patología previa al embarazo.
- Disminuir el edema.
- Deambulación diaria.
- Favorece la cicatrización.
- Fomentar la lactancia materna.

4.6 Objetivos

- Descartar patología previa al embarazo.
- Favorecer la circulación.
- Evitar complicaciones.
- Evitar infecciones
- Dar a conocer la importancia de la alimentación al seno materno.

4.7 Ejecución del plan

Diagnóstico de enfermería.

Riesgo potencial de convulsionar relacionado a la hipertensión

Objetivo

Descartar patología previa al embarazo

Acción	Fundamento
Toma de tensión arterial por lo menos una vez al día en el mismo brazo, posición y hora	La tensión arterial varía de un brazo a otro y se ve alterada por la comida, el tiempo y las emociones. Si encontramos cifras normales de tensión arterial podemos descartar patología previa al embarazo
Llevar un registro de tensión arterial	Registrando las cifras que leemos podemos comprar y evitar olvidos. Valorar mejor a nuestra paciente.

Diagnóstico de enfermería

Alteración del patrón de eliminación relacionada a la pérdida de líquidos en los espacios intersticiales manifestado por edema en miembros pélvicos.

Objetivo

Disminuir el edema

Acción	Fundamento
Pedir a la paciente que suba los pies a 45° de su espalda.	Favorecer el retorno venoso y disminuir el edema que se produce por el exceso de líquidos en los tejidos.

Movimiento

Diagnóstico de enfermería

a) Intolerancia a la actividad relacionado al dolor que le causa la herida quirúrgica

Acción	Fundamento
--------	------------

Fomentar la deambulaci3n.	El estar mucho tiempo en reposo disminuye la motilidad intestinal y se le dificulta la evacuaci3n. La deambulaci3n favorece a que los loquios salgan por gravedad y se evita la acumulaci3n a nivel del 3tero previniendo as3 probables infecciones.
Pedir a alg3n familiar que asista a la parturienta en la deambulaci3n.	La participaci3n de la familia es la base para el 3xito de todo el programa.

Diagnostico de enfermer3a

b) Riesgo potencial de infecci3n relacionado con la herida quir3rgica.

Evitar infecciones

Acci3n	Fundamento
Explicarle la importancia del ba3o diario.	<i>"El ba3o nos ayudara a eliminar las c3lulas muertas y secreciones as3 como observar las caracter3sticas de la herida".²⁷</i>
Ense3arle los datos de infecci3n y pedirle que cuando se ba3e los busque.	Buscar datos de infecci3n y detectarlos a tiempo nos ayudara a actuar oportunamente para favorecer la cicatrizaci3n.

Aprendizaje

Diagnostico de enfermer3a

c) D3ficit de conocimiento sobre la importancia de la lactancia materna manifestada por preferir dar de comer con el biber3n.

Objetivo

Es dar a conocer la importancia de la alimentaci3n al seno materno.

Acci3n	Fundamento
Hablar sobre la importancia de la	La leche materna es m3s est3ril que

²⁷ Rosales. Op.Cit.p21

lactancia materna para ella y su bebé.	un biberón hervido además de ser gratuita, no produce gastos como comprar biberones, gastar en agua y gas al hervirlos. Es la fuente más rica de anticuerpos y proteínas, es importante mencionar que crecerán los lazos afectivos del binomio madre-hijo. Se fomentara en el auto cuidado ya que dar del seno materno al bebe favorecerá la involución uterina y ayudara a bajar unos kilos de mas que con el embarazo aumento.
--	--

4.8 Segunda evaluación

En esta evaluación nos damos cuenta claramente de la importancia del proceso de atención de enfermería ya que se ven las metas alcanzadas a corto, mediano y largo plazo.

La paciente ha disminuido notablemente todos los signos de preeclampsia ya que su T/A esta en 120/70, por lo tanto se descarta patología previa al embarazo.

Se favoreció la circulación por lo que el edema casi desaparece y la proteinuria no se manifiesta.

Se evitaron complicaciones con la deambulacion constante,

Se incorporó a sus actividades cotidianas, le es más fácil ejercer su mecánica corporal.

Con el baño y la observación se evitaron infecciones se presentó al servicio para retiros de puntos y la herida esta limpia, sin datos de infección.

Manifiesta la satisfacción de dar el seno materno a su bebe ya que dice sentirse muy a gusto y que continuara por lo menos hasta los seis meses.

CONCLUSIONES

La aplicación del método del proceso de atención de enfermería permite en forma sistematizada obtener la información para dar el cuidado en forma integral y con énfasis, en el respeto y comprensión de la persona.

La profesión de enfermería debe poseer gran número de conocimientos y habilidades los cuales deben estar basados en un modelo definido, siendo este el punto de apoyo del ejercicio de la profesión el cual vincula los postulados y valores que forman los cimientos teóricos en los que se apoya el concepto de los cuidados, mismos que constituyen el cómo y el porqué de la profesión de enfermería.

Actualmente la profesión cuenta con diferentes modelos que derivan de las ciencias naturales, físicas, de la conducta humana y de la investigación en enfermería, para que pueda aplicarlos en su práctica diaria; esto hace de la enfermería una disciplina tan completa como compleja, por lo que el personal de enfermería tiene la obligación de conocerlos y poner en práctica el modelo que más se ajuste a las necesidades del paciente; puesto que todos los modelos tienen ventajas y desventajas al ser utilizados.

Es muy importante tener la base de un proceso de enfermería ya que nos ayuda a resolver problemas que se puedan presentar en el ejercicio de nuestra profesión, tomando en cuenta el modelo de Virginia Henderson, ella considera a la enfermera como ciencia y arte.

Henderson: "ayuda al paciente a lograr independencia en la atención de las quince necesidades básicas, necesarias para conservar la salud y el bienestar"²⁸

El proceso de atención de enfermería es la resolución científica de problemas donde se utilizan diferentes etapas para poder brindar atención de calidad.

En la valoración es donde se obtienen datos para identificar necesidades. El diagnóstico es un enunciado con problemas o necesidades del paciente.

La planeación es la formulación de hipótesis. La priorización de necesidades es fundamental para establecer resultados esperados con objetivos y metas a largo y corto plazo.

Ejecución es la aplicación de los cuidados de enfermería con base a las necesidades del paciente.

²⁸ Fouseilt, Jaqueline. Op.cit.p26

Evaluación es la etapa que juzga nuestras acciones en la etapa de ejecución es la apreciación de los resultados obtenidos con los deseados.

En este proceso observamos que el seguimiento de las constantes vitales de la embarazada y el producto fue esencial para la decisión de la cesárea para no poner en riesgo la vida de ambos y evitar las complicaciones del binomio madre-hijo y pueden egresar en las mejores condiciones de vida.

Respecto a la metodología se llevaron a cabo la utilización de instrumentos de valoración como: entrevista, historia clínica, la observación, el diagnóstico de enfermería y el resumen clínico.

La aplicación del modelo de Henderson es el eje central de este trabajo para la detección de necesidades, elaboración de diagnósticos, ejecución y evaluación. Esto con el fin de proporcionar una mejor calidad de atención y así obtener resultados satisfactorios para favorecer la salud del paciente y así lograr su independencia. Es importante que el profesional en enfermería debe estar actualizado preparándose continuamente para que la teoría y la práctica se conjuguen logrando la mejor calidad de servicio, ya que el actuar eficaz y oportunamente en el tratamiento favorece la recuperación de la salud pero sobre todo evita complicaciones.

El proceso sirvió para enfatizar la atención individualizada, proporcionar los cuidados de acuerdo a las necesidades detectadas, identificar los problemas potenciales y disminuir los reales así como disminuir los índices de mortalidad materno – fetal, obtener un producto en condiciones ideales que tenga la posibilidad de desarrollo y crecimiento con buenas condiciones de salud y así lograr su independencia, es decir; se lograron los objetivos.

BIBLIOGRAFÍA

Alfaro, Rosalinda. Aplicación del proceso de atención de enfermería. 3ra ed. España; Mosby, 1995.

Brunner. Manual de la enfermera 4ta ed. México: Mc Graw-Hill, 1991

Cardenito. Manual de diagnóstico en enfermería 3er ed. México: Harla, 1989

Fouceit, Jacqueline. Analisis and evaluation of conceptual models of nursing Philadelphia ed. Davis company 1995.

García González, María de Jesús. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. México: Progreso, 1997.

Grínspon. Identidad, profesionalismo y desarrollo tecnológico: en XII reunión de licenciados en enfermería memorias. México: ENEO UNAM, 1993

Henderson, Virginia. La naturaleza de enfermería. México: Interamericana McGrawHill, 1994.

Isenberg, Marjoire A Desarrollo de la teoría de enfermería y su aplicación en la práctica en la XIII reunión de licenciados en enfermería. Teoría y modelos para la profesionalización de enfermería Monterrey. Facultad de enfermería UANL 1993.

Katzung, Bertram. Farmacología básica y clínica. 7ª ed México, Manual moderno. 1999

Leedy, Susan. Bases, conceptos generales, de enfermería profesional Philadelphia, 1989.

Mondragón Castro, Hector. Obstetricia básica ilustrada México: Trillas, 1999.

Marriner, Ann. Teorías y modelos de enfermería. Madrid: Harcourt, 1999.

Olds London, Enfermería materna infantil 4ta ed. México interamericana McGrawHill 1995.

Phanef Margot Las necesidades fundamentales según el enfoque de Virginia Henderson en el cuidado de enfermería y el proceso de atención de enfermería ed. Mc Graw Hill-Madrid 1993.

Rosales, Susana - Reyes Gómez Fundamentos de enfermería 2da ed. México Manual Moderno 1999.

Reeder. Enfermería materno infantil. Interamericana, 1997.

Rosentein, Emilio. Diccionario de especialidades farmacéuticas. PLM México 1999.

Tortora. Principios de anatomía y fisiología. 6ta ed. Colombia: Harla, 1998

Williams A y B. Obstetricia 4ta ed. España: Masson, 1996.

"Manejo conservador de preeclampsia en México" Revista de ginecología y obstetricia de México volumen 68 enero-junio 2000 S/A

IMSS. Norma. Técnico Medica para la prevención del manejo de la preeclampsia – eclampsia. Coordinación de salud reproductiva y materno infantil, 1995

Kusnick, Sergio. "Hipertensión y embarazo, diagnóstico fisiopatológico y tratamiento" Revista de hipertensión arterial. México: 1999.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO I

Valoración de enfermería

Fecha: 7 de septiembre del 2002

Procedente: D.F. delegación Álvaro Obregón

Acompañado por, Su esposo

Transporte: Silla de ruedas: _____ Camilla: _____ Deambula: _____

Motivo de ingreso: Dolor en el abdomen y presencia de crisis convulsivas.

Información obtenida del: Esposo.

I Signos vitales.

Temp.: 36.8

Pulso: 100x'

Resp. 32x'

Oral: _____

Auxiliar: _____

Rectal: _____

T/A: 150/100

Posición: Sentada.

Peso: 72Kg.

Talla: 1.58Mts.

Prótesis, aparatos u otros dispositivos

Dentadura postiza / Caminador/Bastón/Muletas/ _____

Completa superior inferior extremidades artificiales _____

Ojo artificial ----- Lentes de contacto -----

Peluca ----- Audífonos -----

Otros -----

II Alergias y Reacciones

Medicamentos ----- Alimentos ----- Otros -----

Ninguna conocida _____

III Percepción mantenimiento de la salud

a) Padecimiento actual.

- 1 Diagnóstico de ingreso: Preeclampsia leve.
- 2 Razones para el ingreso (en palabras del usuario)
Dolor de cabeza, tiene zumbido en los oídos y malestar general.
- 3 Duración del padecimiento actual: hoy 3horas.
- 4 Tratamiento anterior y actual de la enfermedad: alfametildopa _____
- 5 El usuario conoce el diagnostico: si: no -----

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- b) Padecimientos anteriores: ninguno
 c) Esta tomando algún medicamento: sí x no -----
 d) Fuma: Sí ----- no x

IV Cognición/Percepción

Cefaleas: x convulsiones: ----- ausencias: -----

Mareos : x

Nivel de conciencia: alerta x Somnoliento :-----

Responde al dolor: x Estímulos verbales x No responde ----

Orientado en tiempo x Espacio: x Lugar

x

Humor: x Ansioso----- Triste -----

Enfadado: ----- Retraído ----- Otros:

preocupado

Cambios recientes de memoria-----

Responde a ordenes: sí x no: -----

Habla clara: x Confusa: -----

Incapaz de hablar: -----

Idioma que habla castellano: x otras: -----

Audición normal: x deteriorada: ----- corregida: -----

Sordera : ----- lenguaje de los signos: -----

Lee los labios: ----- visión normal: x deteriorada: -----

Corregida: ----- ceguera: -----

Dolor: x Describirlo: en cabeza, como compresión.

V Rol relaciones (psicosocial)

a) Ocupación: hogar

b) Vive:

Solo -----

Familia x

Casa propia x

Departamento -----

c) Describir el entorno físico: Casa propia, una recamara, baño y cocina, paredes de ladrillo, piso de cemento y techo de losa.

d) Desea que lo visite un sacerdote mientras esta aquí: sí x

VI . Valoración por aparatos y sistemas

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A. Cardiovascular

Angina -----
Edema x arritmia -----
----- palpitaciones x soplo -----
----- dolor torácico ----

Aneurisma ----- hipertensión x pulso fuerte ----

Pulso débil ----- regular x irregular -----

B. Respiratoria

Tos ----- productiva ----- dolor -----

Resfriados frecuentes ---- ronquera ----- asma -----

C. Renal

Infecciones ----- retención x quemazón -----

Poliuria ----- disnea -----
dispositivos urinarios----- incontinencia -----

D. Gastrointestinal (nutrición, metabolismo)

Numero de comidas al día: 3 tentempiés -----
Dieta especial: se disminuyo nada mas el consumo de sal y el refresco de cola.
Cambios ponderales en los últimos meses: ninguno x
Perdida de peso ----- Aumento de peso 14.500Kg
Nausea x vomito ----- relacionadas con
el embarazo x padece dolores abdominales -----

Pirosis ----- gases ----- cuantas veces al
día evacua: una estreñimiento ----- utiliza
laxantes -----
Padece diarrea -----
Abdomen blando x doloroso ----- distendido -----

Duro ----- ruidos intestinales presentes
 x

E. Estado de la piel

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Color: rosado Pálido cianosis -----

Ictericia -----

Temperatura:

Hipertermia ----- normotermia hipotermia -----

Turgencia: normal

Edema descripción/localización: edema + en extremidades superiores e inferiores.

Lesiones ----- hematomas ----- erupciones -----

Enrojecimiento -----

F. Músculo esquelético

Calambres ----- artritis ----- rigides -----

Inflamación ----- otros -----

VII Actividad reposo sueño

Patrón habitual de sueño: duerme 8 horas.

Dificultad para conciliar el sueño: se dificulta a un ambiente desconocido.

Usa ayudas para dormir -----

VIII Salud sexual (gineco obstétricos)

Menarca: a los 13 años

Frecuencia: 3/27

IVSA a los 18 años

compañeros sexuales: 1

Fecha de última menstruación: 14 de enero del 2002

Fecha probable de parto: 21 de octubre del 2002.

Fondo uterino: 28cm.

Presentación cefálica

Situación longitudinal

Dorso izquierdo

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Hoja de valoración de enfermería

Características personales

Nombre:

Edad: **19**

Sexo: **Mujer**

Estado Civil: **Casada**

Religión: **Católica**

Escolaridad: **Bachillerato**

Ocupación: **Estudiante**

Cual es su objetivo de salud:

Hospitalizaciones previas: **negadas**

Motivo de ingreso: **Embarazo de 38 semanas de gestación más preeclampsia**

Está tomando medicamentos: **sí, alfametildopa**

Signos vitales: **temperatura, 36.2°C, pulso 74x', respiraciones 24x', tensión arterial 140/100.**

Familia No. De miembros: **2**

Con quien vive: **Esposo**

Problemas de relación con su familia: **No**

1. Oxigenación

Estilo de vida: **sedentaria**

Realiza sus actividades cotidianas sin fatigarse (disnea): **Antes sí, pero últimamente se le dificulta la respiración.**

Secreciones, tos, aleteo nasal, dolor asociado a la respiración: **no**

¿Cuántos cigarrillos fuma al día? Desde cuando: **no fuma**

Antecedentes de enfermedades cardiorrespiratorias, dolor precordial, asma, taquicardia, hipertensión, anemia, varices: **La mamá tiene varices y la abuela materna es hipertensa.**

2. Nutrición e hidratación

Se alimenta solo: **sí** Con ayuda: **no**

Horario y numero de comidas habituales: **3 comidas al día, a las 9:00 hrs. El desayuno, 16:00 hrs. , La comida y a las 21 hrs. la cena**

Cantidad y lquidos que ingiere al día: **3 vasos de agua de sabor al día**

Preferencias o desagradados: **Prefiere agua natural, el refresco no lo toma mucho**

Patrones de aumento o perdida de peso: **A partir del 7º mes de embarazo, empezó a subir mas, porque subió casi 2kg. En un mes**

Suplementos alimenticios: **No toma**

Conocimientos de factores que favorecen la digestión: **Sí, la papaya, la naranja y la espinaca**

Anorexia, nauseas, vómito, indigestión, hiperacidez: **No**

Medidas para purificar el agua hierve, desinfecta, garrafón: **sí, hierve el agua**

Revisión. **Peso 70 kilos Talla 1.60 mts.**

Boca; capacidad para hablar, masticar y deglutir. No se observan dependencias

Lengua: hidratación úlceras, inflamación. Encías: color, edema, hemorragia, dolor. **No se observan datos patológicos**

Dientes: caries, prótesis, sensibilidad al frío o calor, **No se observan dependencias**

Labios rosados semihidratados

3. Eliminación

Frecuencia y cantidad en 24 hrs. Heces **una vez al día, micción 6 veces al día.**

Color, consistencia, heces: **café semisólida, orina concentrada 100 mls.**
Ardor o dolor al evacuar **No al orinar No**

Estreñimiento **No hemorroides no-dolor menstrual No**
ayudas líquidos, alimentos, medicamentos, enemas **No**
Problemas de: urgencia retención incontinencia infecciones. **Sí de retención.**

Intestino dolor, diarrea, flatulencia, heridas, estomas **No**
Genitales, erupciones e irritaciones perinatales, lesiones secreción anormal.
Sin compromiso

4. Movilizarla y mantener una buena postura

Patrones de actividad y ejercicio, en su casa, en el trabajo y el tiempo libre

Medidas higiénicas para moverse y tener una buena postura (ejercicios activos y pasivos para mejorar el tono muscular, uso de mobiliario y calzado adecuado) **Casi no hace ejercicio, pero de vez en cuando sí usa los tenis.**

Limitaciones en la deambulaci3n. **Sí**

Postura habitual en relaci3n con el trabajo. **Es activa,**

Dolor muscular, inflamaci3n de articulaciones, defectos 3seos **No se observan dependencias.**

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

Revisión: capacidad funcional, mano dominante, utilización de brazos, piernas y manos, fuerza presión, marcha, utilización de aparatos.
Actualmente no deambula

5. Descanso y sueño

Patrones de reposo, sueño horas en la noche, siesta Por el embarazo tiene reposo, actualmente por el hospital se le dificulta el sueño por el ruido, normalmente duerme de 8 a 9 horas pero aquí no puede.

Uso de reductores de tensión No

Facilitadores de sueño, masaje, relajación, música, lectura, medicamentos. En silencio le es más fácil conciliar el sueño.

6. Uso de prendas de vestir adecuadas

Distingue relaciones entre higiene personal y salud: Sí

Necesita ayuda para vestirse o desvestirse: Un poco

Habito sobre la higiene personal y del vestido. Se baña y se cambio diario de ropa.

Tiene los recursos económicos para vestir ropa limpia y que conserve el calor: Sí

7. - Termorregulación

Se protege en los cambios de temperatura ambiental Sí

Sensibilidad extrema al calor o al frío. No.

Que valor le da a: comida, ropa y manejo adecuado en el control de la temperatura a otras medidas físicas Es muy importante.

8. - Higiene y protección de la piel

Hábitos higiénicos diarios que quiere mantener, higiene oral, higiene femenina, y arreglo personal: Todos.

Aseo de dientes, manos, baño, conque frecuencia. De las manos antes de comer y después de ir al baño, de los dientes tres veces al día y el baño diario.

Uso de algún producto en específico, colonia, crema, etc. Sí está usando la crema antiestrías.

Revisión de la piel. Pigmentación, temperatura, textura, turgencia, lesiones, contusiones, hemorragias, cicatrices, masas, prurito, edema

Presenta hiperpigmentación en pezones, línea morena, y edema en miembros pélvicos.

Mucosa oral integra, deshidratada, hidratada. Se observa integra e hidratada.

9. Evitar peligros

Prácticas que evitan la seguridad personal: hábitos, drogas, alcohol, tabaco, café, bebidas con cola, nivel de consumo. Consume diario de café con leche, dos veces al día; y bebidas con cola esporádicamente.

Recursos de salud médicos odontólogos, hospitales: Sí, privados
Prácticas de salud manejo de estrés ansiedad técnicas de relajación. Sí solo con la respiración profunda.

Auto examen de mama Sí

Hogar características constituyen peligros para la salud: pisos escaleras, aislamiento. Casi no hay peligros en su casa las escaleras tienen barandal, los pisos son de mármol.

En torno físico vecindario presencia de peligros ambientales. No

10. Necesidad de comunicarse

Facilidad para expresar sentimientos y pensamientos. A veces le cuesta un poco de trabajo.

Relaciones con la familia y otras personas. Son buenas

Utilización de mecanismos de defensa (agresividad, hostilidad, desplazamiento, etc.) No se observan.

Limitaciones físicas que interfieran en su comunicación. No

Contactos frecuentes y satisfactorios. Si aunque esta aquí viene a visitarla sus compañeros.

Facilitadores de la relación confianza, receptibilidad, empatía, disponibilidad.
Confianza

11. Vivir según creencias y valores

Ritos que debe practicar de acuerdo a su religión. Solo los sacramentos.

Frecuencia de algún servicio religioso. Si, ir a misa

Valores que han integrado en su estilo de vida. Amistad, confianza, respeto, unidad familiar, etc.

En que medida sus valores se han alterado por la situación actual de su salud. En ninguno

Creencias religiosas significativas en este momento. Es muy importante saber que estoy en paz con Dios.

12. Necesidad de trabajar y realizarse

Historia laboral, tipo de trabajo, duración. Es ama de casa.

El trabajo le provoca satisfacción o conflicto. Satisfacción

La enfermedad que tipos de problemas le ha traído. Se le dificulta hacer mis cosas

Psicológicos, económicos, laborales, otros. Ninguno

Auto concepto positivo/ negativo de sí mismo. Positivo

Capacidad de decisión y de resolver problemas. Sí

Problemas en olfato, gusto, tacto, memoria, orientación. No, bueno tiene un poco aumentado el gusto

13. Participar en actividades recreativas.

Intereses, pasa tiempos y actividades recreativas que desarrolla en su tiempo libre. Oír música y leer

La última vez que participó en actividades de este tipo. Siempre

El uso de su tiempo libre le proporciona satisfacción. Sí

Dispone de recursos para dedicarse a cosas que le interesan. Sí

La distribución del su tiempo es equilibrada entre el trabajo y la recreación.

Sí

14. Necesidad de aprendizaje

Conocimiento del ser humano en su ciclo vital. Si nacer, crecer,

Desarrollarse, reproducirse y morir.

Conocimiento sobre sí mismo, sus necesidades básicas, su estado de salud actual, su tratamiento y auto cuidado que necesita. Si tiene preeclampsia, pero realmente no sabe cuales son los cuidados que se deben de tener.

Desearía incrementar sus conocimientos sobre aspectos relativos a la salud

– enfermedad. Sí

Técnicas de auto control emocional, cambios necesarios en sus hábitos de vida. No

Situaciones que alteran la capacidad de aprendizaje, ansiedad, dolor, pensamientos, sentimientos, angustia. No

15. Sexualidad y reproducción

Demuestra comodidad con su propia identidad sexual Sí

Capacidad para gozar, controlar la propia conducta sexual y reproductiva de acuerdo con una ética personal y social. Sí

Superación del miedo de los sentimientos de culpa y de otros factores psicológicos que inhiben la respuesta sexual y deterioran las respuestas sexuales: Sí

Presencia de enfermedades que dificultan las funciones sexuales y reproductivas. No, bueno la preeclampsia

Mujer

Menstruación tipo 28/3 flujo. Normal cantidad normal

Dismenorrea. No. Hipermenorrea. No. Metrorragia. No

Historia de embarazo. Gesta. 1 partos 0 abortos 0 cesáreas 0

Medidas de control natal. No

Examen de papanicolaou. No

GLOSARIO

Convulsión : contracciones titánicas involuntarias y violentas de un grupo entero de músculos.

Cuidar : variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida.

Enfermedad : ausencia de salud.

Escotoma : punto a área ciego, ósea la visión disminuida en el campo visual.

Edema : acumulación anormal de líquido en los tejidos naturales.

Etiología : rama de la medicina que estudia las causas de las enfermedades inclusive teoría de las mismas.

Evaluación : se ve si las actividades de enfermería fueron satisfactorias.

Fuente de dificultad: aquella que impide la satisfacción de una o más necesidades fundamentales.

Hemorragia : extravasación, salida de sangre de los vasos sanguíneos en especial si es abundante.

Hiperreflexia : aumento de los reflejos.

Hemólisis : salida de la hemoglobina, del interior de los eritrocitos al medio circundante, es resultado de la interrupción de la integridad de la membrana plasmática, como resultado de la presencia de toxinas o fármacos, congelamiento descongelamiento o soluciones hipotónicas.

Hipomotilidad : movimiento disminuido.

Herida : solución de continuidad de la piel.

Hipótesis : suposición que la experiencia a de confirmar o rechazar.

Hipoxia : déficit de oxígeno en los tejidos.

Método : modo ordenado de hablar u obrar. Orden que siguen las ciencias.

Placenta : estructura especial por la cual tiene lugar el intercambio de sustancias entre las circulaciones materno y fetal.

Planeación : realización de hipótesis se determina prioridades, objetivos, actividades para llegar a resolver los problemas de nuestro paciente.

Proceso : conjunto de fases de un fenómeno; recopilación de datos obtenidos.

Proteinuria : presencia de proteínas en la orina.

Salud : estado de integridad de los seres humanos.

Síndrome : conjunto de síntomas característicos de una enfermedad.

Síndrome de Hellp: hemólisis, elevación de encimas hepáticas y cuenta plaquetaria baja.

Vasoespasmo: contracción de músculo liso de la pared de vasos sanguíneos lesionados con el que se previenen hemorragias.

Vasoconstricción: disminución en el calibre de la luz de un vaso sanguíneo por contracción de músculo liso de su pared.